

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Role zdravotně sociálního pracovníka
v multidisciplinárním týmu na neurologickém
rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné
léčebně pro děti a dospělé**

Bakalářská práce

Autor: Štěpánka Matoušová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Hradec Králové

2016



Zadání bakalářské práce

Autor: Štěpánka Matoušová

Studium: U13114

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé**

Název bakalářské práce AJ: The role of the health and social worker in a multidisciplinary team at the neurological rehabilitative department at Hamza's specialized sanatorium for children and adults

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Hlavním cílem bakalářské práce bude popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé. Pro dosažení cíle bude využita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně technika kvalitativních interview.

KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-761. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7. NOVOSAD, Libor. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-807-3675-097. MATOUŠEK, Oldřich. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X. KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jan Vrbický

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Ve Skutči dne 21. 3. 2016

Štěpánka Matoušová

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat své vedoucí práce Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D. za její odborné vedení, rady a připomínky. Poděkování patří také mé rodině, která mě po celou dobu vypracování této práce i celého studia podporovala.

Abstrakt

MATOUŠOVÁ, Štěpánka. *Role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé.* Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá rolí zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé.

V teoretické části je nejprve vymezena profese zdravotně sociálního pracovníka. Stručně seznámí čtenáře s odborným zdravotnickým zařízením Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé. Následně je definován pojem ucelená rehabilitace, vymezen pojem multidisciplinární tým a v poslední kapitola je věnována multidisciplinárnímu týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně a zdravotně sociálnímu pracovníkovi v tomto týmu.

V praktické části je využita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně technika rozhovoru. Cílem je popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu z perspektivy členů týmu a poté komparovat jeho pohledy se členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech. Následuje analýza a interpretace poznatků získaných provedeným výzkumem.

Klíčová slova: zdravotně sociální pracovník, kompetence, role, postavení, náplň práce, Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, neurologické rehabilitační oddělení, ucelená rehabilitace, multidisciplinární tým, rozhovor.

Abstract

MATOUŠOVÁ, Štěpánka. *The role of the health and social worker in a multidisciplinary team at the neurological rehabilitative department at Hamza's specialized sanatorium for children and adults*. Hradec Králové, 2016. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work.

Thesis Supervisor Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

The Bachelor thesis deals with the role of health and social worker in a multidisciplinary team at the neurological rehabilitative department at Hamza's specialized sanatorium for children and adults.

In theoretical part there is firstly defined profession of health and social worker. It briefly describes professional medical department at Hamza's specialized sanatorium for children and adults. Then in the thesis there are defined these terms: comprehensive rehabilitation and the multidisciplinary team. Last chapter focuses on multidisciplinary team at the neurological rehabilitative department at Hamza's specialized sanatorium and health and social worker in this team.

In practical part there is used qualitative research strategy like a interview techniques. The aim of the thesis is to describe and reflect the role of health and social worker in a multidisciplinary team from the perspective of the members of team and after that compare their views with the views of members of the multidisciplinary team in each area. The following is the analysis and interpretation of findings gained by the research.

Keywords: health and social worker, competence, role, position, job description, Hamza specialized sanatorium for children and adults, neurological rehabilitative department, comprehensive rehabilitation, multidisciplinary team, interview.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| 1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK | 12 |
| 1.1 VZDĚLÁNÍ A ODBORNÁ ZPŮSOBILOST | 13 |
| 1.2 PRACOVNÍ NÁPLŇ..... | 16 |
| 1.3 POŽADAVKY NA OSOBNOST A DOVEDNOSTI | 17 |
| 1.4 KOMPETENCE | 19 |
| 1.5 PROFESIONÁLNÍ ROLE | 21 |
| 2 HAMZOVA ODBORNÁ LÉČEBNA PRO DĚTI A DOSPĚLÉ | 23 |
| 2.1 VIZE, CÍLE A POSLÁNÍ..... | 24 |
| 2.2 NEUROLOGICKÉ REHABILITAČNÍ ODDĚLENÍ A JEHO SPECIFIKA | 25 |
| 2.3 SPECIFIKA A NÁPLŇ PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNICE NA NEUROLOGICKÉM REHABILITAČNÍM ODDĚLENÍ | 26 |
| 3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST UCELENÉ REHABILITACE, PŘEDPOKLÁDAJÍCÍ DOBRĚ FUNGUJÍCÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM. | 28 |
| 3.1 UCELENÁ REHABILITACE | 28 |
| 3.2 ROZDĚLENÍ UCELENÉ REHABILITACE..... | 29 |
| 3.2.1 <i>Léčebná rehabilitace</i> | 30 |
| 3.2.2 <i>Sociální rehabilitace</i> | 31 |
| 3.2.3 <i>Pedagogická rehabilitace</i> | 32 |
| 3.2.4 <i>Pracovní rehabilitace</i> | 32 |
| 3.2.5 <i>Psychologická, volnočasová a rodinná rehabilitace</i> | 33 |
| 4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM | 34 |
| 4.1 VÝZNAM A CÍL MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU VE ZDRAVOTNICTVÍ..... | 35 |
| 4.2 ZÁSADY TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE | 36 |
| 4.3 VELIKOST A VLASTNOSTI TÝMU..... | 36 |
| 4.4 PODSTATA PROFESIONALITY TÝMU | 37 |
| 4.5 PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE V TÝMU..... | 38 |
| 4.6 KLADY, ZÁPORY A KRITICKÉ FAKTORY TÝMOVÉ SPOLUPRÁCE | 39 |
| 5 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM NA NEUROLOGICKÉM REHABILITAČNÍM ODDĚLENÍ V HAMZOVĚ ODBORNÉ LÉČEBNĚ | 41 |
| 5.1 SLOŽENÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU..... | 41 |
| 5.2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU..... | 42 |
| 6 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI | 44 |
| 7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ | 45 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 7.1 | FORMULACE HLAVNÍHO A DÍLČÍCH CÍLŮ VÝZKUMU | 45 |
| 7.2 | ZDŮVODNĚNÍ ZVOLENÉ VÝZKUMNÉ STRATEGIE..... | 46 |
| 7.3 | TRANSFORMACE DÍLČÍCH CÍLŮ DO TAZATELSKÝCH OTÁZEK | 47 |
| 7.4 | ZDŮVODNĚNÍ VOLBY VÝZKUMNÉHO SOUBORU A JEHO CHARAKTERISTIKA..... | 50 |
| 7.5 | POPIS ORGANIZACE A PRŮBĚHU VÝZKUMU..... | 51 |
| 7.6 | ZPŮSOB ANALÝZY ZÍSKANÝCH DAT ČI ÚDAJŮ | 52 |
| 7.7 | RIZIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ STRATEGIE | 53 |
| 8 | ANALÝZA A INTERPRETACE DAT | 54 |
| 8.1 | INTERPRETACE VZTAHUJÍCÍ SE K DC1 | 54 |
| 8.2 | INTERPRETACE VZTAHUJÍCÍ SE K DC2..... | 60 |
| 8.3 | INTERPRETACE VZTAHUJÍCÍ SE K DC3..... | 62 |
| 8.4 | INTERPRETACE VZTAHUJÍCÍ SE K DC4..... | 70 |
| 8.5 | SHRnutí VÝZKUMNÉ ČÁSTI | 75 |
| | DISKUSE A ZÁVĚR | 79 |
| | SEZNAM TABULEK | 83 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:..... | 84 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 89 |
| | PŘÍLOHA A: NÁPLŇ PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V HAMZOVĚ | |
| | ODBORNÉ LÉČEBNĚ | I |
| | PŘÍLOHA B: PŘEPIS ROZHOVORU S INFORMANTKOU Č. 7 | III |

