

Metody sociální práce ve zdravotnictví

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Marian Svoboda**
Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D.



Technická univerzita v Liberci
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marian Svoboda**
Osobní číslo: **P16000631**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Metody sociální práce ve zdravotnictví**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Zmapovat obsah práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: časový snímek a sekundární analýza dokumentů.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAUKE, M., 2011. Pečovatelská služba individuální plánování. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9

HROZENSKÁ, M.; DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0

KUZNÍKOVÁ, I. a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1

MATOUŠEK, O., 2003. Rodina jako instituce a vztahová síť. 3. vyd. Praha: Slon. ISBN 80-86429-19-9

NAVRÁTIL, P., 2001. Teorie a metody sociální práce. 1. vyd. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0

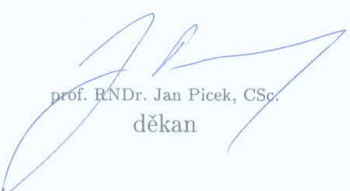
Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D.


Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **3. dubna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2019**


prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan




Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2018

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS STAG se shodují.

4. 4. 2019



Marian Svoboda

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Kateřině Thelenové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji také všem akademickým pracovníkům Katedry sociálních studií a speciální pedagogiky FP TUL, kteří mi byli po dobu studia inspirací.

Další poděkování patří respondentům, bez jejichž ochoty by nemohla být bakalářská práce realizována. Děkuji také své přítelkyni, rodině a kamarádce Bc. Kateřině Záhorové, kteří byli po celou dobu tvorby mojí podporou a pomocí.

Marian Svoboda

Název bakalářské práce: Metody sociální práce ve zdravotnictví

Jméno a příjmení autora: Marian Svoboda

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2018/2019

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá mapováním obsahu práce sociálních pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení. Cílem této práce je zjistit obsah práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení. Práce je koncipována jako teoretický úvod do problematiky sociální práce ve zdravotnictví, specifík sociální práce ve zdravotnictví a specifických nároků na pracovníka oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení a na metody sociální práce, které využívá. V teoretické části je dále popsán chod oddělení následné péče a zároveň i metody sociální práce využívané na tomto oddělení. Praktická část bakalářské práce prezentuje výzkum, jehož cílem bylo zjistit, reálný obsah práce pracovníka oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví. Výzkum byl realizován pomocí metod rozhovoru, časového snímku a sekundární analýzy dokumentů. Respondenty výzkumu byli pracovníci oddělení sociálních služeb z konkrétního zdravotnického zařízení. Hlavním zjištěním bakalářské práce je informace o tom, že obsah práce dotazovaných pracovníků je nejčastěji vyplněn úkony spojenými se sociálním poradenstvím, administrací, telefonickou komunikací a zajišťováním dimisí pacientů zdravotnického zařízení.

Klíčová slova: sociální práce ve zdravotnictví, metody sociální práce, sociální pracovník ve zdravotnictví, zdravotně-sociální pracovník.

Title of the bachelor thesis: Metody sociální práce ve zdravotnictví

Author: Marian Svoboda

Academic year of the master thesis submission: 2018/2019

Supervisor: PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D.

Annotation

This bachelor thesis describes everyday activities of social workers in one particular medical facility. The goal of the text is to describe the content of the work of the professionals on the social department of the facility. The first part of the texts focuses on the theoretical basis of social work in medical system its special features and demands. Text also describes social work methods suitable for this sphere. One chapter describes aftercare department and methods of social work used there. Empirical part of the thesis describes the research targeted on the real content of the social workers' work. The research was held in the regime of interview, time snap and secondary document analysis. The respondents of the research were professionals working as social workers in one hospital. The findings show that the social workers in this hospital work mainly as counsellors – they offer social counselling. They also work on administration, telephone communication and the process when patients leave the hospital.

Key words: social work in medical service, methods in social work, social worker in medical service, health-social worker.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 9 |
| Teoretická část..... | 11 |
| 1) Sociální práce..... | 11 |
| 2) Sociální práce ve zdravotnictví..... | 12 |
| 3) Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení..... | 14 |
| 4) Sociální pracovník v interdisciplinárním týmu zdravotnického zařízení..... | 16 |
| 5) Metody sociální práce ve zdravotnictví..... | 17 |
| 6) Specifika cílových skupin sociální práce ve zdravotnictví..... | 20 |
| 7) Specifika metod a technik sociální práce na oddělení následné péče..... | 25 |
| Empirická část..... | 34 |
| 8) Metodologie výzkumu..... | 35 |
| 9) Výzkum..... | 40 |
| 10) Prezentace dat z výzkumu..... | 41 |
| Diskuse..... | 45 |
| Závěr..... | 48 |
| Seznam použitých zdrojů..... | 49 |
| Seznam příloh..... | 53 |

Seznam zkratk

IASSW – Mezinárodní asociace vzdělavatelů v sociální práci

IFSW – Mezinárodní federace sociálních pracovníků

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

ONP – oddělení následné péče

Úvod

Profese pracovníků v sociálních službách je často profesí opomíjenou. Občas se můžeme setkat i s tím, že člověk nepatřící do oborů sociální sféry ani nemá tušení, co je obsahem práce například sociálních pracovníků. Pokud snad někdo o sobě řekne, že je sociálním pracovníkem, zdravotně-sociálním pracovníkem nebo pracovníkem oddělení sociálních služeb v nemocnici, dokážeme si představit, co může být obsahem jeho práce? Leckdy i člověk znalý sociální sféry nedokáže s určitostí vymezit obsah práce pracovníka oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví. Tématem této práce je náplň pracovního dne této profese a srozumitelný popis profesionální činnosti zaměstnance oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví.

Teoretická část této práce vymezuje základní pojmy pro pochopení sociální práce jako takové, zejména sociální práce ve zdravotnictví. Jsou zde formulovány podstatné náležitosti, jež jsou chápány jako nutné předpoklady k výkonu profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně-sociálního pracovníka, kteří jsou v textu uváděni také jako pracovník oddělení sociálních služeb. Dále je v teoretické části vysvětleno, proč by sociální práce měla být ve vztahu ke zdravotnictví neopomíjenou složkou a jaké postavení by měl pracovník oddělení sociálních služeb mít v rámci interdisciplinárního týmu, který se podílí na zajišťování zdravotnické péče. Teoretická část také představuje základní metody a techniky sociální práce, jež jsou využívány při práci s klienty zdravotnických zařízení.

Praktická část této práce je zaměřena na popis obsahu práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení, a to jak na základě rozhovoru s jedním z pracovníků vybraného oddělení, tak díky rozsáhlému zmapování obsahu práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví prostřednictvím časových snímků. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, zda se obsah práce pracovníků oddělení sociálních služeb nějakým způsobem liší od jejich stanovené náplně práce. Na základě výše zmíněného rozhovoru, který proběhl v rámci předvýzkumu, byly sestaveny pracovní činnosti, které jsou na oddělení sociálních služeb prováděny. Během výzkumu pak čtveřice zaměstnanců již zmíněného oddělení, vyplňovala předem připravené formuláře časových snímků stanovenými pracovními činnostmi, a to na základě skutečně odvedené práce v každý den zkoumaného období. Sběr dat probíhal

ve třech záměrně vybraných pracovních týdnech. Získaná data jsou v závěru praktické části vyhodnocena a výsledky přehledně diskutovány.

Tato práce je především určena studentům středních škol s odborným zaměřením na oblast sociálních věcí a zdravotních služeb. Dá se totiž předpokládat, že pokud tito studenti nebudou přímo pracovníky oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví, budou se s těmito pracovníky ve své pozdější profesi setkávat či spolupracovat, a tak je žádoucí mít přehled o obsahu práce svého spolupracovníka či kolegy. Práce dále může sloužit laické veřejnosti pro přiblížení celého oboru sociální práce, především pak problematiky sociální práce ve zdravotnictví. Čtenář tohoto textu bude po přečtení mimo jiné srozuměn s problematikou týkající se sociální práce ve zdravotnictví a s postavením pracovníka sociálních služeb v rámci celého multidisciplinárního týmu zdravotnického zařízení.

Teoretická část

Sociální práce

Definice pojmu sociální práce není jednoznačná a liší se dle profesního zaměření autora konkrétní definice. Například Gulová (2011, s. 14) sociální práci definuje zjednodušeně jako práci, kterou dělají sociální pracovníci a jiní pracovníci – zdravotníci, policisté – ji nedělají.

Matoušek definoval sociální práci ve svých publikacích již několikrát. Podle jedné z jeho definicí je sociální práce společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, *jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoba, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencialu* (Matoušek 2008, s. 200–201). Dále Matoušek (2008, s. 201) uvádí, že činnost sociálních pracovníků je zaměřena na pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám s cílem dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho také pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.

Holasová (2014, s. 10) uvádí, že *sociální práce přispívá k řešení sociálních problémů a je realizována jak na úrovni praxe organizací sociální práce, tak na půdě akademické*. Dále autorka (Holasová 2014, s. 10) uvádí, že se sociální práce *spolupodílí na utváření života ve společnosti a přispívá k pozitivnímu sociálnímu klimatu*.

Mezinárodní definice sociální práce, která byla schválena valnou hromadou Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) a valným shromážděním Mezinárodní asociace vzdělavatelů v sociálních službách (IASSW) v červenci 2014 v australském Melbourne říká, že sociální práce je praktickou a vědní disciplínou, která podporuje sociální změny, rozvoj, sociální soudržnost a posílení svobody lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti jsou zásadní pro sociální práci. Na základě teorií sociální práce, společenských věd, humanitních věd a domorodých (teritoriálních) znalostí, sociální práce zapojuje lidi a společenské struktury do řešení životních problémů s cílem zvýšení blahobytu (IFSW, 2018).

Úlehla (2005, s. 24–25) uvádí, že k tomu, aby sociální práce byla pevně postavena či zakotvena mezi pomáhajícími profesemi a mohla tak naplňovat svůj smysl dle výše uvedené definice, stačí tři pilíře:

- normy společnosti;
- klientovy způsoby (jeho chování);
- pracovníkova odbornost.

Z uvedeného tedy vyplývá, že základem pro porozumění sociální práci obecně je nalezení společné cesty mezi normami společnosti a klientovým chováním či přáním. Tuto cestu pomáhá zmíněným stranám nalézt sociální pracovník na základě svých odborností a zkušeností. Proto je sociální práce ve zdravotnictví důležitým odvětvím sociální práce, které pomáhá klientovi navrátit a zapojit se do intaktní společnosti i přes jeho zdravotní omezení.

Sociální práce ve zdravotnictví

Pokud se podíváme v kontextu české sociální práce do historie, nalezneme úzké propojení mezi sociální prací a zdravotnictvím. Téměř do konce 19. století oba obory zajišťovala především církev prostřednictvím svých institucí, kterými byly například chudobince, nalezince, špitály apod. V pozdějších dobách se již začaly objevovat profesní organizace, jež se snažily role těchto institucí zprofesionalizovat (Kodymová in Matoušek 2001, s. 111–118).

Nástupem komunistické strany k moci se celá oblast sociální práce, sociální politiky a zdravotnictví výrazně mění. Stát přebírá veškerou kontrolu nad těmito oblastmi a sociální práce se jako profesní oblast téměř nerozvíjí (Šiklová in Matoušek 2001, s. 140–144).

Sociální práce se opět začíná rozvíjet až po roce 1989, kdy znovu vznikají profesní organizace a vysokoškolské obory studia zaměřené na oblast sociální práce (Šiklová in Matoušek 2001, s. 151–153).

Nynější stav propojení sociální práce a zdravotnictví je v mnohých případech nejednoznačný. Působnost obou oborů se leckdy prolíná. Sociální a zdravotně sociální pracovníky zaměstnává na základě svého rozhodnutí přímo nemocniční zařízení, jež

si může vybrat pracovníka, který splňuje podmínky buď dle platné legislativy Ministerstva práce a sociálních věcí, nebo dle platné legislativy Ministerstva zdravotnictví (Kuzníková 2011, s. 20–21). Podmínky pro výkon povolání sociálního a zdravotně sociálního pracovníka jsou blíže popsány v další kapitole teoretické části.

Kuzníková (2011, s. 18) uvádí, že novodobá sociální práce ve zdravotnictví je prací různorodou a rozmanitou. Jejím smyslem je celostním pohledem klientovi či jeho rodině a širšímu okolí pomoci zmírnit nebo odstranit negativní důsledky, jež vznikly především na základě nemoci.

Například Popek (2006, s. 160) uvádí, že pokud považujeme člověka za komplexní bytost, tedy že zdraví je takzvaně bio-psycho-socio-spirituální pohoda, měla by tomu být i uzpůsobena adekvátní pomoc ve zdravotnictví. Z toho vyplývá, že považuje sociální práci za nezbytnou součást zdravotnictví. Vurm (2007, s. 30) si myslí, že všude tam, kde se poskytuje zdravotní péče, je potřeba poskytovat také péči sociální.

Pro sociální pracovníky, kteří v oboru teprve začínají, je sociální práce ve zdravotnictví profesním šokem. Především je specifická svým tempem, a tím pádem také menší možností navázat s klientem hlubší vztah. Zároveň takto orientovaná sociální práce vyžaduje holistický přístup a nutnost spolupráce s dalšími odborníky (Erickson R., Erickson G., 1994, s. 6).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že sociální práce ve zdravotnictví není zacílena pouze na jedince, klienta nemocničního zařízení nebo chceme-li pacienta, ale také na jeho rodinu a okolí. Působení klientova okolí může mít pozitivní vliv na jeho spolupráci při léčbě a díky tomu může léčba dosáhnout lepších výsledků. Sociální práce ve zdravotnictví je nedílnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu péče ve zdravotnictví (Kuzníková 2011, s. 18).

Sociální práce ve zdravotnictví je primárně zacílena na skupiny osob, které jsou hospitalizované ve zdravotnickém zařízení a mohou se ocitnout v nepříznivé sociální situaci. Mezi faktory řadíme například věk, ztrátu soběstačnosti, nevhodné sociální zázemí apod. (Šlenkrťová, Marková 2011).