Úvod

Cílem bakalářské práce je **popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé z perspektivy členů týmu.** Při zpracování práce jsem vycházela z vlastních zkušeností, neboť pracuji v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé již 12 let jako diplomovaný ergoterapeut. Pro výzkumné šetření jsem si vybrala multidisciplinární tým na neurologickém rehabilitačním oddělení - pavilónu A. V tomto týmu téměř po celou dobu od jeho vzniku sama pracuji a jeho členem je i zdravotně sociální pracovnice. Se všemi členy týmu denně spolupracuji. Celý multidisciplinární tým na pavilónu A složený z odborníků různých profesí se schází pravidelně jedenkrát týdně k poradě. Hlavním cílem týmu je co nejlepší příprava klienta/pacienta na propuštění nejčastěji zpět do domácího prostředí, aby tento návrat zvládl za podpory rodiny a dalších institucí co nejlépe.

Téma bakalářské práce mi připadá z hlediska sociální práce zajímavé. Praxe ukazuje, že týmová práce je nejen ve zdravotnictví, ale i v sociální sféře velmi prověřenou metodou. Nevyhnutelností jsou dnes multidisciplinární týmy. K vytváření těchto týmů vede společný cíl a to je poskytnout klientovi/pacientovi péči i léčbu v očekávané kvalitě. (Linhartová, 2013) Cílem této práce je zjistit roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, jeho význam a důležitost pro jednotlivé členy týmu a pro klienty včetně navrhovaných změn pro zlepšení praxe. Má práce by mohla být přínosem a inspirací pro ostatní kolegy pracující v multidisciplinárním týmu. Navrhované změny od informantů by mohly být přínosem i pro management Hamzovy odborné léčebny.

V úvodu bakalářské práce chci nejprve vysvětlit používání výrazu zdravotně sociální pracovník v ženském i mužském rodě. V legislativních normách je pojem zdravotně sociální pracovník uváděn stejně jako ostatní profese v mužském rodě. V Hamzově odborné léčebně, kde bude prováděna výzkumná část práce, pracují tři zdravotně sociální pracovnice, tedy ženy. Jsem si vědoma, že tuto profesi vykonávají muži stejně jako ženy. V České republice je tato profese zastoupena více ženami.

Dále chci vymezit používání pojmu klient/pacient. Bakalářská práce se dotýká zdravotně sociální otázky. Touto problematikou se v České republice současně zabývají dva rezorty, jak ministerstvo zdravotnictví, tak i ministerstvo práce a sociálních věcí. Studuji obor sociální práce, v rámci kterého je napsaná tato práce, avšak výzkumná část práce bude provedena v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé, což je zdravotnické zařízení. Toto odborné zařízení spadá do přímé působnosti ministerstva zdravotnictví. V sociální oblasti se běžně používá výraz klient, kdežto v oblasti zdravotnictví pacient.

Výraz klient je zavedeným pojmem v sociální práci, který v užším pojetí označuje adresáty sociální práce, příjemce pomoci služeb sociální práce. (Kuzníková, Malík Holasová, 2014) Klient je subjekt využívající sociální služby. Kdežto pacient je nemocný člověk, v užším významu člověk hospitalizovaný, léčený ve zdravotnickém zařízení, případně v zařízení poskytující sociální služby, pokud v tomto zařízení má péče zdravotní prvky. (Matoušek, 2008) *„Klientem jsou osoba, skupina, rodina či komunita, kteří hledají pomoc u sociálních pracovníků, nebo kteří se stali objektem kontrolních a dohledových činností sociálních pracovníků, nebo objektem ochrany zájmů a práv.“* (Janebová, 2014, s. 86) Výraz klient je v sociální práci preferován pro konotaci rovnoprávného vztahu mezi klientem a pracovníkem. Pacient je termín spojený s oblastí lékařství. Jde o člověka nemocného, nebo zraněného, v lékařské péči silně závislého na pomáhajícím. (Janebová, 2014) Tento termín také většinou využívají i sociální pracovníci ve zdravotnictví.