Dle Společnosti sociálních pracovníků (Anon 2018) provází sociální problémy větší část pacientů, než tomu bylo v minulých letech. Problém je však v tom, že řada

nemocnic snížila počty pracovních úvazků sociálních a zdravotně sociálních pracovníků. Tento problém se týká především městských a krajských nemocnic, a to z toho důvodu, že zdravotní pojišťovny proplácí zdravotnickým zařízením pouze úkony týkající se zdravotní péče, nikoliv však úkony poskytované sociálním nebo zdravotně sociálním pracovníkem. Tyto úkony tedy nejsou nikým propláceny a jejich práci musí nemocnice financovat sama z vlastních zdrojů.

Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení

Sociální pracovník je velmi často zprostředkovatelem sociální služby a zároveň pomáhá osobě, která vyžaduje pomoc, zvolit ideální intenzitu služeb, které jí budou na základě zakázky poskytovány (Matoušek 2007, s. 47).

Pracovní pozice a náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví je definována v zákoně č. 96/2004, o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění a ve vyhlášce č. 55/2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění (Vysoká škola polytechnická Jihlava 2016, s. 9).

Výše zmíněný zákon č. 96/2004 Sb. ve svém § 10 stanovuje, kdo je způsobilý k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka. Konkrétně zákon říká, že odborná způsobilost k výkonu tohoto povolání se získává na základě absolvování:

- akreditovaného zdravotnického vysokoškolského oboru se sociálním zaměřením,
- studiem na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách se zaměřením v sociální oblasti,
- specializačního studia v oboru zdravotní péče.

Matoušek (2007, s. 100) uvádí, že zdravotně sociální pracovník má větší kompetence než běžný sociální pracovník především díky činnostem, které jsou spojené s realizací preventivních programů, šetřením v rodinách, péčí o pozůstalé, spoluprací s veřejnou službou a tak dále.

Výše zmíněná vyhláška č. 55/2011 ve svém § 9 stanovuje činnosti, které může zdravotně-sociální pracovník vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace, (plné znění paragrafu viz Příloha č. 3). Díky stanoveným činnostem se může sociálně

zdravotní pracovník zaměřit na preventivní, diagnostickou, rehabilitační a paliativní péči. Dále má možnost spolupracovat nejen s klientem, ale také s jeho okolím. Zároveň má také možnost podílet se na plánování klientovy léčby, avšak vždy s ohledem na své odborné znalosti a pracovní zařazení v celém organizačním systému zdravotnického zařízení.

Informační leták Ministerstva práce a sociálních věcí (2015) uvádí, že hlavním cílem práce sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení je *především úsilí o prevenci negativních důsledků nemoci ve smyslu sociálního znevýhodnění nebo vyloučení klienta. Sociální pracovník provádí komplexní posouzení situace klientů, navazuje kontakt s blízkými, poskytuje odborné poradenství včetně zajištění následné péče (zdravotní nebo sociální). Spolupracuje se všemi vhodnými zdroji podpory, jak v rámci zdravotnického zařízení, tak mimo něj.*

Řezníček (1994, s. 23) uvádí, že sociální práce je v americké teorii sociální práce brána za jakési umění. To znamená, že sociální pracovník by měl mít zvláštní um. Tím umem je myšlena určitá *kombinace nadání, zkušeností, osobních hodnot a intuitivní tvořivosti* (Řezníček 1994, s. 23), díky které přinášejí do práce s klientem svou autentičnost jako nástroj své disciplíny. Stejný um je dle mého názoru zapotřebí také při výkonu sociální práce ve zdravotnictví. Sociální pracovník musí na základě tohoto umu například vytušit, na kolik jsou informace od klienta zabarvené například fyzickou bolestí nebo neschopností se přizpůsobit zdravotnickému režimu.

Sociální pracovník pracující ve zdravotnickém zařízení by měl mít vlastnosti, které jsou v sociální práci považovány za nezbytné. Tyto vlastnosti vycházejí ze zásad humanistického přístupu. Pracovníkův zájem o klienta by měl být bezpodmínečný a vycházející z individuality konkrétního klienta. Důležitou vlastností pracovníka je vysoká míra sebereflexe, kdy si je schopen uvědomit, kde je jeho pole působnosti, k čemu ho opravňují kompetence a kdy už je to pouze v kompetenci klienta. Pokud tuto sebereflexi není schopen pracovník dostatečně vnímat, může nastat situace, kdy bude přebírat klientovy problémy za své a tím bude narušen pomáhající proces. Sociální pracovník by měl také přijmout za své i etické principy sociální práce vycházející z etického kodexu sociálních pracovníků a z etického kodexu zdravotních sester (Kuzníková 2011, s. 29).

Pravidla stanovená v etických kodexech uvádějí nejvýznamnější hodnoty profese, k nimž se hlásí, a obsahují požadavky na etické chování profesionála (Kutnohorská, Cichá, Goldman 2011, s. 81). To znamená, že etické kodexy nám například doporučují, jaký zachovávat vztah vůči klientům, spolupracovníkům a dalším organizacím. Můžeme tedy říci, že etické kodexy slouží pracovníkům jako jakési vodítko k tomu, jak se mají v nenadálých situacích chovat.

Sociální pracovník v interdisciplinárním týmu zdravotnického zařízení

Jak již vyplývá z výše uvedeného textu, potřeba sociálních pracovníků ve zdravotních zařízeních je zřejmá. Přesto není jejich profesní postavení mezi dalšími odborníky podílejícími se na zajištění péče dostatečně vyjasněno, díky tomu také často dochází k problémům spojeným se vzájemnou komunikací. Dále také dochází k problémům při vymezování si svých kompetencí a pracovních náplní (Kuzníková 2011, s. 23).

Přítom správná “chemie“ při fungování interdisciplinárního týmu hraje velmi důležitou roli při poskytování komplexní zdravotní péče. Každý z členů interdisciplinárního týmu poskytuje různé služby s ohledem na individualitu člověka, jemuž péči poskytují, ale právě to tvoří kvalitní a cílenou péči. *Podmínkou existence interprofesionálního týmu je spolupráce a vzájemná komunikace jednotlivých členů a jejich skutečně partnerský vztah. Skutečnost, že jednotlivé profese v daném zařízení existují, ještě neznamená, že se v zařízení pracuje opravdu v týmu* (Holmerová 2014, s. 100–101).

Základem pro efektivní pomoc při řešení situace klienta v holistickém pojetí je dle Kuzníkové (2011, s. 24–25) pravidelná účast sociálních pracovníků na ranních setkáních, což jsou porady celého týmu, kde se řeší konkrétní situace klienta. Dále k efektivní pomoci přispívá například účast na lékařských vizitách.

Činnosti, které sociální pracovník vykonává ve prospěch klienta, jsou interdisciplinární, jejich kompetentní řešení si vyžaduje spolupráci sociálního pracovníka s dalšími odborníky. Týmová spolupráce by měla být samozřejmou zejména při řešení takových problémových situací jako jsou (Schavel 2007, s. 156):

- zdravotní problémy,

- sociálně – patologické jevy,
- těžké zdravotní postižení,
- základní životní podmínky,
- rodina, náhradní rodinná péče,
- emocionální a sociální vztahy,
- oblast vzdělávání a práce,
- zájmy, volný čas, kvalita života.

Řešení sociálních problémů v rámci výše uvedených oblastí si nevyhnutelně vyžádá spolupráci odborníků různých profesí, jako je například sociální pracovník, lékař, psycholog, právník, policista, ergoterapeut a podobně (Schavel 2007, s. 156–157).

Metody sociální práce ve zdravotnictví

Matoušek (2008, s. 100) popisuje metody sociální práce jako *specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou*. Cíle těchto postupů mohou být různorodé, jako například *úřední úkon, poskytnutí materiální pomoci, poskytnutí poradenství, vytvoření plánu postupu, poskytnutí komplexní pomoci, výzkum, formulace politiky aj.* (Matoušek 2008, s. 100). Cílové skupiny se od sebe mohou také výrazně lišit například dle své velikosti. Matoušek mimo jiné rozděluje metody sociální práce podle cílových skupin na obecné úrovni právě dle velikosti, a to na mikropraxi, mezopraxi a makropraxi. Mikropraxi můžeme chápat jako sociální práci zaměřenou na nejmenší článek společnosti, tedy jednotlivce. Do mezopraxe počítáme sociální práci s malou skupinou, například s rodinou. Makropraxi chápeme metody sociální práce, které se věnují například komunitám, systémovým analýzám a návrhům systémových změn. Jelikož pracovník sociálních služeb ve zdravotnictví pracuje především s jednotlivcem a jeho rodinou, můžeme sociální práci ve zdravotnictví zařadit někam mezi mikropraxi a mezopraxi.

Sociální práci s jednotlivci ve zdravotnictví můžeme dle Kuzníkové (2011, s. 65) považovat za výchozí metodu, *kteřá je zahájena sběrem anamnestických informací a rozhovorem s klientem* (Kuzníková 2011, s. 65). Během rozhovoru pracovník sociálních služeb ve zdravotnictví zjišťuje mimo jiné i to, jaké má klient sociální

a rodinné zázemí a jaké jsou vztahy v jeho rodině a širším okolí (komunitě). Na základě takto zjištěných informací může pracovník zahájit sociální práci s rodinou či širším okolím (komunitou), avšak jen za předpokladu, že s tím klient souhlasí. Sociální pracovník při práci s rodinou může nabídnout podpůrnou pomoc při překonávání těžkého období. Díky uvědomění si svých kompetencí může pracovník nasměrovat rodinu na další specializované služby, jako jsou například rodinné poradny a podobně. Při práci s rodinou se pracovník mimo jiné zaměřuje na komunikaci mezi členy rodiny a na jejich vzájemnou podporu a pomoc, která se mohla vlivem nemoci změnit. *Sociální práce se skupinami a komunitami jsou v praxi sociální práce ve zdravotnictví využívány v menším měřítku, přestože tyto metody skýtají spoustu výhod a v mnoha ohledech jistě dokážou ulehčit náročnou práci sociálního pracovníka. Navíc mají velký potenciál v oblasti prevence a podpory* (Kuzníková 2011, s. 65).

Sociální práce ve zdravotnictví s jednotlivcem

Zacílení na případ, tedy na jedince, je nejen v oblasti sociální práce ve zdravotnictví často využívaným přístupem (Havránková in Matoušek 2008, s. 67).

Důležité není jen pochopení jedince, jeho rodiny, komunity, společnosti, kultury a také mít přehled o možnostech pomoci ze strany zdravotně-sociálních služeb. Jelikož se sociální práce s jednotlivcem může opírat o teorii rolí, je také důležité pochopit, jaký vliv má zvládnutí předpokládaných sociálních rolí na jedince. Osoba, která využívá některou ze sociálních služeb, je často přesvědčena o tom, že buď v některé nebo dokonce ve všech svých sociálních rolích selhává, případně již úplně selhala (Havránková in Matoušek 2008, s. 67).

Pokud se člověk není schopen vyrovnat se svými sociálními rolemi a z nich vyplývajícími tlaky, může být narušena jeho představa o své osobě, identifikace se svým JÁ. Dle Sociologického slovníku (Jandourek 2007, s. 115) je totiž JÁ druhým stádiem reflexivity, ve kterém se osoba vyrovnává právě se svými sociálními rolemi. Toto nevyrovnání se může mít velký dopad na klientův psychický stav, a proto by sociální pracovník měl být na tuto možnost připraven.

Řezníček (1994, s. 33) uvádí, že první kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem je důležitý, protože často stanoví, jak se dál bude odvíjet následná intervence a jaké pravděpodobně budou její výsledky. Z těchto důvodů by měl sociální pracovník

mimo jiné při prvním rozhovoru klienta s respektem přivítat a navodit atmosféru tak, aby se klient cítil komfortně.

Před prvním kontaktem by sociální pracovník měl znát klientův zdravotní stav a názor zdravotnického personálu na jeho předpokládaný vývoj. První kontakt s klientem by neměl být příliš dlouhý, zároveň před další návštěvou by měl mít klient dostatek času na to, aby zpracoval předchozí setkání se sociálním pracovníkem a mohl se připravit na další spolupráci. Uvedená setkání probíhají formou rozhovoru, kdy by měl sociální pracovník dbát na základní pravidla týkající se průběhu rozhovoru, a to především na autonomii klienta. V průběhu rozhovoru by se pracovník měl zdržet také hodnotících stanovisek (Kuzníková 2011, s. 65–66). Během této fáze by sociální pracovník měl rozpoznat, zda klient má zájem o to, aby do spolupráce byla zapojena také rodina.

Sociální práce ve zdravotnictví s rodinou

Rodinu Matoušek (2008, s. 177) popisuje jako skupinu lidí, která je spojena pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků, což můžeme brát jako užší či tradičnější pojetí. V širším pojetí je dle Matouška možné za rodinu považovat i skupinu lidí, která se deklaruje jako rodina na základě vzájemné náklonnosti. Dále Matoušek (2008, s. 177) dělí rodinu na nukleární (dvougenerační) a rozšířenou, která zahrnuje více jak dvě generace. Rodinu také můžeme dělit na tu, do které se člověk narodí (orientační), a na tu, kterou člověk založí sňatkem nebo zplozením dítěte (prokreační).

Jandourek (2007, s. 206–207) zmiňuje, že rodina nukleární, v jeho pojetí atomární, je rodinou individualistickou, *kteřá vznikla jako důsledek upadajícího vlivu tradičního systému příbuzenství* (Jandourek 2007, s. 206–207). Jandourek uvádí další typy rodin jako například rodinu neúplnou, měšťanskou apod. Poznatky, týkající se různých typů rodin, jsou pro pracovníka sociálních služeb ve zdravotnictví důležité především pro pochopení možných vztahů mezi jednotlivými členy rodiny.

Sociální pracovník se v rámci výkonu své profese setkává s různorodou klientelou, která má rozdílné sociální zázemí. Mimo jiné i kvůli těmto důvodům by měl vzít v úvahu současné trendy v oblasti rodinného soužití. Tím spíše, že společným cílem multioborového týmu ve zdravotnictví by měla být spolupráce s rodinou klienta a jeho možný návrat do přirozeného prostředí. Návrat do takového prostředí je podmíněn tím,

zda je toto prostředí funkční a vyhovující (Chrenková in Kuzníková 2011, s. 72). Tyto informace získá pracovník oddělení sociálních služeb především sociálním šetřením.