Bakalářská práce je členěna na dvě části, teoretickou a výzkumnou. Teoretická část se skládá z pěti kapitol. První kapitola je věnována vymezení profese zdravotně sociálního pracovníka, jeho vzdělání, odborné způsobilosti, pracovní náplni, kompetencím a profesionální roli. Kapitola druhá seznámí čtenáře s odborným zdravotnickým zařízením Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, jeho vizí, cílem a posláním, s neurologickým rehabilitačním oddělením a náplní práce zdravotně sociální pracovnice na tomto oddělení. Ve třetí kapitole bude vymezena sociální rehabilitace jako nedílná součást ucelené rehabilitace, předpokládající dobře fungující multidisciplinární tým, ucelená rehabilitace a její jednotlivé složky. Ve čtvrté kapitole se zabývám multidisciplinárním týmem, jeho vymezením, významem, cílem, zásadami, klady, zápory a kritickými faktory týmové spolupráce, podstatou profesionality týmu a komunikací v týmu. Poslední pátá kapitola představí

multidisciplinární tým na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně a fungování zdravotně sociální pracovnice v tomto týmu. Úlohou teoretické části je vymezení, vysvětlení a seznámení s klíčovými pojmy hlavního a dílčích cílů bakalářské práce.

Cílem výzkumné části bude zjistit roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v Hamzově odborné léčebně z perspektivy členek a členů týmu. V této části představím a zdůvodním druh zvolené výzkumné strategie, dílčí cíle výzkumu, způsob sběru dat a postup při vyhodnocování zjištěných údajů. Následně pak zde budu získaná data analyzovat a interpretovat. Hlavní cíl budu zkoumat pomocí čtyř dílčích cílů, které rozdělím na několik dílčích cílů druhého řádu. Prvním dílčím cílem chci zjistit, jak jednotliví členové multidisciplinárního týmu znají nastavení kompetencí, zdravotně sociální pracovnice, v čem vnímají z hlediska kompetencí náročnost její profese a jaké změny na stávajícím nastavení jejich kompetencí navrhuje. Předmětem druhého dílčího cíle bude zjistit, jak vnímají členové multidisciplinárního týmu postavení, zdravotně sociální pracovnice v týmu v porovnání s ostatními profesemi a jaké navrhuje změny ke zlepšení praxe. Třetí dílčí cíl má za úkol zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu znají, vnímají náplň práce zdravotně sociální pracovnice, jak je její práce přínosná pro práci jednotlivých členů, v čem vnímají přínos její práce pro klienty/pacienty a jaké navrhuje změny ke zlepšení praxe. Úkolem čtvrtého dílčího cíle bude komparovat pohledy zdravotně sociální pracovnice se členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech. Zjistit, jak samotná zdravotně sociální pracovnice vnímá nastavení svých kompetencí, své postavení v týmu, náplň práce, přínos své práce pro jednotlivé členy multidisciplinárního týmu a pro klienty a jaké změny v jednotlivých oblastech navrhuje ke zlepšení praxe.

Pro mou práci budou vzhledem k vytyčenému cíli rozhodující názory jednotlivých členů multidisciplinárního týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně, které budu zkoumat a analyzovat. Z tohoto důvodu jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, jelikož mi jde o subjektivní vnímání, pohledy, názory a myšlenky informantů. Technikou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor.

1 Zdravotně sociální pracovník

Ve své práci se budu zabývat rolí zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé. Následující kapitola bude věnována nejprve vymezení profese tohoto pracovníka, jeho vzdělávání, odborné způsobilosti, osobnostním předpokladům, pracovní náplni, kompetencím a profesionální roli.

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se prolíná sociální péče s péčí zdravotní a právě zajištění této návaznosti je nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011) Autoři Motlová (2008) a Kuzníková, Malík Holasová (2012) se shodují, že cílem sociální práce ve zdravotnictví je hlavně využít pozitivního vlivu psychosociální sféry k lepší adaptaci na nemoc, překonání obtíží, spolupráci, motivaci k léčbě a ke kvalitnějšímu životu. Důraz je kladen na komplexní péči o klienta především prostřednictvím holistické biopsychosociální perspektivy. Cílem je poskytnout pomoc, podporu a provázení při zlepšování životních možností člověka, který je určitým způsobem znevýhodněný pro své onemocnění. Je součástí komplexně preventivní péče a ve spolupráci s jinými odborníky pomáhá řešit krizové situace v životě člověka, které vznikly v důsledku onemocnění, úrazu, škodlivých návyků, invalidity a stáří.

Zdravotně sociální pracovník vykonává odbornou činnost v oblasti sociální práce ve zdravotnictví. Tuto činnost vykonává jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, §10 definuje povolání zdravotně sociálního pracovníka takto: „za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“

1.1 Vzdělání a odborná způsobilost

Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků vymezuje zákon č. 105/2011 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 634/ 2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. **Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka** se dle §10 tohoto zákona získává: *„absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření, nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.“*

Zdravotnická legislativa považuje sociální pracovníky ve zdravotnictví za nelékařské zdravotnické povolání. U zdravotně sociálního pracovníka, stejně tak jako u sociálního pracovníka se předpokládá, že se jedná o profesionály, kteří znají teorie a metody sociální práce a jejich snahou je jejich aplikace v praxi celoživotního vzdělávání. Sociální pracovníci v zdravotnictví by měli být primárně kompetentními vzdělanými odborníky v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a současně i nelékařskými zdravotnickými pracovníky v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012)

V České republice vzrůstá potřeba sociálních pracovníků. Reakcí na tuto situaci jsou snahy o akreditaci nových studijních oborů na univerzitách, včetně bakalářského studijního oboru zdravotně sociální pracovník. Tento obor je akreditován v souladu s legislativami ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Cílem studijního oboru je získání kompetencí a způsobilosti pro výkon nelékařské zdravotnické profese a kompetencí sociálního pracovníka v rezortu práce a sociálních věcí v souladu s legislativou Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, včetně dodržení minimálních standardů vzdělávání v sociální práci. (Kuzníková, 2011)