Základní funkce rodiny, které by měla naplňovat jsou funkce výchovná, ekonomická, emocionální a biologická (Chrenková in Kuzníková 2011, s. 73). *To, jak je rodina schopna jednotlivé funkce naplňovat, je významné pro posouzení situace rodiny sociální pracovníkem. Sociální práce s rodinou se vyvinula z rodinné terapie, ze které čerpá a přejímá některé techniky práce s klientem, v našich podmínkách je však samostatnou disciplínou oddělitelnou od rodinné terapie* (Chrenková in Kuzníková 2011, s. 73). Pracovník sociálních služeb ve zdravotnictví by si měl být vědom, že nemá kompetence k tomu, aby poskytoval rodinnou terapii. Při práci s rodinou by sociální pracovník měl vycházet z obecných profesních zásad, avšak kvůli tomu, že v danou chvíli spolupracuje s více klienty najednou, by si měl být vědom toho, že tato metoda sociální práce má také určité specifické požadavky jako například nestrannost, která zabraňuje tomu, aby byl pracovník zatažen do rodinných her. (Chrenková in Kuzníková, 2011 s. 74–75). Z toho vyplývá, že by se pracovník sociálních služeb ve zdravotnictví měl během spolupráce s rodinou soustředit na dosažení stanoveného cíle.

Specifika cílových skupin sociální práce ve zdravotnictví

Jak již bylo výše zmíněno, metody sociální práce se mohou lišit dle cílových skupin, kterým je sociální služba určena. Cílovou skupinu můžeme chápat jako skupinu, která je definována nepříznivou sociální situací. Tato nepříznivá sociální situace může být vyvolána různými faktory jako jsou například věk, nemoc, zdravotní postižení, životní návyky, nepříznivé životní prostředí, ohrožení ze strany jiných osob a další (Matoušek 2008, s. 35).

Níže popsané cílové skupiny sociální práce ve zdravotnictví, které jsou současně cílovými skupinami, se kterými pracují respondenti výzkumu této práce, jsou vybrány na základě předvýzkumu realizovaného pomocí rozhovoru s pracovníkem oddělení sociálních služeb zdravotnického zařízení, ve kterém byl prováděn samotný výzkum. Rozhovor je součástí této práce, konkrétně je doslovně přepsán v Příloze č. 2.

Výše zmíněný respondent vybral na základě svých zkušeností specifické skupiny osob, se kterými se při výkonu svého povolání setkává nejčastěji. Každá z těchto skupin

má svá specifika. Tato specifika by měl, dle názoru zpovídaného pracovníka, znát každý, kdo s uvedenými skupinami pracuje.

Sociální práce ve zdravotnictví s osobami bez přístřeší

Dle Jandourka (2007, s. 39) je za osobu bez přístřeší nebo-li bezdomovce považována osoba, která z úředního hlediska trvalý pobyt sice má, ale nežije v něm a zároveň *postrádá pevný, pravidelný a přiměřený příbytek k přenocování* (Jandourek 2007, s. 39).

Bezdomovce můžeme chápat jako osoby *žijící bez stálého bydlení a obvykle i bez stálého zaměstnání, odříznuté od zdrojů, které jsou běžně dostupné jiným občanům* (Matoušek 2008, s. 31–32). Dále Matoušek uvádí, že bezdomovectví je buď následek rozpadu rodin, nebo nezvládnutím přechodu z institucionální péče.

Bezdomovec je člověk, kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a ztráta bydlení nebo který je touto ztrátou ohrožen, žije na veřejných místech či v neadekvátních a nebo nejistých bytových podmínkách (Průdková, Novotný 2008, s. 10). Podle autorů však nutně neznamená, že kdo nemá střechu nad hlavou, nemá domov. Nemít domov znamená také nemít místo, kde se cítíme bezpečně a kde jsme obklopeni těmi, které máme rádi. Průdková s Novotným (2008, s. 11) zde také rozdělují bezdomovce do tří skupin:

- zjevní bezdomovci (na první pohled je zjevná jejich situace – zápach, zanedbaný zevnějšek apod.);
- skrytí bezdomovci (na první pohled na nich jejich situace poznat není, snaží se "zapadnout");
- potencionální bezdomovci (dlužníci, osoby po výkonu trestu, lidé se závislostí apod.).

Další odpověď na to, kdo je bezdomovec a co je to bezdomovectví, můžeme nalézt v práci Quisové (2009, s. 87), která říká, že *bezdomovectví je extrémní vyloučení ze života ve více úrovních. Bezdomovec strádá po stránce:*

- materiální – nemá dostatek financí, bezpečné přístřeší, vhodné oblečení, pravidelnou a plnohodnotnou stravu;

- sociální – vztahy s rodinou nebo přáteli jsou narušené, rodinu nevidá a jeho sociální vazby jsou pouze spojené s místem současného výskytu;
- pracovní – dlouhodobě není zaměstnaný, není v evidenci uchazečů o zaměstnání a ani se aktivně o zaměstnání nezajímá;
- kulturní – je odtažen od společenského života;
- zdravotní péče – nemá potřebné zdravotní ošetření, není schopen si potřebnou zdravotní péči zajistit.

Dle koncepce Vlády ČR (2013, s. 10–13) mezi skupiny občanů ohrožené bezdomovectvím nejčastěji patří:

- osoby propuštěné z výkonu trestu;
- senioři;
- lidé se závislostmi (gambleři, alkoholově závislí, drogově závislí apod.);
- fyzicky či psychicky postižené osoby;
- osoby vyrůstající v ústavním zařízení;
- dlouhodobě nezaměstnaní;
- dlužníci;
- osoby z národnostních a sociálních menšin (romové, migranti apod.).

Respondent, s kterým byl veden rozhovor v rámci předvýzkumu, uvádí, že osoby bez přístřeší jsou často hospitalizovány opakovaně, a to s problémy souvisejícími se životem na ulici jako jsou například různé kožní defekty způsobené nedostatečnou hygienou nebo problémy spojené s užíváním návykových látek.

Sociální práce ve zdravotnictví se seniory

Schmiedler (2009, s. 9) uvádí, že *nejnovější vývoj demografické situace v České republice je obdobou vývoje v celé Evropě v posledních několika dekádách*. Tento jev nastává kvůli klesající plodnosti a zároveň díky prodlužování věku dožití. Jeho tvrzení lze doložit na veřejně dostupných údajích např. viz graf dostupný v Příloze č. 1.

Tím, jak populace stárne, se zároveň neustále posunuje věková hranice pro odchod do důchodu nejen v České republice, ale například i na Slovensku (Hrozenská, Dvořáčková 2013, s. 12). Věková hranice pro odchod do důchodu se sice neustále zvyšuje, ale období, kdy je již člověk považován za seniora, tomu nemusí nutně odpovídat.

Matoušek (2008, s. 214) uvádí, že pojem stáří, tedy samý počátek tohoto období, se v soudobé západní kultuře pojí k věkovému období mezi 60 – 65 lety. Zároveň dodává, že některé osoby spadající do této kategorie mají větší spotřebu zdravotní péče a nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Dále dodává, že nelze obecně tvrdit, že každý člověk staršího věku je nemocný, bezmocný, nesoběstačný apod. Především záleží na individuálních kompetencích než na fyzickém věku.

Pokud se díváme na dolní věkovou hranici stanovenou pro tzv. stáří z pohledu geriatrů, mluvíme o pětadesátém roku života. Tato hranice však není jednoznačně napříč obory definována a někteří autoři se přiklání k dolní věkové hranici již od 60 let věku. Stáří, tedy poslední vývojovou etapu člověka můžeme dělit na tři období (Hrozenská, Dvořáčková 2013, s. 13):

- počáteční stáří (60-65 let);
- pokročilé stáří (od 75 let);
- vrcholné stáří (od 90 let).

Dle Gabrielové (in Urban a kol. 2018, s. 104–105) se dá seniorská populace charakterizovat jako:

- heterogenní,
- ohrožená,
- s výraznou převahou žen,
- disponující sociálním předpokladem nebo-li potenciálem, který však bývá často podceňován,
- znevýhodněna oproti mladším generacím,
- vyžadující individuální přístup.

Dále Gabrielová (in Urban a kol. 2018, s. 105) uvádí, že je potřeba nebrat stáří jako nemoc, ale myslet na to, že starší lidé mohou mít vážné zdravotní a funkční problémy, díky kterým mohou ztrácet soběstačnost ruku v ruce s nárůstem závislosti na pomoci druhé osoby. Právě díky zmíněným zdravotním a funkčním problémům často vyžadují specifické přístupy v pomoci v různých oblastech života.

Jak již bylo výše zmíněno, proces stárnutí a jeho průběh je individuální, přesto dle Holmerové, Juráškové a Zikmundové (2002, s. 16–17) existují obecné rysy, které stáří charakterizují:

- 11) adaptační proces – snížená schopnost adaptace, starší lidé zpravidla reagují hůře na veškeré vnější i vnitřní změny;
- 12) srdce a cévní systém – snížení pružnosti cév a snížení průtoku krve prakticky v celém těle;
- 13) pohybový systém – úbytek svalové hmoty, řídnutí kostí důsledkem toho je ochranná funkce svalového aparátu menší a častěji dochází ke zlomeninám;
- 14) výživa – stav výživy je ve stáří poměrně důležitým a často opomíjeným faktorem, lidé staršího věku trpí převážně podvýživou;
- 15) smyslové poruchy – presbycusis (nedoslýchavost), presbyopie (porucha vidění nablízko), tyto poruchy patří také spíše k obrazu normálního stáří;
- 16) vylučování – snížená funkce ledvin, jeden z důvodů zvýšené citlivosti na změny vnitřního prostředí;
- 17) nervový systém – senzorické poruchy, zhoršená hybnost, zpomalené myšlení, benigní stařecká zapomnětlivost (přírozené v důsledku stárnutí). Demence však není součástí normálního stáří a vždy se jedná o onemocnění, které postihuje mozkovou tkáň (Alzheimerova choroba, vaskulární demence apod.).

Přesto, že některé osoby staršího věku trpí některou formou demence, je velmi důležité, aby poskytovaná péče dané osobě byla individualizována a poskytována vyhovujícím způsobem. Při sjednávání poskytované péče bývá prostředníkem často někdo z rodiny, kdo může přiblížit to, jak by měla péče vypadat a jak by si ji člověk s demencí pravděpodobně přál. Dále je pak také na pracovníkovi, aby si všiml toho,

jak osoba, které je péče poskytována, reaguje na poskytovanou péči a například v případě zachycení nelibosti se snažil provádění poskytované péče uzpůsobit k libosti klienta (Hauke 2011. s. 39). Další specifika metod a technik sociální práce se seniory jsou popsána v následující kapitole teoretické části této práce.

Specifika metod a technik sociální práce na oddělení následné péče

Oddělení následné péče (dále v textu jen ONP), dříve také známé jako léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), jsou zařízení většinou v rámci nemocnic, která navazují na akutní lékařskou pomoc z jiných oddělení, např. chirurgie, traumatologie, onkologie, ortopedie, interna. Znamená to tedy, že akutní zdravotní problémy jsou zažehnány a přichází na řadu fáze doléčování, která buď ještě vyžaduje trvalý lékařský dohled, nebo by byla zvládnutelná v domácím prostředí, ale podmínky v domácnosti nejsou adekvátní (zákon č. 372/2011, § 9, odst. 1, písm. c). Neadekvátní podmínky můžeme chápat jako materiální nedostatky ve vybavenosti či dostupnosti domácnosti, ale také jako absenci potřebné péče.

Doba hospitalizace se často liší. Pacient by na ONP měl být hospitalizován do té doby, dokud jeho zdravotní stav vyžaduje celodenní zdravotnickou péči. Ne vždy tak tomu opravdu je. Někdy převáží sociální důvody, a přestože pacient již objektivně nepotřebuje tuto zdravotnickou péči, zůstává hospitalizován. Tato hospitalizace však trvá pouze po nezbytně nutnou dobu. Vedení oddělení se vždy musí ohlížet na vytíženost kapacit a zároveň musí nalézt pádné důvody trvání hospitalizace pro případnou kontrolu ze strany zdravotních pojišťoven (VZP 2019).

Jak již z textu vyplývá, na ONP je skladba pacientů různorodá. Nejčastěji se jedná o seniory, ale můžou to být také lidé, kteří jsou sice v produktivním věku, avšak nemají ve svém blízkém okolí nikoho, kdo by jim byl schopen doma pomoci, a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zatím nejsou schopni se o sebe sami postarat. Různorodé jsou také zdravotní problémy, se kterými pacienti přicházejí. Nejčastěji jsou to různé druhy zlomeniny, rozsáhlé pohmožděniny, amputace, mozkové příhody, kolísavé stavy při diabetu, ale také ztráta soběstačnosti, zapříčiněná například uroinfekcí či postupující demencí různého původu.

Nyní popíši, kdo vlastně zajišťuje provoz a s kým se na tomto oddělení můžeme potkat. Lze tak rozumět tomu, jak moc během následné péče záleží nejen na zdravotním

stavu, ale také na stavu psychickém. Z těchto důvodů neposkytuje péči pouze zdravotnický personál, ale multioborový tým, který je většinou složen ze zdravotních sester, ošetřujícího personálu, rehabilitačních pracovníků, fyzioterapeutů, lékařů, aktivizačních pracovníků, geriatra, cvičitele jógy a dechového cvičení, nemocničního kaplana, logopeda a sociálních pracovníků.

Využívané metody - obecný rámec

Na základě rozhovoru s pracovníkem oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví, který probíhal v rámci předvýzkumu a jeho doslovný přepis je součástí Přílohy č. 2 této práce, jsou stanoveny 4 základní metody sociální práce, které jsou na ONP využívány. Nelze zcela jednoznačně oddělit téma metod sociální práce ve zdravotnictví se seniorem a s rodinou, protože se často prolínají. Pro pochopení fungování rodiny a náročnosti poskytnou péči v rodině je právě i metoda sociální práce s rodinou poměrně důležitá.