Absolvent studijního programu, v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů získá odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka bez odborného dohledu. Může vykonávat odbornou činnost v oblasti zdravotně sociální práce zejména v oblasti zdravotnictví. Bude působit jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče a disponuje odbornými dovednostmi. (Vysoká, 2016) Podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb klientů a získá kompetence pro výkon sociální práce podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Získá znalosti a dovednosti určené Minimálním standardem vzdělávání v sociální práci, požadované a potřebné pro kvalifikovaný výkon sociální práce a další rozvoj profesních kompetencí. Umí vymezit sociální práci a postavení zdravotně sociální práce v rámci oboru sociální práce. Zná teoretické koncepty a metody individuální sociální práce, sociální práce s rodinou, se skupinou a komunitou a rozumí postavení etnických a menšinových skupin. Zná specifika zdravotně sociální péče a komunikace o dospělé, dětské, geriatrické, umírající a psychiatrické pacienty. Chápe postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu, přispívá ke kvalitní spolupráci. Má znalosti z oblasti klinických oborů, ošetrovatelské péče, psychologie a preventivní medicíny, zná formy krizové intervence. Má dále znalosti z oblasti sociální politiky, sociologie, práva a metod sociálního výzkumu. Je schopen přispívat k profesionalizaci svého oboru, provádět opatření zdravotní a sociální prevence, depistážní činnost, analyzovat životní situaci klientů. Zvládá sestavit plán psychosociální intervence včetně návrhu vhodného řešení sociální situace klienta s ohledem na jeho zdravotní stav a koncipovat vhodná preventivní opatření. Dovede používat metody, vedoucí ke zmírnění či řešení problémů klientů, poskytovat sociální služby vymezené zákonem o sociálních službách a naplňovat standardy kvality sociálních služeb. Je schopen aplikovat etické principy sociální práce při výkonu své profese v souladu s respektováním etických principů nelékařských zdravotnických pracovníků. (Ostravská, 2012)

Nedílnou součástí rozvoje zdravotně sociálních pracovníků i samotného oboru je **celoživotní vzdělávání**. (Kuzníková, 2011). „*Vysokoškolská příprava budoucích*

sociálních pracovníků a zaváděný systém celoživotního vzdělávání vede k růstu profesních, ale i osobnostních kompetencí realizátorů profese.“ (Zita, 2008, s. 87)

Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání, mezi které patří i zdravotně sociální pracovník je podle zákona č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/ 2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů, § 53 definováno takto: *“celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.“* § 54, odstavec 1 tohoto zákona vymezuje formy celoživotního vzdělávání. Jsou to specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy v akreditovaných zařízeních, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích, publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, vypracování standardu nebo nového postupu, e-learningový kurz, nebo samostatné studium odborné literatury.

Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a podmínky jeho vydání je zakotveno v zákoně č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/ 2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických povolání je ochrana veřejnosti, která spočívá na principu celoživotního vzdělávání, průběžného obnovování, zvyšování, doplňování a prohlubování vědomostí, dovedností a způsobilosti. To vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných činností s tím souvisejících. Vysoká kvalita poskytované péče napomáhá ke zvyšování prestiže a úrovně nelékařských zdravotnických profesí. (Národní, 2015) Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je dobrovolné. Pokud zdravotnický pracovník osvědčení a registraci nezískal, musí vykonávat příslušné zdravotnické povolání pod odborným dohledem jiného zdravotnického pracovníka, který je způsobilý k výkonu činností bez odborného dohledu. Osvědčení je vydáváno na 10 let a po tuto dobu musí zdravotnický pracovník nasbírat v rámci celoživotního vzdělávání 40 kreditů. Zdravotnický

pracovník po získání osvědčení, může ke svému označení odbornosti připojit označení "Registrovaný/á". Platnost osvědčení může být zdravotnickému pracovníkovi po doložení získání 40 kreditů z celoživotního vzdělávání prodloužena na období dalších 10 let. (Národní, 2015)

1.2 Pracovní náplň

Činnosti zdravotně sociálního pracovníka po získání odborné způsobilosti vymezuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotně sociální pracovník je kompetentní, bez odborného dohledu a bez indikace vykonávat následující činnosti uvedené touto vyhláškou v § 3 odst.1 a § 9:

- poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- dbát na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví,
- vést zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracovat s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- poskytovat pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- podílet se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v ČR a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů, podílet se na přípravě standardů,
- 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,
- 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,

- sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,
- zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- 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,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb, vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- provádět v případě úmrtí pacientů odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

1.3 Požadavky na osobnost a dovednosti

Aby byli zdravotně sociální pracovníci skutečnými profesionály, potřebují mít kromě znalostí také celou řadu osobnostních vlastností, schopností a dovedností. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011)

Velmi podstatnou roli u pomáhající profese jako je sociální práce hraje lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pomáhající pracovník se často setkává s lidmi v závislém postavení, s lidmi v nouzi. Tito lidé potřebují však často více než pouhou slušnost: přijetí, porozumění, spoluúčast. Potřebují cítit, že nejsou pomáhajícímu pracovníkovi na obtíž, že je neodsuzuje. Pátrají také po signálech, které jim pomůžou při vzájemném kontaktu s pomáhajícím pracovníkem vytušit jeho kvalitu prožitků. Toto nacházejí při každém setkání s ním v drobných neverbálních projevech a nemusejí je ani vědomě vnímat. Tyto projevy však vytvářejí určitou atmosféru, která může klienty posilovat, ale naopak i srážet. Klient se potřebuje cítit v bezpečí a přijímaný, důvěřovat. Z práce pomáhajícího se bez tohoto vztahového rámce stává pouze výkonem svěřených pravomocí. (Kopřiva, 1997)

Sociální pracovník jako profesionál je neustále v interakci s člověkem a jeho osobnost by se měla odvíjet od určitých osobnostních předpokladů, povahových a charakterových vlastností. Měl by mít přiměřenou dávku inteligence, všeobecný přehled a pozitivní vlastnosti dobrého člověka (poctivost, pravdomluvnost, pracovitost, spravedlnost, čestnost, důvěrnost, slušnost, zodpovědnost, obětavost a trpělivost). Příkladem pro druhé a vzorem pro klienta i společnost by měl být jeho morální postoj. (Mojtová, 2008) V sociální práci je nezbytná schopnost empatie, autentičnost a vřelost. Bezpodmínečný je zájem o klienta, sociální pracovník by ho měl brát takového, jak se právě klient cítí. Nutnou součástí je hodnotný lidský vztah, který předpokládá důvěru mezi pracovníkem a klientem. (Kuzníková, 2011)