Je zajímavé, že některé metody sociální práce využívá také zdravotnický personál. Jde o jakýsi přesah našeho oboru do zdravotnictví. Například lékař na ONP musí mít minimálně základní znalosti o fungování pečovatelských služeb a o nabídce pobytových sociálních služeb, protože mnohdy je první, kdo je na tyto informace dotazován třeba rodinnými příslušníky, kteří chtějí vědět veškeré informace okamžitě a za jediného kompetentního pracovníka považují lékaře. Pochopitelně v tomto případě lékař podá základní informace, které má, ale pro další jednání ohledně sociálního zajištění a poradenství, odkáže na tým sociálních pracovníků. Tím pádem se i lékař podílí na metodě sociálního poradenství. Jak je již výše zmíněno, na tomto oddělení se pracovníci často setkávají s osobami, které jsou v seniorském věku. Opět nelze říci, že se jedná například o seniory mladšího či staršího věku. Jak správně pracovat se seniorem nejen v přímé obslužné péči, ale také například při komunikaci, by měl znát veškerý zdravotnický personál. Poslední metodou, kterou zde zmíním, je metoda krizové intervence. Krizovou intervencí na ONP, myšleno jako metodou sociální práce, praktikují pouze pracovníci oddělení sociálních služeb.

Sociální poradenství pro hospitalizovaného

Metodu sociálního poradenství lze považovat, dle výsledků předvýzkumu, za téměř nejdůležitější a nejvíce využívanou a s ohledem na obsah práce sociální práce

ve zdravotnictví, je to jedna z hlavních činností, kterou by měl vykonávat. Před zahájením sociálního poradenství je důležité nejdříve provést sociální šetření.

Sociální šetření se dle interních předpisů zkoumaného zdravotnického zařízení zahajuje na základě podnětu vycházejícího z ordinace ošetřujícího lékaře. Jedná se o prošetření sociální situace takového pacienta, u něhož se předpokládá, že v důsledku onemocnění nebo jeho následků nebude schopen nově vzniklou sociální situaci svépomocí řešit. Toto pravidlo pro zahájení sociálního šetření platí pro všechna oddělení nemocnice, ne však pro ONP. Na ONP zahajují sociální šetření u všech hospitalizovaných osob, protože je zde předpoklad, že se jedná o osoby se zdravotním postižením.

Zdravotní postižení bývá nezřídka zaměňováno za nemoc a člověk s postižením bývá vnímán jako nemocný. Mezi oběma pojmy je však významný rozdíl. Zatímco určujícím rámcem nemoci je diagnóza, význam pojmu zdravotní postižení je širší a váže se k funkčním schopnostem a kompetencím člověka, které bývají zpravidla dlouhodobě nebo trvale limitovány v kvalitě a/nebo množství ve srovnání s tzv. běžnou populací. Pouhá přítomnost nemoci reprezentovaná diagnózou k zařazení do kategorie zdravotní postižení tedy nestačí (Krhutová in Kuzníková 2011, s. 124–125).

Osobnímu setkání s hospitalizovanou osobou předchází nahlédnutí do její dokumentace a získání informací od ošetřovatelského personálu i ošetřujícího lékaře. Tyto informace jsou důležité pro vhodné sociální poradenství. Je-li toho hospitalizovaný schopen, následuje rozhovor – zjištění osobní, rodinné a sociální anamnézy. Získané informace pracovník sociální služby doplňuje z následných rozhovorů s příbuznými osobami, dle potřeby kontaktuje státní instituce, veřejné organizace aj. Na základě získaných informací stanoví sociální diagnózu a poté navrhuje plán sociální terapie. Takto je tedy stanoven postup sociálního šetření interním předpisem nemocnice.

Jakmile má sociální pracovník základní informace ze sociálního šetření, zve si na jednání rodinné příslušníky. To však pochopitelně jen za předpokladu, že hospitalizovaná osoba nějaké rodinné příslušníky má a zároveň se nevysloví proti podávání informací a jednání s rodinou. Podávání informací a kontakt s rodinou je ošetřen již při přijetí informovaným souhlasem.

Sociální poradenství probíhá v několika fázích a na různých úrovních podle toho, jak to vyžaduje hospitalizovaná osoba a její rodina. Zřídka se stává, že zainteresovaným stačí pouze jedna schůzka. V rámci sociálního poradenství pomáhá pracovník sjednat potřebné služby, ale v první řadě se snaží o to, aby hospitalizovaná osoba a její rodina byla schopna zajistit si co možná nejvíce potřebných úkonů sama na základě získaných informací. Proces je ukončen tehdy, když je vše nachystáno tak, aby mohl být hospitalizovaný propuštěn z péče oddělení.

Sociální poradenství pro pečující rodiny

Výsledky předvýzkumu ukázaly, že velký vliv na výkon sociální práci ve zdravotnictví má spolupráce rodiny. Zájem rodiny o svého nemocného příbuzného je, v leckterých případech, fatální. Jeden takový příklad toho, kdy rodinné vztahy nefungovaly, je popsán v kazuistice, která je součástí Přílohy č. 2. Důvody, proč některé rodiny nejsou schopny poskytovat svým blízkým potřebnou péči v domácnosti, jsou různé. Pokládám osobně za důležité podotknout, že rozhodnout se zajistit péči svému blízkému, není lehké.

Remr (in Jeřábek 2013, s. 140) uvádí, že některé rodiny nejsou například ochotny poskytnout potřebnou péči, protože v nich chybí principální faktory jako jsou určité normy a hodnoty nebo z důvodu takzvaně situačních okolností. Situačními okolnostmi mohou například být nevhodné bytové podmínky rodiny, pracovní vytížení členů rodiny, sociální vazby rodiny a okolí a podobně. Značný vliv na rozhodování se, zda zajišťovat rodinou péči může mít také místo bydliště. Podpůrné sociální služby pro pečující rodinu jsou dostupné především ve větších městech, v menších městech však mohou být vybudovány neformální vztahy například mezi sousedy, které dopomohou v poskytování domácí péče.

Jeřábek (2013, s. 47) uvádí, že *rodinou péči o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka anebo děti a jejich partneři*. Dále Jeřábek (2013, s. 47) píše, že přímo osobní péči zajišťují především ženy – manželky, dcery nebo snachy.

Rodiny, které se rozhodnou pro své blízké zajistit péči v domácnosti, čelí v průběhu poskytování péče řadě nástrahám. Kritické momenty, které mohou nastat při poskytování rodinné péče shrnul Jeřábek (2013, s. 48–50) v následujících bodech:

- Zdravotní problémy pečujících – Pečování o blízkou osobu je náročné nejen psychicky, ale i fyzicky. Péče může zahrnovat například úkony spojené se zvedáním, obracením nebo přenášením. Jak je již výše zmíněno, nejčastěji zajišťují rodinou péči ženy, a tyto úkony jsou pro ně často neúměrnou fyzickou námahou.
- Osamělost pečujících – Kvůli časově náročné činnosti, jsou pečující izolováni od světa. Osoby, zajišťující potřebnou péči, bývají ponechávány ostatními členy rodiny, sousedy či komunitou bez pomoci.
- Nedostatek pomoci od státu či obce – Nedostatečná podpora ze strany státu či obce při zajištění pomoci v poskytování rodinné péče.
- Nezávládnutí poskytované péče – Rodiny, které dlouhodobě již nezvládají péči o blízkou osobu mohou být traumatizovány. Nejpalčivější problém může být rozhodování o ukončení poskytování rodinné péče a nutnosti zajištění institucionální péče.

Na základě výsledků z předvýzkumu je zřejmé, že v rámci poskytovaného sociálního poradenství má pracovník oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví za úkol připravit začínající rodinné pečující na možný výskyt výše zmíněných problémů a zároveň jim poskytnout rady, co je možné v takových momentech dělat a na koho se můžou obrátit. Rodiny například mohou využít (Jeřábek 2013, s. 52–53):

- finanční podpory od státu – prostřednictvím příspěvku na péči, příspěvku na mobilitu, dlouhodobého ošetřovného aj.;
- poradenských služeb – neziskové organizace, sociální odbory samospráv aj.;
- podpůrné služby pečujícím – terénní pečovatelské služby, odlehčovací služby, osobní asistence, denní stacionáře aj.,
- kurzy a vzdělávací akce pro pečující.

Jak je patrné z prováděných činností pracovníků oddělení sociálních služeb, které vzešly z předvýzkumu, pracovníci zkoumaného oddělení často rodinám pomáhají sjednat podpůrné služby nebo finanční pomoc v rámci svého výkonu zaměstnání.

Sociální práce se seniory

Dle výsledků předvýzkumu by měl mít pracovník sociálních služeb na ONP na paměti, že na takovém oddělení je převážná většina cílové skupiny složena z osob v seniorském věku. Jak již bylo zmíněno, seniorský věk můžeme dělit na tři různá období - počáteční, pokročilé a vrcholné stáří (Hrozenská 2013, s. 13).

Každé období stáří má svá specifika, a to nejen v oblasti biologické, ale také v oblasti psychosociální. Klevetová (2017, s. 27) uvádí, že *jsou mezi námi lidé, kteří své stáří úspěšně prožívají a moudře k němu přistupují*. Díky tomuto přístupu k vlastnímu stárnutí si tito jedinci dokáží uchovat duchovní pohodu až do vrcholného stáří. Tempo a kvalita vlastního stárnutí se dá ovlivnit celoživotním přístupem. Stárnutí je stejně jako ostatní vývojová období věcí vysoce individuální (Klevetová 2017, s. 27–28).

Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011, s. 108) uvádějí, že za geriatrického pacienta lze v širším pojetí považovat osobu starší 75 let. Dále titíž autoři uvádějí, že v užším pojetí lze za geriatrického pacienta považovat toho, komu prospívá pobyt v zařízení se specializovanou geriatrickou a ošetrovatelskou péčí. Tyto odlišné definice vycházejí z různorodosti cílové skupiny.

Senioři jsou specifická cílová skupina. Dle autorů Kutnohorská, Cichá, Goldmann (2011, s. 109) se tato skupina vyznačuje *zvláštní tělesnou i duševní křehkostí*. Tato křehkost je především dána různými riziky, jako jsou například nesoběstačnost, samota, polypragmázie, pomalejší rekonvalescence, malnutrice a jiné (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 109).

Polypragmázií je chápána jako stav, kdy pacient užívá příliš mnoho léčivých přípravků. Tyto přípravky jsou někdy užívány zcela bezúčelně, příliš dlouhou dobu nebo v nadměrných dávkách. Stačí, aby pacient užíval jen jeden léčivý přípravek, který není nezbytně nutný a již se dá mluvit o polypragmázii (Weber in Matějovská Kubešová 2015, s. 204).

Výše zmíněný problém malnutrice může mít za následek horší rekonvalescenci, problémovější hojení ran nebo například zpomalené psychomotorické tempo. Malnutrici chápeme jako nedostatečnou výživu, která, jak je již z textu patrné, může ovlivňovat odolnost celého organismu člověka, a proto je to velmi důležitý faktor ovlivňující další

vývoj osoby v seniorském věku, ale bohužel je to v dnešní době často faktor opomíjený (Holmerová 2014, s. 85).

Dalšími charakteristickými problémy, které se mohou u seniorské populace vyskytnout, mohou být (Kutnohorská, Cichá, Goldman 2011, 109):

- instabilita – nestabilita, například při držení děla v určité pozici,
- imobilita – neschopnost pohybu,
- kognitivní poruchy – poruchy myšlení a paměti například vlivem demence při Alzheimerově chorobě,
- iatrogenizace – poškození osoby ze strany pracovníků například špatným zacházením, nevhodným přístupem, který může pramenit z takzvané profesní deformace.

Vliv na kvalitu života v seniorském věku má mobilita. Imobilní člověk může být svým handicapem téměř vyřazen ze společenského života, což může mít za následek stresové napětí. Tento stres může pramenit z pocitu méněcennosti, neschopnosti, závislosti na druhé osobě a dalšího neperspektivního života (Schmiedler 2009, s. 51–53).

Jak je již vysvětleno výše, iatrogenizace je zapříčiněna osobami, které jsou považovány za profesionály ve své oboru. Proto by měl každý pracovník, který přichází do kontaktu s geriatrickým pacientem, dodržovat alespoň pár základní pravidel v přístupu k těmto osobám. Například pokud vstupuje do pokoje, kde je senior hospitalizován, měl by myslet na to, že v danou dobu je to jeho jediný soukromý prostor, i když je to nemocniční pokoj a není tam sám. Proto je dobré před samotným vstupem například třikrát zaklepat, aby si osoba měla čas vůbec uvědomit, že někdo vstupuje do pokoje a byla na to připravena. Dále by pak měl pracovník mluvit srozumitelně a v tempu, v kterém je osoba schopna informaci vnímat. Není také od věci upravit hlas podle toho, jak osoba slyší. Ne každý senior má problémy se sluchem a je třeba na to myslet (Klevetová 2017, s. 68–70).

Tato část bakalářské práce je doplněna o příklady z praxe, které jsou získány z rozhovoru s pracovníkem oddělení sociálních služeb, který proběhl v rámci

předvýzkumu a je k dispozici v Příloze č. 2. Všechny příklady z praxe v plném znění jsou součástí zmíněného rozhovoru.

Krizová intervence

Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující (Vodáčková a kol. 2012, s. 60).

Každý člověk, ať už zdravý či nemocný, se může ocitnout v situaci, kterou může považovat za krizovou. Je nutné mít na paměti, že pojem krize má pro každého jiný význam (Vodáčková a kol. 2012, s. 59–60). Výše zmiňovaný pracovník oddělení sociálních služeb zdravotnického zařízení je přesvědčen o tom, že jeho úkolem při krizové intervenci je především vyslechnout osobu, která přichází se zakázkou, a pomoci jí najít okamžité řešení v její složité situaci. Dále uvádí, že určitě není na místě mít hodnotící tendence nebo bagatelizovat situaci!

Osoby, které se nacházejí v krizi, mohou pociťovat momentální bezmocnost, bezradnost či nemohoucnost a leckdy mají dojem, že jsou v jakýchsi kleštích, ze kterých se nemohou vlastními silami dostat (Úlehla 2005, s. 104).