Sociální pracovník by měl být zralá osobnost, disponující citovou stabilitou, životním optimismem a životními zkušenostmi, které mu pomáhají zvládat a překonávat zátěž jeho náročné profese. Při kontaktu s klientem se neobejde bez komunikace a aktivního naslouchání, které podstatně ovlivňují jeho vztah s ním. Při řešení problémů klienta si musí uvědomit, že vztah ke klientovu onemocnění nezávisí jen na jeho osobnosti ale i na rodinném zázemí a kulturních a etnických tradicích. Náročnost týmové práce může vést často ke konfliktům a sociální pracovník by měl mít schopnost tyto konflikty zvládat a umět řešit. Je důležité, aby znal svoji úlohu v týmu a stále se profesionálně zdokonaloval pomocí samostudia. Má přístup ke zdravotnické dokumentaci svých klientů a je nutné, aby vždy chránil důvěrnost všech informací o něm získaných. (Mojtová, 2008)

Ve zdravotnictví všichni zainteresovaní vykonávají svoji práci ve specifických podmínkách lidské nouze, bolesti, utrpení a odkázanosti na pomoci druhých a právě v tomto kontextu vstupuje do popředí otázka lidské důstojnosti, morálních a etických principů. (Mojtová, 2008) Úlohou zdravotně sociálního pracovníka je zvyšování spokojenosti klienta při zajištění jeho individuální léčby a ošetřování, tzn. respektování jeho zvyků, stravovacích a hygienických návyků, jeho schopnosti smyslových a pohybových a ohledem na jeho věk a mentální schopnosti. Jednou z důležitých věcí je také neopomenout složku jeho bio-psycho-sociální a spirituální dimenze. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011)

Profese zdravotně sociálního pracovníka jako pomáhající profese vyžaduje určitou schopnost empatie, která je jednou z důležitých podmínek efektivní komunikace

a úspěšné práce s klientem. Zdravotně sociální pracovník by měl umět zacházet s emocemi, vcítit se do druhých lidí, emocionálně se ztotožnit s jejich cítěním, schopnost číst neverbální projev druhého, chápat, o co usiluje, co skrývá a čemu se snaží vyhnout. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann., 2011) Mezi další vlastnosti sociálního pracovníka patří samostatnost, cílevědomost, iniciativa, samostatné rozhodování, smysl pro poznávání souvislostí, abstrakce a předvídavost, nápaditost, smysl pro humor, sebekritičnost, vysoká motivace, odolnost k neúspěchu, schopnost nést riziko, schopnost projevit nedůvěru vůči autoritám, odmítání stereotypu, zájem o informace, odmítání rychlých závěrů, potřeba komunikace s ostatními kolegy, potřeba participace na řízení, a zájem o další odbornost. (Gulová, 2011)

Osobnost sociálního pracovníka se odvíjí od kvalitního vzdělání, sociálního rozhledu, povahových rysů, profesionálních předpokladů a schopnosti komunikovat s klientem, institucemi a organizacemi. Z toho všeho vyplývá, že kromě profesionálních kompetencí získaných prostřednictvím vzdělávání, musí sociální pracovník disponovat komplexní osobnostní výbavou. (Mojtová, 2008)

1.4 Kompetence

Kutnohorská, Cichá, Goldmann (2011) ve své knize definovali kompetence zdravotně sociálního pracovníka následovně:

Kompetence profesně odborné – kvalitní teoretické znalosti a vědomosti, praktické dovednosti a schopnosti jako: podílet se na uspokojování sociálních potřeb klienta, odstraňovat negativní sociální faktory, ovlivňující nepříznivě průběh léčení, napomáhat integraci klientů do společenského prostředí, být schopen samostatné, odborné týmové práce, při realizaci sociálních opatření spolupracovat se zdravotnickými a sociálními pracovníky, pracovat s právní legislativou ve zdravotně sociální oblasti, kontrolovat účinnost a dodržování nových standardů a metod zdravotně sociální péče.

Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické – provádět sociální šetření u klientů, odebírat sociální anamnézu, stanovovat sociální diagnózy a prognózy, být schopen vypracovat zprávu o posouzení životní situace klienta.

Kompetence poradenské a konzultační – tzn. poskytovat sociálně právní poradenství ve vztahu k onemocnění a jeho následkům, podávat informace

a konzultace klientům i jejich rodinám, v případě úmrtí klienta provádět odborné poradenství v sociální oblasti ve vztahu k pozůstalým.

Kompetence výchovné – provádět sociální prevenci, depistážní činnosti, s cílem vyhledávat jedince, kteří se díky nemoci své nebo svých blízkých osob se mohou ocitnout nebo se ocitli v nepříznivé sociální situaci.

Kompetence rozhodovací – být schopen sestavit plán psychosociální intervence včetně potřeby, druhu a rozsahu sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými profesemi tento plán realizovat, mít znalosti z oblasti krizové intervence a umět je v praxi uplatnit.

Kompetence organizační – být schopen připravovat klienta komplexně pro ústavní péči a pro zařízení sociální intervence., znát principy organizace a řízení zdravotnictví, sledovat a vést zdravotní i sociální dokumentaci klientů, podílet se na propuštění klientů a zajistit jim následnou péči a služby, spolupracovat s orgány veřejné správy a dalšími subjekty, které se budou dále podílet na řešení sociální situace klienta či jeho rodiny.

Kompetence metodické – být schopen navrhnout nové metody a standardy zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních, podílet se na základní vědecko-výzkumné činnosti v oblasti sociální práce ve zdravotnictví.

Kompetence jazykové - schopnost vyjadřovat se v českém jazyce kultivovaně, být schopen komunikace v cizím jazyce, včetně studia odborné literatury, v rozsahu stanovených činností rozumět základní latinské terminologii apod.