Přístup ze strany pomáhajícího pracovníka by měl být při krizové intervenci aktivní a měl by spočívat v rychlém, skoro až okamžitém zákroku. *Krizová intervence má významný preventivní potenciál (Vodáčková a kol. 2012, s. 59).*

Krizová intervence může probíhat buď napřímo (face-to-face) nebo telefonicky. Tyto formy krizové intervence se od sebe mírně odlišují především díky komunikačním kanálům, které jsou při nich využívány (Vodáčková a kol. 2012, s. 59). Z výsledků předvýzkumu vyšlo najevo, že pracovníci oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení jsou většinou kontaktováni pečující rodinou s dotazem, co mají dělat, když se starají o postiženého příbuzného a péči už nezvládají. Nezvládání péče může pramenit z důvodu zhoršení zdravotního stavu jak osob opečovávaných, tak pečujících, nebo z důvodu vyčerpání sil pečujících. Jak je již patrné, tyto dotazy bývají pokládány buď při osobní návštěvě pracovníků nebo také telefonicky. V případě dotazu prostřednictvím telefonického kontaktu se tedy jedná o telefonickou krizovou intervenci.

Jedním z cílů krizové intervence je snažit se posílit klientovy schopnosti natolik, aby situaci v nejlepším případě zvládl sám (Vodáčková a kol. 2012, s. 60).

Je dobré myslet na to, že klient již má jistě za sebou nějaké krizové období, které zvládl za pomoci vlastních sil. Jakékoliv překonání krize bez cizí pomoci je posilující a podporuje klientovu sebedůvěru. Z těchto důvodů je užitečné překonané krize klientovi připomenout a ocenit ho za jejich zvládnutí (Úlehla 2005, s. 104).

Přestože se může klientovi zdát jeho situace beznadějná, pracovník musí začít pracovat s klientem tam, kde se právě nachází. Přijetí klientova pohledu na svět a jeho situaci je dobrým startem k nalezení toho, v jaké situaci se klient nyní nachází, jak ji prožívá a co v dané situaci dělá správně. Je důležité najít právě tyto silné stránky, na nichž lze začít stavět. *Začít pomáhat klientovi vidět, že má síly a zdroje, z nichž lze čerpat. Pracovník totiž na osobě v krizi chce něco jiného než neškolení lidé, chce aby se odvážila velkého rizika změny spočívající v nalezení světa, ve kterém je její trápení už vyřešeno* (Úlehla 2005, s. 105).

Pracovník při krizové intervenci často vyslechne až děsivé vyprávění klientova problému, měl by však mít na mysli, že se pořád nachází v situaci, kterou člověk vypráví, ale nekoná. To znamená, že pokud klient vypráví o své těžké situaci a jediné možné východisko z této situace vidí například v sebevraždě nebo ve spáchání trestného činu, měl by si pracovník uvědomit, že i za takto vážné situace má pořád dostatečný prostor pro dojednání jiného východiska přímo s klientem, místo toho aby začal podnikat kroky dle vlastního uvážení a bez dohody s klientem. Vlastní pracovníkova aktivita není pomocí, ale naopak může způsobit klientovi větší problém, než s kterým původně přišel. *Jinými slovy, chceli pracovník pomáhat, musí vycházet z přání a potřeb vyslovených klientem, a ne ze svého hodnocení, že některé problémy a trápení jsou zvláštní* (Úlehla 2005, s. 105–106).

Empirická část

Empirická část plynule navazuje na teoretickou část, která se věnovala problematice sociální práce ve zdravotnictví a především pak specifikovala, kdo a za jakých podmínek může vykonávat sociální práci ve zdravotnictví a s jakými cílovými skupinami se pracovník oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví pravděpodobně setká. Praktická část této práce si klade za cíl podrobně zmapovat obsah práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Dále tato část představuje metodologii výzkumu, a také zhodnocení předvýzkumu, který byl realizován na základě rozhovoru s pracovníkem oddělení sociálních služeb. Součástí praktické části je mimo jiné i analýza a interpretace získaných dat a informací.

Předvýzkum

Jak již bylo výše zmíněno, předvýzkum měl především za cíl definovat obsah práce na základě pracovních činností, které jsou na oddělení sociálních služeb běžné. Předvýzkum proběhl formou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníkem oddělení sociálních služeb v prostředí jeho kanceláře. Pracovník byl předem informován o tom, jak bude rozhovor zaznamenáván a k jakým účelům bude sloužit. Zároveň byl pracovník také informován o zachování anonymity. Rozhovor byl zaznamenáván na diktafon mobilního telefonu a je z hlediska autenticity přepsán doslovně, proto jsou uvedeny i neformální výrazy. Vzhledem k tomu, že autor práce se s zpovídaným pracovníkem zná osobně, celý rozhovor byl veden neformálně. Rozhovor probíhal 60 minut.

Na základě předvýzkumu byly stanoven seznam těchto činností:

- 1) archivace,
- 2) individuální vzdělávání (články, zákony, standardy),
- 3) jednání s magistrátem,
- 4) jednání s ÚP,
- 5) jednání se sociální službou,
- 6) komunikace s personálem,
- 7) krizová intervence,
- 8) ostatní administrativní úkony,

- 9) předání kontaktu na sociální služby,
- 10) příprava(např. Anamnéza, denní dekurz),
- 11) služební cesta,
- 12) sociální poradenství,
- 13) supervize,
- 14) telefonická komunikace,
- 15) účast na lékařské vizitě, jednání,
- 16) účast na poradách týmu,
- 17) účast na vzdělávání(kurzy, konference),
- 18) vyřizování pošty,
- 19) vyřizování pozůstalosti,
- 20) zajišťování překladu,
- 21) vyřizování žádostí do zařízení,
- 22) zajišťování dimise,
- 23) zajišťování podpůrných služeb,
- 24) zajišťování terénních zdravotnických služeb.

Seznam činností byl využit pro formulaci výzkumné techniky časového snímku, jak je uvedeno dále v textu.

Metodologie výzkumu

Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Celá bakalářská práce je zaměřena na sociální službu, která je poskytována ve zdravotnickém zařízení. Praktická část je pak především založena na vyhodnocení předvýzkumu a rozboru získaných dat od respondentů.

Hlavním cílem výzkumu, který je popsán v praktické části, je zjistit obsah práce pracovníků oddělení sociálních služeb v konkrétním zdravotnickém zařízení. Výzkumnou otázkou je, zda obsah práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví reálně odpovídá náplni práce těchto pracovníků tak, jak je stanovena příslušnými zákony a jejich vyhláškami, popřípadě přímo provozními předpisy zaměstnavatele. Zodpovězení této výzkumné otázky je důležité pro srovnání teoretického a praktického rámce zkoumaného problematiku obsahu práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví. Dílčím cílem bylo zjistit, jaké metody sociální práce při výkonu své profese využívají a jak je reflektují.

Metodika výzkumu

Praktická část bakalářské práce byla realizována kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvantitativní forma výzkumu byla využita při sběru dat, které sloužily k určení četnosti pracovních činností jednotlivých respondentů. Kvalitativní forma výzkumu byla využita při interpretaci výsledků výzkumu a k sekundární analýze výsledků předvýzkumu.

Kvantitativní metodu výzkumu Gavora (2000, s.31) popisuje jako výzkumnou metodu, která díky práci s číselnými údaji zjišťuje množství, výskyt a frekvenci určitých jevů. Tyto údaje je možné matematicky zpracovávat, převést do procent či dále statisticky vyhodnotit.

Gavora (2000, s. 31) o kvalitativním výzkumu uvádí, že pomáhá výzkumníkovi ve snaze sblížení se se zkoumaným osobám a přiblížení se situacím, ve kterých dané osoby vystupují, protože jen díky tomu jim může výzkumník správně porozumět a adekvátně popsat.

Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis (Gavora 2000, s. 142). Dále Gavora (2000, s. 142) uvádí, že výzkumník v průběhu kvalitativního výzkumu zaznamenává téměř vše, co se ve sledované oblasti v daném období stane. Výzkumník si během pozorování dělá poznámky, z kterých si skládá celkový obraz o zkoumaném prostředí a snaží se přitom vysvětlovat děj z pohledu zkoumaných osob nikoliv na základě vlastního názoru.

Metoda sběru dat

Pro výzkum byla hlavní metodou zvolena metoda časového snímku. Dalšími metodami, které byly při tvorbě praktické části této práce využity, byly polostrukturovaný rozhovor, pozorování a sekundární analýza dokumentů.

Časový snímek je dle Vodákové (1996, s. 823) specifickým typem přímého pozorování, který má rozvinutou vlastní metodiku.

Vítečková (2017) popisuje časový snímek jako popis činností, který je založený na pozorování potažmo na sebepozorování. Variabilními momenty časového snímku jsou zejména (Vítečková 2017):

- délka a situovanost období, v němž je výzkum prováděn,

- délka záznamového období u každého respondenta,
- způsob kontaktu s respondentem,
- záznam bez přípravy nebo s přípravou a následnou kontrolou,
- deník s pevnou či volnou časovou osou, u deníků s pevnou časovou osou citlivost záznamové časové jednotky.

Dále Vítěčková (2017) uvádí, že metoda časového snímku je oproti jiným dotazovacím technikám náročnější, a to především kvůli velkému objemu prvotních informací a náročnosti zpracování výzkumu jak ze strany tazatele, tak pro spolupráci s respondenty.

Respondenti výzkumu této bakalářské práce měli při sestavování časového snímku seznam pracovních činností, které byly vybrány na základě polostrukturovaného rozhovoru s konkrétním pracovníkem oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení. Polostrukturovaný rozhovor je doslovně přepsán v Příloze č. 2 tohoto textu.

Jak již je výše zmíněno, během výzkumu byla využita metoda pozorování formou časového snímku. Berka (2018) popisuje pozorování jako nejzákladnější metodu vědecké práce, která je primárně zaměřena na získání kvalitativních informací. *Pozorování ve vědě neboli vědecké pozorování je na rozdíl od běžného pozorování charakterizováno cílevědomostí, organizovaností a zaměřeností na určitou teoreticky podloženou problematiku. Čistě náhodné pozorování, pro něž není předem stanoven předmět pozorování, je dnes ve vědě velmi řídké. Pozorovatel má z teoretických důvodů určitou představu o očekávaných výsledcích* (Berka 2018). Během výzkumu byli jednotliví respondenti každý den pozorováni během výkonu jejich běžné pracovní činnosti, a to především kvůli detailnímu prozkoumání využívaných metod sociální práce ve zdravotnictví.

Sekundární analýza dokumentů byla v této práci využita opakovaně. Sekundární analýzou dokumentů chápeme jako aplikaci analytické metody, která je zaměřena na dokumenty vyhotovené primárně pro jiný účel (Petrušek, Maříková, Vodáková 1996, s. 67). Pro účely této práce byly analyzovány interní dokumenty zdravotnického zařízení, které upřesňují pracovní náplň respondentů. Tyto dokumenty jsou přístupné pouze se svolením dané organizace. Analýzy těchto dokumentů jsou patrné v prezentaci

dat z výzkumu a následné diskuzi. Konkrétně se jednalo o dokumenty upřesňující provozní řád oddělení sociální služby ve sledovaném nemocničním zařízení, pracovní náplně zaměstnanců oddělení sociální služby a provozní řád ONP.

Podle Buriánka (2017) se sekundární analýza často používá v komparativních výzkumech.

Charakteristika a popis výzkumného souboru

Pro účely praktické části této práce byl výběr respondentů záměrný. Záměrný výběr respondentů byl ovlivněn počtem zaměstnanců na zkoumaném oddělení sociálních služeb v konkrétním zdravotnickém zařízení. Takto omezený výběr respondentů lze z výzkumného hlediska chápat jako takzvaný dostupný výběr. Gavora (2000, s. 64) popisuje dostupný výběr jako ulehčující volbu, a to především v tom smyslu, že takovýto výběr ušetří výzkumníkovi čas. Dostupný výběr je de facto zacílení na nejbližší prostředí, ve kterém může výzkumník provést své šetření, a proto se nedá toto šetření zobecňovat na jiná prostředí s podobnými charakteristickými rysy.

Vyplňování časových snímků bylo realizováno na oddělení sociálních služeb v konkrétním zdravotnickém zařízení, a to ve třech pracovních týdnech (pondělí až pátek), které nebyly po sobě jdoucí. Rozsah výzkumného období byl stanoven na tři týdny z důvodu získání relevantního množství potřebných dat. Termíny pro výzkum byly vybrány na základě těchto kritérií:

- žádný z pracovníků oddělení sociálních služeb neměl plánovanou řádnou dovolenou,
- žádný z pracovníků nebyl v pracovní neschopnosti,
- ve vybraných termínech nebyly naplánovány žádné mimořádné události,
- nikterak nebyly omezeny běžné chody ostatních oddělení (zákaz návštěv, chřipková epidemie, malování interiérů apod.).

Výzkum probíhal v termínech:

- 1) 1. 10. - 5. 10. 2018;
- 2) 22. 10. - 26. 10. 2018;
- 3) 12. 11. - 16. 11. 2018.

Všichni respondenti byli nejdříve osloveni s žádostí o spolupráci na výzkumu při osobním setkání. Následně byli pracovníci seznámeni se způsobem vyplňování

záznamových archů a byl jim předán seznam pracovních činností získaných na základě předvýzkumu s instrukcemi pro vyplnění (viz Příloha č. 4). Činnosti měli pracovníci vyplňovat do předem nachystaných tabulek (viz Příloha č. 4), a to s volnou časovou osou a zároveň s možností zaznamenávání souběhu pracovních činností. Pracovníci mohli časové snímky vyplňovat buď ručně na vytištěné záznamové archy nebo elektronicky. Celý sběr dat probíhal od září 2018 do prosince 2018.

Před započítím samotného výzkumu probíhala důkladná příprava formou rešerše dostupné literatury, odborných publikací a článků, vztahujících se k tématu. Před zahájením samotného výzkumu proběhl polostrukturovaný rozhovor s vybraným pracovníkem oddělení sociálních služeb ve zkoumaném zdravotnickém zařízení, a to za účelem předdefinování činností, které byly k dispozici respondentům při vyplňování časových snímků.