Kompetence komunikativní a etické - klíčové u každé pomáhající profese. Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen správně věcně komunikovat ve svém oboru, adekvátně předávat informace sociálního charakteru veřejnosti prostřednictvím médií, mít znalost a dodržovat etické kodexy ve zdravotnictví, cítit důvěrnost informací o klientovi a jeho blízkých, naslouchat a poskytovat klientům dostatečnou sociální a emocionální oporu, přistupovat empaticky ke klientům, jejich blízkým, ke svým kolegům, vést s nimi efektivní, eticky přijatelnou komunikaci,

Kompetence osobnostně kultivující – mít schopnost sebereflexe a sebevzdělávání ve zdravotně sociální oblasti, rozvíjet své odborné znalosti a dovednosti aktuálních stále se měnících poznatků v oblasti zdravotně sociální a právních norem.

1.5 Profesionální role

Autoři Hartl, Hartlová (2000) vymezují roli jako chování jedince, které je pro něho v určitém postavení vhodné a žádoucí. Jedná se o předpokládaný způsob jeho chování v určité sociální situaci danou konkrétní společenskou normou. Role podléhá nejen sociální kontrole, ale i sociálním sankcím.

Profesní role sociálního pracovníka je dána tím, že funguje jako prostředník mezi klientem, který z různých důvodů potřebuje pomoc, a společností. Jeho úlohou je pomoc, a podpora klienta a snaha o jeho začlenění zpět do společnosti a to způsobem, který je v dané společnosti a v dané etapě obvyklým. Pokud má vykonávat svou práci na profesionální úrovni, měl by dodržovat mimo profesní zručnosti a teoretických znalostí také určité etické principy. Požadavek na znalost klienta a jeho situace je charakteristickým rysem výkonu zdravotně sociální profese. Etický rozměr jeho práce vyžaduje hlubší poznání klienta, aby bylo možné uvažovanou pomoc poskytnout v úzké souvislosti s jeho osobní situací. Komplexní, profesionální zdravotně sociální péče plně respektuje specifika nemocných lidí s handicapem, seniorů a dalších, kteří takovouto péči vyžadují, nevyjímaje blízké klientů. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011)

Musil (2008) uvádí tři různorodá pojetí sociální práce, která označuje jako administrativní, profesionální a filantropické. Sociální pracovník je v rámci profesionálního pojetí charakterizován jako specialista, zaměřující se na komplexní posouzení různorodých a individuálně specifických okolností, bránících klientovi zvládat jeho interakce se sociálním prostředím. Toto posouzení umožňuje sociálnímu pracovníkovi koncipovat, realizovat a vyhodnocovat účinnost dlouhodobě pojaté intervence v zájmu posilování schopností klienta zvládat obtížnou životní situaci. Od profesionálního sociálního pracovníka se očekává samostatné vykonávání činností a úkolů a současně při řešení různých potíží klientů zprostředkovává spolupráci jiných pomáhajících profesí nebo jejich zaměstnavatelských organizací. Je kladen důraz na vzdělání sociálního pracovníka. Předpokládá se ukončené vzdělání na vyšší odborné, lépe však vysoké škole v oboru sociální práce, a že tímto studiem získal schopnost navrhovat a realizovat intervenci, která je přiměřenou reakcí na potíže a životní situaci konkrétního klienta. Na základě zkušeností z praxe

a s pomocí supervize by měl být schopen dalšího vzdělávání a samostudia prohlubovat svoji specializaci.

Sociální pracovník by měl mít roli profesionála, který poskytuje klientům odbornou pomoc s využitím dostupných nástrojů profese sociální práce. Rozdíl mezi profesionální pomocí a privátním pomáháním spočívá v tom, že profesionální pomáhání je postaveno na profesních hodnotách, znalostech a dovednostech, profesionální pomoc není reciproční a sociální pracovníci a pracovníci jsou za svou práci placeni svým zaměstnavatelem. Profesionální sociální pracovník by měl být zralá osobnost, což znamená jeho schopnost dělat dobrá rozhodnutí pro podporu uspokojení potřeb klienta a nikoliv samotného pracovníka. A jako pro profesionála by pro něho měla být charakteristická autenticita, transparentnost, přirozenost, umění kvalitní komunikace, schopnost pracovat s emocemi, schopnost připojení ke druhým a akceptovat druhé, udržení hranic profesionálního vztahu s klientem a schopnost adekvátně pracovat s mocí, autoritou a odpovědností. (Janebová, 2014)

Sociální pracovníci vykonávají při své profesionální činnosti řadu rolí vzájemně se prolínajících, záleží na požadované pracovní náplni, charakteru zařízení, stylu vedení organizace, cílů a prostředků jejího programu, atd. Je vhodné, aby sociální pracovníci uvažovali o možnosti vyhranění přístupu podle typu klientů, se kterými pracují a povahy jejich problému. (Řezníček, 1994)

2 Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé

V předchozím textu byla vymezena profese zdravotně sociálního pracovníka. V této kapitole bude představena Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (dále HL) jako odborné zdravotnické zařízení, jeho vize, cíle a poslání a neurologické rehabilitační oddělení a jeho specifika. Zdravotně sociální pracovník má v tomto odborném zdravotnickém zařízení nezastupitelné místo v péči o pacienty.

HL je odborné zdravotnické zařízení - rehabilitační ústav, poskytující následné a dlouhodobé zdravotnické služby, především léčebnou rehabilitaci lůžkovou i ambulantní pro dětské i dospělé nemocné z celé ČR, nejvíce však pro oblast východních Čech. Léčebna má 505 lůžek, umístěných v deseti pavilónech. Tyto pavilóny jsou označeny jednotlivými písmeny abecedy a nacházejí se v parkovém areálu, jehož součástí je i „Hamzovo arboretum“. Léčbu a potřebné služby zajišťuje cca 530 zaměstnanců. (Hamzova, 2014)

HL byla založena v roce 1901 prof. MUDr. Františkem Hamzou původně za účelem vybudovat léčebný ústav pro tuberkulózní a skrofulózní děti. Svou činnost tehdy MUDr. Hamza zahájil ve své vile. Z důvodu neustále přibývajících nemocných dětí začal stavět léčebný areál a v letech 1908 – 1923 vybuvoval základy velkého ústavu domácího typu. I přesto, že pro společnost počátku minulého století byly charakteristické výrazné sociální rozdíly, byla v ústavu zajištěna sociální rovnost a dostupnost léčby dětí z majetných i nemajetných rodin. V průběhu třicátých let minulého století zde byly postupně postaveny všechny léčebné a hospodářské budovy, které léčebna využívá dodnes. Léčba tuberkulózy v Luži byla ukončena v roce 1962 a léčebna byla upravena na zařízení pro rehabilitaci nemocných s pohybovými vadami. Od roku 1991 se v léčebně léčí i dospělí nemocní. Na pavilónu G byla v roce 1993 otevřena Spinální rehabilitační jednotka. V následujících letech byly zrekonstruovány další pavilóny léčebné péče, určené pro dospělé pacienty. V roce 1995 vzniklo ve spojení pavilónu F s pavilónem A „Centrum léčebné a pracovní rehabilitace“, především pro pacienty po cévních mozkových příhodách. Součástí léčebny je i samostatná Základní škola při HL a mateřská škola. (Hamzova, 2015a)

Součástí komplexní péče o hospitalizovaného pacienta v HL v rámci individuálního ošetrovatelského plánu je ošetrovatelský rehabilitační program. Od ledna 2012 je v HL otevřeno lůžkové oddělení rehabilitační ošetrovatelské péče. Jedná se zde o péči o geriatrického pacienta. Důraz je kladen na rehabilitaci, včetně sociální rehabilitace a sociálního poradenství. Péče je zaměřena především na zlepšení soběstačnosti a sebeobslužnosti, stabilizaci, následné vylepšení zdravotního stavu a na optimalizaci funkčních kapacit a rezerv. Cílem péče na tomto oddělení je návrat geriatrického pacienta v co nejlepším stavu do domácího prostředí, zlepšení jeho kvality života, snížení výskytu komplikací a zkrácení doby rekonvalescence. (Hamzova, 2014)

Hlavní náplní činnosti HL je poskytování lůžkové i ambulantní léčebně rehabilitační péče pro děti, dorost a dospělé s pohybovým postižením, a to především z oblasti neurologických a ortopedických onemocnění, ať už vrozených nebo získaných, včetně stavů poúrazových a pooperačních. Oddělení Ortopedické protetiky HL zajišťuje pro nemocné výrobu ortopedicko-protetických pomůcek. O kvalitě poskytovaných služeb vypovídá i to, že je léčebna od roku 2004 prvním akreditovaným léčebným zařízením následné péče podle podmínek Spojené akreditační komise v České republice. V roce 2013 obhájila již opakovanou reakreditaci. Ortopedická protetika, je držitelem Certifikátu BS EN ISO 9001:2008. (Hamzova, 2014)

2.1 Vize, cíle a poslání

Vize HL je ekonomicky stabilní a efektivní organizace, zajišťující pracovní místa v lokalitě Luže a okolí, zaručení vysoké odborné úrovně poskytované léčebné i ošetrovatelské péče, rozšíření poskytovaných služeb pacientům, jejich rozvoj a odpovídající rozšíření dalších souvisejících činností a programů a v neposlední řadě aktivní schopnost pružně rozvíjet činnost a měnit léčebné programy podle potřeb společnosti. (Hamzova, 2014)

Poslání HL je poskytování lůžkové rehabilitační i ambulantní péče pro děti a pro dospělé kvalifikovaným personálem s vysokou profesní úrovní, v přátelském prostředí, s moderním přístrojovým vybavením, při využití co nejefektivnějších léčebných metod. Poskytování lůžkové péče pacientům s vyšší potřebou

ošetřovatelské péče a vhodnou mírou rehabilitace, dlouhodobý aktivní přístup k pacientovi v rámci ucelené rehabilitace, včetně psychologické, pedagogické, sociální a duchovní péče, se zaměřením na znovuzískání a podporu soběstačnosti. **Cílem** je jeho plný návrat do přirozeného domácího prostředí i do pracovního procesu. Vytváření příjemného prostředí pro pacienty i zaměstnance a jeho využití v rámci léčby, ale i aktivnímu odpočinku v Hamzově parku a arboretu. (Hamzova, 2014)

Motto léčebny (Hamzova, 2014):

- Posadit
- Postavit
- Udělat krok

2.2 Neurologické rehabilitační oddělení a jeho specifika

V předchozí podkapitole byla představena HL a byly popsány její vize, cíle a poslání. Následující text bude zaměřen již na stručnou charakteristiku neurologického rehabilitačního oddělení – pavilónu A, na kterém bude provedeno výzkumné šetření. Na tomto pavilónu působím jako diplomovaný ergoterapeut od roku 2003 a toto prostředí je mi velmi dobře známé.

Pavilón A má 40 lůžek a je zaměřen zejména na léčbu dospělých s neurologickým postižením různé etiologie s postižením periferního či centrálního nervového systému, převážně však na nemocné po cévní mozkové příhodě, na stavy po kraniocerebrálním poranění, stavy poúrazové, pooperační a stavy po zánětlivých onemocněních a s kombinovanými poruchami pohybovými, smyslovými, osobnostními, řečovými. Jsou zde pokoje vícelůžkové, nejvíce však čtyřlůžkové, se společným sociálním zařízením. Pracoviště rehabilitace, včetně vodoléčby, jsou umístěny v budově, je zde zajištěna i logopedická a psychoterapeutická péče. Výhodou je spojení s ergodiagnostickým centrem v pavilónu F. (Hamzova, 2014)

Při přijímání pacientů na tento pavilón mají přednost lidé, kteří přicházejí na první pobyt a to zejména ti, kteří jsou překládáni z akutních lůžek a lůžek následné péče. Velkou část tvoří i opakované pobyty. Tito pacienti přicházejí na rehabilitaci za účelem dalšího zlepšení svého zdravotního stavu, soběstačnosti a udržení

stávajících schopností. Délku pobytu vždy určuje lékař a závisí na míře upravujícího se zdravotního stavu pacienta, jeho aktivnímu přístupu k léčbě a v některých případech na základě porady se členy multidisciplinárního týmu. Délka pobytu se také odvíjí podle počtu žádostí čekajících pacientů. Pobyt na tomto pavilónu trvá v průměru u prvopobytů 6 – 8 týdnů, u opakovaných pobytů 4 týdny.