Výběr respondentů

Výběr respondentů byl záměrný. Všichni respondenti byli z řad zaměstnanců oddělení sociálních služeb v krajském zdravotnickém zařízení. Na tomto oddělení pracují 4 pracovníci a všichni se zúčastnili tohoto výzkumu. Tým respondentů byl složen ze tří žen a jednoho muže. Délka praxe v sociální sféře se u vybraných respondentů pohybuje v rozmezí od 8 do 19 let, přičemž jeden z respondentů má ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském stupni studia. Ostatní respondenti mají ukončené střední odborné vzdělání. Tři respondenti jsou pracovníčně zařazeni na pozici zdravotně-sociální pracovník, čtvrtý respondent je pracovníčně zařazen jako jiný odborný pracovník – terapeut.

Oddělení sociálních služeb má dle veřejně dostupných informací za cíl především pomáhat v těžkých životních situacích jako jsou například vyrovnávání se s následky nemoci nebo ztráta osobních dokladů. Dále například nabízí pomoc osobám bez přístřeší a pomoc při vyřizování sociálních příspěvků.

Zdravotnické zařízení dále uvádí, že oddělení sociálních služeb přijímá do své péče pacienty, které jejich onemocnění přivedlo do náročné životní situace. *Oddělení také poskytuje pomoc při zajišťování nároků, vyplývajících ze zákona o hmotné nouzi, důchodovém pojištění, zákona o rodině a dalších právních norem. Při propouštění ze zdravotnického zařízení, pracovníci oddělení sociálních služeb zajišťují pomoc*

vhodných institucí, jako jsou terénní ošetrovatelská péče, pečovatelská služba, osobní asistence (Krajská nemocnice Liberec 2019).

Oddělení sociálních služeb je rozděleno do dvou samostatně působících kanceláří. Jedna z kanceláří se nachází ve druhém poschodí pavilonu interních oborů a poskytuje především sociální poradenství pro ambulance a akutní lůžka zdravotnického zařízení, a to každý všední den v době od 7:00 do 15:30. Kancelář je personálně zajištěna dvěma pracovníky.

Druhá kancelář se nachází v budově následné péče a hlavní náplní zdejších pracovníků je poskytování sociálního poradenství pro lůžka následné péče. Kancelář je personálně zajištěna dvěma pracovníky, a to ve dnech pondělí, středa a pátek v pracovní době od 7:00 do 15:30. Ve dnech úterý a čtvrtek v čase od 7:00 do 15:30 je zde přítomen pouze jeden z pracovníků, druhý je přítomen na detašovaném oddělení následné péče.

Za chod obou kanceláří odpovídá vedoucí oddělení sociálních služeb, která zároveň vykonává totožnou práci jako ostatní zaměstnanci tohoto oddělení.

Výzkum

Během výzkumu pozorujeme, zda se činnosti liší s ohledem na to, zda je sociální služba určena pro ambulance a akutní lůžka nebo pro lůžka oddělení následné péče. Dále pozorujeme, zda se četnost činností liší dle zkoumaného období. Sociální služba poskytovaná na oddělení následné péče je v tabulce označena zkratkou „ONP“. Sociální služba poskytovaná na ambulancích a akutních lůžkách je v tabulce označena termínem „Interna“. Níže uvedená tabulka poskytuje přehled v podobě počtu úkonů vykonávaných činností v jednotlivých zkoumaných týdnech dle místa sběru dat. Dále v tabulce nalezneme součty úkonů jednotlivých činností za celé sledované období jednotlivých míst sběru dat.

Výsledky výzkumu jsou zobecnitelné pro obdobně velké zdravotnické zařízení, které mimo jiné poskytuje lůžka následné péče a zároveň zaměstnává totožný počet pracovníků oddělení sociálních služeb jako zkoumané zdravotnické zařízení.

Tabulka č. 1 - součet úkonů činností

| činnost - počet úkonů | ONP 1. týden | ONP 2. týden | ONP 3. týden | ONP celkem | Intern a 1. týden | Intern a 2. týden | Intern a 3. týden | Intern a celkem |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| archivace | 3 | 1 | 1 | 5 | 7 | 1 | 2 | 10 |
| individuální vzdělávání (články, zákony, standardy) | 5 | 4 | 10 | 19 | 3 | 12 | 7 | 22 |
| jednání s magistrátem | 3 | 2 | 6 | 11 | 2 | 6 | 9 | 17 |
| jednání s ÚP | 6 | 3 | 8 | 17 | 5 | 4 | 10 | 19 |
| jednání se sociální službou | 5 | 13 | 1 | 19 | 9 | 24 | 14 | 47 |
| komunikace s personálem | 15 | 13 | 16 | 44 | 34 | 32 | 26 | 92 |
| krizová intervence | 1 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ostatní administrativní úkony | 25 | 20 | 22 | 67 | 20 | 21 | 24 | 65 |
| předání kontaktu na sociální službu | 4 | 6 | 7 | 17 | 2 | 14 | 14 | 30 |
| příprava (např. anamnéza, denní dekurz) | 18 | 14 | 20 | 52 | 24 | 26 | 24 | 74 |
| služební cesta | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| sociální poradenství | 35 | 40 | 39 | 114 | 35 | 36 | 62 | 133 |
| supervize | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| telefonická komunikace | 28 | 27 | 30 | 85 | 24 | 14 | 26 | 64 |
| účast na lékařské vizitě | 4 | 4 | 4 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| účast na poradách týmu | 8 | 8 | 8 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| účast na vzdělávání (kurzy, konference) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| vyřizování pošty | 7 | 3 | 5 | 15 | 12 | 11 | 10 | 33 |
| vyřizování pozůstalosti | 8 | 6 | 9 | 23 | 7 | 7 | 12 | 26 |
| účast na jednání | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| zajištění překladu | 6 | 14 | 12 | 32 | 5 | 12 | 1 | 18 |
| vyřizování žádostí do zařízení | 7 | 1 | 3 | 11 | 9 | 14 | 15 | 38 |
| zajišťování dimise | 17 | 18 | 22 | 57 | 15 | 23 | 24 | 62 |
| zajišťování podpůrných služeb | 10 | 9 | 12 | 31 | 7 | 14 | 8 | 29 |

Prezentace dat z výzkumu

Tato část bakalářské práce má za cíl zhodnotit získaná data z výzkumu. Údaje získané pomocí vyplňování časových snímků jsou sečteny mezi pracovníky na základě toho, kde konkrétně pracovníci oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení poskytují sociální služby. Součty činností jsou poté porovnávány mezi kanceláři, které v hodnotící tabulce dostaly pracovní názvy ONP a INTERNA.

Celkový počet úkonů vykonávaných činností na místě sběru dat označeném jako ONP za celé sledované období je 663. Při stanovené pracovní době 7,5 hodiny za den

na jednoho pracovníka tedy statisticky vychází, že na jeden úkon vykonávané činnosti má pracovník zaokrouhleně 20 minut.

Celkový počet úkonů vykonávaných činností na místě sběru dat označeném jako Interna za celé sledované období je 781. Při stanovené pracovní době 7,5 hodiny za den na jednoho pracovníka tedy statisticky vychází, že na jeden úkon vykonávané činnosti má pracovník zaokrouhleně 17 minut.

Vezmeme-li v potaz, že „ONP“ má celkovou lůžkovou kapacitu určenou pro 148 pacientů, statisticky bylo každému z pacientů poskytnuto za sledované období 4,5 úkonů vykonávaných činností, což zaokrouhleně vychází na 90 minut pracovníkova času na pacienta za 15 pracovních dní, tedy na 6 minut za den na jednoho klienta.

Pracovníci oddělení sociálních služeb na místě nazvaném jako Interna poskytují své služby průměrně 40 pacientům za týden, z čehož vyplývá, že během sledovaného období poskytovali služby 120 pacientům. Při takovémto rozsahu pacientů bylo statisticky za sledované období poskytnuto 6,5 úkonů vykonávaných činností, což zaokrouhleně vychází 110,5 minut pracovníkova času na pacienta za 15 pracovních dní, tedy na necelých 7,5 minuty za den na jednoho klienta.

Pro bližší představu tedy například činnost nazvaná jako archivace zabrala pracovníkům na „ONP“ za celé sledované období 100 minut a například úkony spojené s činností nazvanou jako sociální poradenství trvaly pracovníkům „ONP“ za celé sledované období 2280 minut, tedy 1/6 z celkové pracovní doby.

- 1. týden

První týden, během kterého probíhalo vyplňování časových snímků, byl stanoven na pracovní týden v termínu od pondělí 1. 10. do pátku 5. 10. 2018.

Vyplňování časových snímků se zúčastnili všichni pracovníci oddělení sociálních služeb. Žádný z respondentů nevyplňoval časový snímek v elektronické podobě.

Během týdne nebyl nijak změněn program ani jednomu z pracovníků tzn., že pracovníkům vykonávajícím sociální poradenství na oddělení následné péče nebyla zrušena žádná ranní schůzka ani primářská vizita. Žádný z pracovníků se neúčastnil vzdělávání. Jeden z pracovníků sociálních služeb, který působí na oddělení následné péče byl dle plánu na detašovaném pracovišti, a to ve dnech úterý 2. 10. 2018 a čtvrtek 4. 10. 2018.

Kromě činností označených jako **komunikace s personálem, účast na lékařské vizitě a účast na poradách týmu** nejsou výsledky sběru dat výrazně odlišné mezi jednotlivými místy sběru dat. Místo sběru dat označené jako „Interna“ má v 1. zkoumaném týdnu nadpoloviční počet úkonů (konkrétně o 19 úkonů) uvedených v činnosti nazvané jako komunikace s personálem. Činnosti nazvané jako účast na lékařské vizitě a účast na poradách týmu se vyskytují pouze u pracovníků na ONP

Dále si můžeme ve výsledcích povšimnout, že jeden z pracovníků na ONP podnikl během 1. zkoumaného týdne jednu služební cestu. Jednalo se o služební cestu za účelem doprovodu pacienta při překlada. Služební cesty za tímto účelem bývají spíše ojedinělé.

Další činností, která stojí za povšimnutí je činnost **účast na jednání**, kterého se zúčastnil jeden z pracovníků sociálních služeb, který poskytuje služby pro ambulance a akutní lůžka. Jednalo se o mimořádná jednání s vedením nemocnice.

- 2. týden

Druhý týden, během kterého probíhalo vyplňování časových snímků, byl stanoven na pracovní týden v termínu od pondělí 22. 10. do pátku 26. 10. 2018.

Vyplňování časových snímků se zúčastnili všichni pracovníci oddělení sociálních služeb. Žádný z respondentů nevyplňoval časový snímek v elektronické podobě.

Během týdne nebyl nijak změněn program ani jednomu z pracovníků tzn., že pracovníkům vykonávajícím sociální poradenství na oddělení následné péče nebyla zrušena žádná ranní schůzka ani primářská vizita. Žádný z pracovníků se neúčastnil vzdělávání. Jeden z pracovníků sociálních služeb, který působí na oddělení následné péče byl dle plánu na detašovaném pracovišti, a to ve dnech úterý 23. 10. 2018 a čtvrtek 25. 10. 2018.

Tento týden vidíme poměrně výrazné odlišnosti získaných dat v činnostech **individuální vzdělávání, jednání se sociální službou, komunikace s personálem, předání kontaktu na sociální službu, příprava, telefonická komunikace, účast na lékařské vizitě a účast na poradách týmu, vyřizování pošty a vyřizování žádostí do zařízení**. Činnosti nazvané jako individuální vzdělávání se pracovníci sociálních služeb působící na místě sběru dat „Interna“ věnovali během druhého zkoumaného týdne třikrát více než pracovníci „ONP“ (konkrétně 12 : 4 úkonům). Dále pracovníci ve sledované skupině „Interna“ v druhém týdnu vykazovali minimálně dvakrát více úkonů oproti pracovníkům „ONP“ u činností nazvaných jako jednání se sociální

službou, komunikace s personálem, vyřizování pošty a vyřizování žádostí do zařízení. Oproti tomu pracovníci „ONP“ v 2. sledovaném týdnu vykonávali častěji úkony spojené s činnostmi nazvanými jako telefonická komunikace (o 13 úkonů více než pracovníci ze skupiny „Interna“), účast na lékařské vizitě (4 úkony) a účast na poradách týmu (8 úkonů).

Dále si můžeme ve výsledcích povšimnout, že jeden z pracovníků na ONP podnikl služební cestu. Jednalo se o služební cestu za účelem doprovodu pacienta při překladu. Služební cesty za tímto účelem bývají spíše ojedinělé. Ostatní výsledky sběru dat nejsou u pracovních činností jednotlivých skupin výrazně odlišné.

- 3. týden

Třetí týden, během kterého probíhalo vyplňování časových snímků, byl stanoven na pracovní týden v termínu od pondělí 12. 11. do pátku 16. 11. 2018.

Vyplňování časových snímků se zúčastnili všichni pracovníci oddělení sociálních služeb. Žádný z respondentů nevyplňoval časový snímek v elektronické podobě.

Během týdne nebyl nijak změněn program ani jednomu z pracovníků tzn., že pracovníkům vykonávajícím sociální poradenství na oddělení následné péče nebyla zrušena žádná ranní schůzka ani primářská vizita. Žádný z pracovníků se neúčastnil vzdělávání. Jeden z pracovníků sociálních služeb, který působí na oddělení následné péče byl dle plánu na detašovaném pracovišti, a to ve dnech úterý 13. 11. 2018 a čtvrtek 15. 11. 2018.

Tento týden vidíme poměrně výrazné odlišnosti získaných dat v činnostech, **jednání se sociální službou, komunikace s personálem, předání kontaktu na sociální službu, účast na lékařské vizitě a účast na poradách týmu, vyřizování pošty a vyřizování žádostí do zařízení a zajišťování překladu.** Pracovníci ze skupiny „Interna“ poskytovali během třetího sledovaného týdne dvakrát více úkonů spojených s činnostmi nazvanými jako předání kontaktu na sociální služby (14) a vyřizování pošty (10) než pracovníci na „ONP“. Dále je z výsledků za 3. sledovaný týden patrné, že pracovníci ze skupiny „Interna“ poskytovali během tohoto týdne 5x více úkonů spojených s činností nazvanou jako vyřizování žádostí do zařízení než pracovníci „ONP“. Oproti pracovníkům na stanovišti „Interna“, pracovníci ze skupiny „ONP“ během 3. sledovaného týdne vykazovali 12x častěji úkony spojené s činností nazvanou jako zajišťování překladu. Rozdíl četnosti úkonů spojených s činnostmi nazvanými jako

jednání se sociální službou, účast na lékařské vizitě a účast na poradách týmu jen doplňuje výsledky z předchozích zkoumaných týdnů. Ostatní výsledky sběru dat nejsou u pracovních činností mezi jednotlivými místy sběru dat výrazně odlišné.

Dále si můžeme ve výsledcích povšimnout, že jeden z pracovníků na ONP se účastnil mimořádného jednání. Jednalo se o účast na komunitním plánování.

Diskuse

Tato kapitola má za cíl porovnat očekávání plynoucí z teorií s vykonávanou praxí. Zároveň má tato část za cíl nabídnout čtenáři diskusi nad výsledky výzkumu, ale také informace o možných limitech provedeného výzkumu.

Teoretická východiska počítají s tím, že pracovník oddělení sociálních služeb ve zdravotnictví může být během zdravotní hospitalizace jakýmsi styčným bodem pro pacienta a jeho rodinu, který jim může dopomoci především v zajištění další péče a zvládnutí celé situace. Praxe toto očekávání pouze potvrzuje.

Za limity výzkumu lze brát to, že výzkum byl prováděn v jednom konkrétním zdravotnickém zařízení, kde je oddělení sociálních služeb personálně obsazeno čtyřmi pracovníky. Z těchto důvodů nelze výzkum aplikovat na všechna zařízení. Nelze a priori říci, že naprosto stejný obsah práce nalezneme i na jiných odděleních sociálních služeb v jiném zdravotnickém zařízení. Nelze také říci, že na jiném oddělení sociálních služeb v odlišném zdravotnickém zařízení budou rozdíly mezi pracovními činnostmi pracovníků akutních lůžek a lůžek následné péče v porovnání stejné.

Dalším limitem může být způsob vyplňování časových snímků, a to především vzhledem k náročnosti takového to vyplňování. Je nutné si uvědomit, že vytváření časových snímků je nad rámec pracovníkova náplně práce a je naprosto pochopitelné, že pracovník může během výkonu svého povolání občas zapomenout časový snímek vyplnit.

Z kompletních výsledků je zřejmé, že největší rozdíl v obsahu práce mezi pracovníky oddělení sociálních služeb na zkoumaných pracovištích lze nalézt v činnostech nazvaných jako:

- jednání se sociální službou,
- komunikace s personálem,

- předání kontaktu na sociální službu,
- příprava,
- účast na lékařské vizitě,
- účast na poradách týmu,
- vyřizování pošty,
- zajištění překladu,
- žádostí do zařízení.

Častější jednání pracovníků zajišťujících ambulance a akutní lůžka lze vysvětlit tím, že z důvodu častějšího předávání kontaktu na tyto služby, ať už jednotlivci nebo rodinám, potřebují znát aktuální vytíženost sociálních služeb, a případně tyto služby informovat o možném zájemci jejich služby.

Větší četnost činností nazvaných jako komunikace s personálem a příprava u pracovníků zajišťujících ambulance a akutní lůžka lze interpretovat tak, že oproti pracovníkům zajišťujícím ONP nemají tolik potřebné informace o pacientovi z účasti na velkých vizitách a účasti na poradách týmu, tudíž si informace musejí získávat sami skrze komunikaci s personálem a individuální přípravou například před sociálním šetřením.

Vzhledem k tomu, že pracovníci oddělení sociálních služeb zajišťující ambulance a akutní lůžka, pomáhají při vyřizování více žádostí do zařízení, dá se předpokládat, že je s tímto úkonem spojeno také častější vyřizování pošty. Větší četnost činností spojených s vyřizováním žádostí lze interpretovat tak, že první setkání pacienta a pracovníků oddělení sociálních služeb proběhne na akutním lůžku, kde se po prošetření vyřídí žádost do zařízení a následně je pacient kvůli svému zlepšení zdravotního stavu a nutnosti doléčení přeložen na oddělení následné péče, kde přichází již vybaven vyřízenou žádostí.

Celkové výsledky ukazují, že na pracovníci na oddělení následné péče častěji musí řešit překlady pacientů než jejich kolegové na místě sběru dat nazvaném jako Interna. Vyšší počet překladů z oddělení následné péče může spočívat řadě faktorů. Buď se

zdravotní stav pacientů opět zhorší a je nutné je přeložit zpět na akutní lůžka nebo díky možnosti delších hospitalizací než na akutních lůžkách je pravděpodobnost přijetí pacienta s žádostí do zařízení vyšší.

Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na zmapování obsahu práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení.

První část výzkumu práce měla především za cíl ujasnit si, jaké činnosti pracovníci vybraného oddělení vykonávají, jak funguje provoz jejich oddělení a jaká jsou specifika výkonu práce na ambulancích, akutních lůžkách a lůžkách následné péče.

Druhá část výzkumu především zkoumala to, zda jsou mezi pracovníky, kteří poskytují sociální služby na akutních lůžkách a ambulancích četnosti činností jiné než u pracovníků poskytujících sociální služby na následné péči.

Závěr

Sociální práce ve zdravotnictví je specifickým oborem sociální práce. Jedná se o druh sociální práce s vlastními rozvinutými metodami, na které je zaměřen i jeden ze vzdělávacích programů v sociální oblasti.

Teoretická část zasvětila čtenáře do základní problematiky vztahující se k tématu sociální práce ve zdravotnictví, metody sociální práce ve zdravotnictví a postavení oboru sociální práce v oblasti zdravotnictví. Sociální práce ve zdravotnictví může pomoci individualizovat poskytovanou péči zdravotníků a zároveň také může dopomoci k praktikování holistického přístupu v medicíně.

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat obsah práce pracovníků oddělení sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení, především za pomoci metod časového snímku a sekundární analýzy dokumentů.

Z rozhovoru s pracovníkem mapovaného oddělení sociálních služeb je patrné, že velkou roli při poskytování sociálních služeb ve zdravotnictví mimo jiné hraje to, jaké vztahy panovaly v rodině před samotnou hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. V případě, že jedinec rodinu neměl nebo ji případně ztratil, je důležité, zda si byl schopen alespoň vybudovat síť přátel či známých, kteří by mu ve zlomové chvíli byli ochotni nabídnout pomocnou ruku a případně zajistit jeho další důstojné prožití budoucnosti.

Z výzkumu také vyplynulo, že ačkoliv se jednotlivé činnosti pracovníků, kteří poskytují sociální službu pro ambulanci či akutní lůžka, a pracovníků, kteří poskytují sociální službu pro lůžka následné péče, mírně odlišují, hlavní náplň jejich pracovní činnosti zůstává téměř ve stejném poměru. To znamená, že sociální poradenství poskytují skoro ve srovnatelné míře všem cílovým skupinám.

Celá práce může být přínosem pro vedení zdravotnických zařízení, které si touto cestou můžou uvědomit přínos sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Díky popsání využívaných metod sociální práce a specifikace cílových skupin, které se ve zdravotnických zařízeních vyskytují, může být tato práce přínosná i pro studijní obory sociálního a zdravotnického zaměření.

Seznam použitých zdrojů

ANON, 2018. *Problémové okruhy sociální práce ve zdravotnictví – závěry z konference „Postavení sociální práce – multidisciplinární spolupráce“, kterou pořádala Společnost sociálních pracovníků ČR 15. 3. 2018* [online]. [vid. 25. 1. 2019]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/xxv._konference_-_z%C3%A1v%C4%9Bry_.pdf

BERKA., K., 2018. Pozorování. In: *Sociologická encyklopedie: Metodologie/metodologie empirického výzkumu* [online]. 10. 11. 2018 [vid. 15. 2. 2019]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Pozorov%C3%A1n%C3%AD>

BURIÁNEK, J., 2018. Analýza sekundární. In: *Sociologická encyklopedie: Metodologie/metodologie empirického výzkumu* [online]. 11. 12. 2017 [vid. 15. 2. 2019]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Anal%C3%BDza_sekund%C3%A1rn%C3%AD

ERICKSON, R., ERICKSON, G., 1994. An Overview of Social Work Practice in Health Care Setting [online]. In: HOLOSKO, M., J., TAYLOR, P., A., *Social Work Practice in Health Care Setting*. 2. Toronto: Canadian Scholars' Press, 1994 [cit. 28. 11. 2018]. ISBN 978-0-921627-99-9. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=8pj-JwtdNhIsC&printsec=frontcover&dq=social+work+in+health+care&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKewj4i5HCuYnfAhWC6aQKHUt5CbkQ6AEIKTAA#v=onepage&q=social%20work%20in%20health%20care&f=false>

GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

GULOVÁ, L., 2011 *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.

HAVRÁNKOVÁ, O., 2008. Případová práce. In: MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ K., 2002. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: GEMA. ISBN 80-86541-12-6.

HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHRENKOVÁ, M., 2001. Sociální práce s rodinami. In: KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

- IFSW. 2014. *Global Definition of Social Work*. [online]. [cit 8. 11. 2018]. Dostupné z: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work>.
- JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JEŘÁBEK, H., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-117-6.
- KLEVETOVÁ, D. 2017 *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KODYMOVÁ, P., 2001. Sociální práce do druhé světové války. In: MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3843-7
- KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MPSV, 2015. Sociální práce ve zdravotnictví. In: *Budmeprofi.cz* [online]. 2. 12. 2015 [vid. 1. 12. 2018]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/23237/DL-zdravotnictvi.pdf>
- KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, 2019. Sociální služby. In: *Centra a oddělení* [online]. [vid. 15. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/socialni-sluzby/>
- PETRUSEK, M., MAŘÍKOVÁ, H., VODÁKOVÁ, A., 1996. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-164-1.
- POPEK, P., 2006. Výkon sociální práce ve zdravotnickém zařízení. In: SMUTEK, M., KAPPL, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové. ISBN 80-7041-716-1.
- PRŮDKOVÁ, T.; NOVOTNÝ, P., 2008. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-100-0

- QUISOVÁ, S., 2009. Bezdomovci a vzdělávání. In: Kolektiv autorů. *Sborník prací Ústavu pedagogických a psychologických věd Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik. ISBN 978-80-7248-529-1.
- REMR, J., 2013. Přístupy pečujících k poskytování péče nesoběstačným seniorům. In: JEŘÁBEK, H. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-117-6.
- ŘEZNÍČEK, I., 1994. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.
- SCHAVEL, M., 2007. Multidisciplinárny tím v podmienkach sociálnej práce. In: *Multidisciplinárny prístup pomáhajících profesí*. 1. vyd. Ústí nad Labem: ACTA UNIVERSITATIS PURKYNIANAE. ISBN 978-80-7044-858-8.
- SCHMEIDLER, K., 2009. *Problémy mobility stárnoucí populace*. 1. vyd. Brno: Novpress. ISBN 978-80-87342-05-3.
- ŠIKLOVÁ, J., 2001. Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti. In: MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- ŠLENKRTOVÁ, H., MARKOVÁ, V., 2011. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních* [online]. [vid. 25. 1. 2019]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf
- URBAN, D., a kol., 2018. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-637-3.
- ÚLEHLA, I., 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., V Sociologickém nakl. 2. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-36-9.
- VÍTEČKOVÁ, J., 2017. Snímek časový. In: *Sociologická encyklopedie: Metodologie/metodologie empirického výzkumu* [online]. 11. 12. 2017 [vid. 15. 2. 2019]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Sn%C3%ADmek_%C4%8Dasov%C3%BD
- VODÁČKOVÁ, D., kol., 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.
- Vláda ČR., 2013. *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020* [online], [cit. 2018-12-23]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-CR-do-roku-2020.pdf>

VURM, V., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA. *Vybrané kazuistiky sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ARSCI, 2016. ISBN 978-80-7420-051-9.

VZP, 2019. Jak dlouho může být pacient hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných, resp. jak dlouho hradí zdravotní pojišťovna při hospitalizaci zdravotní péči?. In: *VZP: Otázka týdne* [online] [vid. 10. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/delka-hospitalizace-v-ldn>

WEBER, P., 2015. Rub a líc multimorbidity a farmakoterapie – klíčový problém medicíny budoucnosti. In: MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. *Vybrané klinické stavy u seniorů*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3394-7.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [vid. 10. 11. 2018]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011 [vid. 10. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam příloh

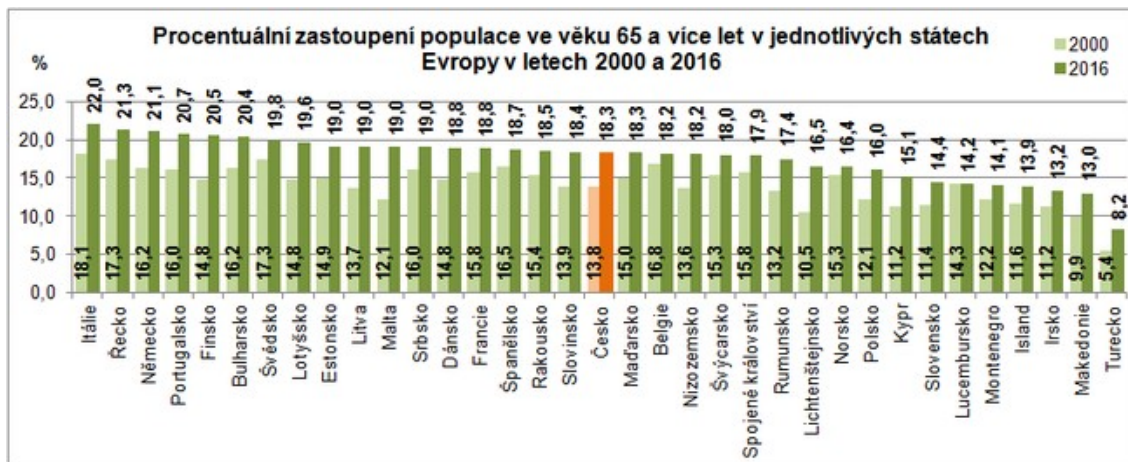
Příloha č. 1 – Graf senioři 2000 – 2016

Příloha č. 2 – Rozhovor v rámci předvýzkumu

Příloha č. 3 – Plné znění § 9, vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Příloha č. 4 – Časový snímek

Příloha č. 1 – Graf senioři 2000 – 2016



Příloha č. 2 – Rozhovor v rámci předvýzkumu

Jak dlouho pracuješ na oddělení sociálních služeb?

„Dělám tady přibližně 14 let.“

Co je Tvou hlavní náplní práce?

„Především by se mělo jednat o sociální poradenství pro pacienty, kteří jsou hospitalizováni na našem oddělení a taky pro jejich rodiny nebo třeba známé. Záleží na tom, s kým je ten pacient v kontaktu nebo třeba kdo je uveden v kontaktech.“

Zmiňuješ, že hlavní náplní Tvé práce by mělo být sociální poradenství. Co dalšího máš za úkoly?

„Před rozhovorem s pacientem nebo jeho rodinou se musím připravit. Znamená to, že musím znát pacientovu zdravotní anamnézu a názor lékařů na to, jak se může jeho zdravotní stav dál vyvíjet. Potom během rozhovoru s pacientem nebo jeho rodinou provádím sociální šetření. Je důležité vědět jestli má pacient vhodné podmínky pro návrat do domácího prostředí a jestli je někdo, kdo by v případě potřeby mohl zajistit péči o pacienta po propuštění. Když ty podmínky nejsou nebo není nikdo, kdo by mohl pomoci, musí se začít řešit co dál. Občas musíme řešit případy, které se netýkají vyloženě našeho zařízení, ale někdo se na nás obrátí třeba s tím, že má doma tatínka, který se zdravotně horší a rodina už je vyčerpaná a nemůže se dál starat. To občas bývá vyhrocený a je to spíš taková krizová intervence. Dále spolupracujeme s lékaři na plánovaných dimisích.“

S jakými cílovými skupinami tedy nejčastěji pracujete?

„Především to jsou senioři a jejich rodiny. Poměrně často také pracujeme s bezdomovci. Ty mají často zdravotní problémy spojené s životem na ulici – různá infekční onemocnění, kožní defekty spojené s malhygienou, ethylismus a s ním související problémy a podobně. Většina z těchto lidí je u nás hospitalizována opakovaně.“

Co tedy děláte v případě když zjistíte, že pacient nemá vhodné podmínky pro to, aby se vrátil domů nebo není nikdo, kdo by mohl zajistit potřebnou péči v domácnosti?

„Vždycky se snažíme vycházet z toho, jak si to klient nebo rodina představuje. Pokud je klient bez rodiny a známých, ale doma by péči o svou osobu sám nezvládal, můžeme mu například doporučit sjednání podpůrných služeb, které mu pomohou se zajištěním chodu domácnosti a s péčí o jeho osobu. Pokud je klient schopný nasmlouvat si služby sám, předáme mu pouze potřebný kontakty a třeba doporučíme nějakou ze služeb, protože víme, že mají třeba zrovna volnou kapacitu nebo poskytují přesně ty služby, o které má pacient zájem. Když není schopný nasmlouvat si to sám nebo třeba nemá telefon, tak mu v tom pomůžeme my. Když třeba během šetření zjistíme, že má doma nevyhovující podmínky nebo nemá kompenzační pomůcky, které by potřeboval, tak mu doporučíme, kde si sjednat zapůjčení těch pomůcek nebo co by si měl nechat doma předělat tak, aby se mu tam dobře fungovalo. A když to opravdu nejde nijak zařídit doma, tak pomáháme řešit žádosti třeba do DPSky (dům s pečovatelskou službou pozn. autora) nebo do domova seniorů.“

Předpokládám tedy, že když pacient má rodinu nebo někoho, kdo mu pomáhá je Tvoje práce o dost jednodušší.

„Jo, to je pravda, ale ne vždycky. Některým rodinám třeba jen předáme kontakty na služby nebo poradíme na koho dalšího se v případě potřeby obrátit. Když třeba nemají příspěvek na péči, tak jim buď předáme formuláře nebo jim to pomůžeme vyplnit. Někdy to ale s těma rodinama taky není jednoduchý. Nejhorší je, když mají mezi sebou spory a třeba se nestýkají nebo když třeba nevědí, jestli jejich příbuzný chce být doma nebo třeba v nějakém zařízení.“

Můžeš popsat nějaký případ, kdy vztahy v rodině nefungovaly?

„Těch případů je víc, ale jeden mě napadá.“

„Myslím, že někdy v srpnu 2016 byla na naše oddělení přijata sedmašedesátiletá pacientka, která trpěla především malnutricí. Při lékařském příjmu k hospitalizaci byla paní plně orientovaná, spolupracující, ale imobilní, na lůžku byla schopna se pouze posadit a dát nohy z lůžka na zem. Při dalším vyšetřování lékař zjistil, že paní velmi špatně vidí a stěží rozlišuje pouze tvary předmětů či postavy osob. To je vždy velmi

vážný, protože se musí počítat s tím, že pacient bude mít problémy se zvládnutím rehabilitace a jeho mobilita zůstane i v budoucnu omezena.“

„Při sociálním šetření jsme zjistili, že paní je finančně zajištěna starobním důchodem a zároveň má přiznaný příspěvek na péči o svou osobu. Pečující osobou u příspěvku na péči byla vedena jediná dcera pacientky. Pacientka nám sdělila, že s uvedenou dcerou dlouhodobě žije, a ta se také dál o ní zvládne postarat. Veškeré finanční prostředky (starobní důchod a příspěvek na péči) byly odesílané na společnou adresu trvalého bydliště a dcera je dosud neznámým způsobem přebírala za pacientku.“

„V tomto případě jsme tedy s pacientkou po celou dobu jejího zotavování museli věřit jejímu přesvědčení o tom, že dcera se o ní i nadále bude ochotna a schopna postarat.“

„Zhruba po měsíci od přijetí pacientky k hospitalizaci jsme opět začali řešit, jak to s pacientkou vlastně dál bude, protože již pominuly důvody ke zdravotní hospitalizaci a spíše byla potřeba řešit její sociální situace. Za celou dobu hospitalizace se totiž za pacientkou nikdo nepřišel podívat a ani se o stavu pacientky neinformoval. Naše pokusy o kontaktování dcery pacientky byly marné. Veškerá uvedená kontaktní čísla byla nedostupná.“

„Pacientka nám po těchto neúspěšných pokusech řekla víc o svém životě. Prozradila nám, že její dcera má dvě děti, které jsou umístěné v zařízeních ústavní péče, hlavně kvůli novému partnerovi dcery. S tím novým partnerem dcera čeká další dítě a někdy v půlce října by měla porodit. Díky těmto informacím jsme se společně s doktorem dohodli, že na propuštění pacientky nebudeme tlačit a vyčkáme, zda se dcera po porodu sama přihlásí. Zároveň jsme na přání pacientky oslovili jejich společnou praktickou lékařku, zda by mohla dceři vyřídit, aby se za maminkou zastavila. Většinou by ti praktický lékaři měli právě znát tu rodinu svého pacienta, proto se na ně v případě potřeby obracíme.“

„V listopadu, jsme už bezpečně věděli, že dcera pacientky porodila, tak jsme se zkusili s ní zkontaktovat, ale marně. Po telefonickém kontaktu s praktickou lékařkou jsme zjistili, že dcera pacientky u lékařky byla a lékařka ji naši prosbu o zkontaktování předala.“

Po dohodě s pacientkou jsme zaslali dceři doporučený dopis, kde jí pacientka prosila o návštěvu. Chtěla vědět, co s ní vlastně dál bude. Nikdo opět nereagoval.

Bohužel jsme již neměli další možnost, než pacientku přeložit na naše detašované pracoviště. Pacientka už neviděla vůbec nic a zcela rezignovala na celý svět.

Koncem listopadu mne pacientka poprosila, zda bych mohl na ČSSZ zažádat o změnu adresy k výplatě jejího starobního důchodu. Její důvod této změny byl zcela jasný: „Už nechci, aby se na mně dcera přižívala“.

V hlavě to paní měla naprosto v pořádku, ale byla z toho všeho depresivní. Díky tý depresi už ani s nikým nechtěla spolupracovat ani třeba užívat léky.

Asi začátkem prosince pacientka zemřela.

Úmrtí jsme doporučeným dopisem oznámili dceři, ale ani potom nikoho z nás nekontaktovala. Pacientka byla pohřbena na náklady města bez jakéhokoliv obřadu.

S kým při své práci spolupracuješ?

„V rámci oddělení spolupracuju hlavně s lékaři, rehabilitačními pracovníky, pokladní, zdravotnickým personálem a podobně. Mimo zařízení spolupracujeme třeba s úřadem práce, se sociálníma a terénníma službama, s praktickými doktory, s magistrátem a občas třeba taky s policií a jinými organizacemi. Taky spolupracujeme s ostatními nemocnicemi nebo odděleními, protože třeba pomáháme vyřídit překlady pacienta blíž k jeho trvalému bydlišti.“

Jaký je rozdíl mezi dimisí a překladem?

„Termín dimise využíváme vždy, když se jedná o propuštění pacienta domů. Překlad může být například na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení nebo do domova seniorů.“

Vzpomeň si na některé činnosti, které v rámci své práce ještě provádíte?

„Musíme dělat záznamy do systému, které se pak vedou i v papírové podobě. Ty se pak zakládají do chorobopisu a archivují. Některá komunikace probíhá třeba jen přes mail nebo telefon, například když pomáháme pacientovi přeposlat důchod na oddělení, tak to řešíme telefonicky. Pak taky řešíme poštu – buď třeba posíláme nějaké žádosti nebo naopak předáváme poštu, která přišla pacientům.“

Jsou nějaké činnosti pravidelné? Myslím tím například, že už předchozí den víš, co další den budeš dělat.

„Na oddělení následné péče to tak je. Tam jsou pravidelně ranní schůzky, kdy se schází doktoři a sociální pracovníci. To je vždycky, každý den od 8:00 a je to různě dlouhý, ale maximálně tak hodinu. Pak jsou ještě primářský vizity a to je rozdělený podle pater. 2. patro má vizitu v úterý, 1. patro ve středu a detašovaný oddělení to má ve čtvrtek. Vizity většinou začínají v 9:00 a jsou třeba na hodinu a půl. Ranní schůzky a vizity nejsou v druhý kanceláři, která je pro ambulance a akutní lůžka. Tam si většinu informací musej sami zjistit od doktorů a personálu.“

Před chvílí jsme se spolu bavili o tom, že někdy zde pacient zemře. Poskytujete například poradenství pro pozůstalé?

„Občas se to stane no. Když třeba je na vizitě nastavena paliativní péče u pacienta, tak lékař o tom informuje rodinu a my pak s rodinou sjednáváme umístění do hospicu. Někdy se to nepodaří a pacient zemře u nás. Potom musíme přihlásit pozůstalost. Když má rodina zájem, tak jí jsme schopni poskytnout i základní poradenství pro pozůstalé.“

Účastníte se vzdělávání nebo supervizí?

„Vzdělávání se musíme povinně účastnit podle zákona. Můžeme si vybrat třeba nějaký kurz nebo vzdělávání nebo i nemocnice pořádá celý rok dost vzdělávacích akcí. Supervize nemáme. Každá se také vzděláváme samostatně, například četbou článků, novel a podobně.“

Dokážeš vyjmenovat, s jakými cílovými skupinami se nejčastěji setkáváš?

„Hlavně to jsou senioři, někdy s rodinami někdy bez. Pak to jsou často bezdomovci, ty jsou hospitalizováni hlavně v zimních obdobích. Občas se stane, že tu máme i mladší ročníky, který jsou do té doby úplně v pohodě a aktivní, ale přijde malér a skončí u nás. Pacienti jsou k nám překládáni ze všech oddělení nemocnice nebo někteří jsou na doporučení praktického lékaře.“

Myslíš si, že je velký rozdíl mezi poskytováním sociálního poradenství pro akutní lůžka a ambulance nebo poskytování sociálního poradenství pro následnou péči?

„Rozdíl to asi trochu je. Ty pacienti na akutních lůžkách se rychleji střídají. Navíc tam nejsou kolegové účastní při vizitách a ranních schůzkách, ale jinak si myslím, že až takový rozdíl třeba v činnostech to není.“

Díky za rozhovor a přeji mnoho pracovních úspěchů.

Příloha č. 3 – Plné znění § 9, vyhlášky č. 55/2011 Sb.

§ 9

Zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může

a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,

b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,

c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,

d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,

e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,

f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,

g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,

h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

Příloha č. 4 – Časový snímek – poznámky pro respondenty k vyplnění časového snímku

Kolonku s názvem čas vyplňte libovolně dle svého uvážení.

Do kategorie s názvem činnosti vložte jednu z níže uvedených možností, případně doplňte jiné pracovní činnosti, které jste vykonávali. Souběh činností je povolen. Činnosti můžete zapisovat také pouze přiřazeným číslem od 1 do 24.

Časový snímek je možno vyplnit ručně nebo v elektronické podobě.

Přehled činností:

- 1) archivace,
- 2) individuální vzdělávání (články, zákony, standardy),
- 3) jednání s magistrátem,
- 4) jednání s ÚP,
- 5) jednání se sociální službou,
- 6) komunikace s personálem,
- 7) krizová intervence,
- 8) ostatní administrativní úkony,
- 9) předání kontaktu na sociální služby,
- 10) příprava(např. Anamnéza, denní dekurz),
- 11) služební cesta,
- 12) sociální poradenství,
- 13) supervize,
- 14) telefonická komunikace,
- 15) účast na lékařské vizitě, jednání,
- 16) účast na poradách týmu,
- 17) účast na vzdělávání(kurzy, konference),
- 18) vyřizování pošty,
- 19) vyřizování pozůstalosti,
- 20) zajišťování překladu,
- 21) vyřizování žádostí do zařízení,
- 22) zajišťování dimise,
- 23) zajišťování podpůrných služeb,
- 24) zajišťování terénních zdravotnických služeb

V kolonkách „klient“, „rodina“ a „doktor“ můžete zaškrtnout, zda byla činnosti přítomna některá z uvedených skupin.