2.3 Specifika a náplň práce zdravotně sociální pracovníce

na neurologickém rehabilitačním oddělení

Zdravotně sociální péče probíhá na jednotlivých pavilónech na základě indikace lékaře při přijetí nebo na základě vzniklého požadavku v průběhu pobytu pacienta od kteréhokoliv člena multidisciplinárního týmu nebo od něho samotného. V HL zajišťují zdravotně sociální péči tři zdravotně sociální pracovníce, které jsou organizačně podřízeny náměstkovi pro ošetrovatelskou péči. Všechny zdravotně sociální pracovníce mají společnou kancelář, kde mají společné zázemí. Tato kancelář je umístěna v budově při vstupu do HL. Zde se věnují administrativní činnosti, studiu nových legislativních norem, jednají s rodinami a vyřizují telefonické hovory týkající se pacientů. Za pacienty téměř vždy dochází na lůžková oddělení HL. Všechny tři zdravotně sociální pracovníce mají pevně danou pracovní dobu. Jelikož však je při jejich práci velmi důležitá spolupráce s rodinami pacientů, dojíždějí do práce mnohdy i v pozdějších odpoledních hodinách nebo o víkendech a snaží se tím flexibilně přizpůsobit jejich potřebám svoji pracovní dobu. (Hamzova, 2014)

Základem práce zdravotně sociálních pracovníc je odborné poradenství na pomezí sociálně zdravotní oblasti a práva s ohledem na individuálně vzniklou situaci pacienta. Zdravotně sociální pracovníce se v průběhu pobytu setkávají nejen s nimi samotnými, ale i s příslušníky z jejich blízkého okolí. Poskytují jim odbornou pomoc a podporu, aby se lépe zorientovali v nastalé situaci a nezůstali na řešení problémů v souvislosti s onemocněním blízké osoby sami. Hlavním cílem jejich práce je připravit pacienta na pobyt v domácím, popř. i jiném prostředí, tak, aby byla zajištěna péče na potřebné úrovni vzhledem ke změněnému zdravotnímu stavu. (Hamzova, 2015b)

Zdravotně sociální pracovníce se potýkají především se špatným nastavením cílových skupin v pobytových zařízeních, vyšším počtem lidí, nemajících nárok na výplatu invalidního důchodu nebo lidí s dluhy a jinými finančními problémy. S řešením těchto záležitostí souvisí i vyšší nároky na čas věnovaný pacientům, složitost spolupráce s úřady, obcemi, pobytovými zařízeními apod. Zdravotně sociální pracovníce se snaží neustále vzdělávat formou nejrozličnějších školení nebo samostatného studia tak, aby stačily sledovat neustálé legislativní změny v této oblasti a úspěšně je uváděly do praxe. (Hamzova, 2014)

Zdravotně sociální pracovníce v návaznosti na změnu zdravotního stavu nejčastěji pomáhají vyhledat vhodné řešení v péči o pacienta po propuštění. Pokouší se o nastavení vhodných terénních sociálních služeb v regionu (pečovatelská služba, osobní asistence apod.). Pomáhají v případě nutnosti s podáním žádosti do pobytového zařízení sociálních služeb, s podáním žádostí o dávky sociální péče (jedná se především o příspěvek na péči, průkaz pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na mobilitu) a dále také pomáhají s odvoláním proti rozhodnutí o nepřiznání dávek. Poskytují odborné poradenství, kdy nejčastěji zodpovídají dotazy ohledně nemocenských dávek, invalidních důchodů, legislativních změn v sociální oblasti, možnostech domácí zdravotní péče a možnostech, jak získat pomůcky na pobyt doma. Náplň práce zdravotně sociální pracovníce v HL je velmi různorodá a rozmanitá, viz příloha A. (Hamzova, 2015b)

3 Sociální rehabilitace jako nedílná součást ucelené rehabilitace, předpokládající dobře fungující multidisciplinární tým.

Výzkumné šetření bakalářské práce, jak jsem již v předchozím textu zmínila, bude provedeno na neurologickém rehabilitačním oddělení – pavilónu A. Než přistoupím k vymezení pojmu sociální rehabilitace je nutno tedy nejprve vysvětlit pojem rehabilitace a ucelená rehabilitace, jejíž nedílnou součástí je právě rehabilitace sociální.

3.1 Ucelená rehabilitace

Slovo rehabilitace je odvozeno z latinského slova *habilitas* a původně znamenala léčebné postupy vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (*habilis* - schopný). (Votava, 2005) Pojem *habilitace* znamená také znovu uzpůsobení, znovunavrácení do původního stavu. (Renontierová, 2003)

Rehabilitace je plynulé a koordinované úsilí společnosti s cílem sociální integrace jedince. Pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením používá pojem ucelená rehabilitace. Proces rehabilitace zahrnuje problematiku zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou. (Kolář, 2012) Poskytování rehabilitační péče ve všech jejích oblastech se proto musí řídit jednotnými základními principy, jako jsou: včasnost, dostupnost, komplexnost, koordinovanost a návaznost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost. (Čevela, Čeledová, 2011)

Pojem **ucelená rehabilitace** je překladem anglického termínu *comprehensive rehabilitation*. Výraz *comprehensive*, znamená v překladu úplný, celkový, ucelený. (Votava, 2003) Kolář definuje ucelenou rehabilitaci jako: „vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.“ (Kolář, 2012, s. 2)

Rehabilitace, jak ve své definici uvádí Světová zdravotnická organizace (1969), je také chápána jako: „*kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo přecvičení jednotlivce k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“ WHO definici v roce 1981 ještě rozšířila: „*rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap, a usiluje o společenské začlenění postiženého.*“ (Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava, 2001, s. 196)

Cílem rehabilitace je dosažení stupně funkční nezávislosti především doma a ve společnosti. Léčba a edukace klienta by měla být sestavena tak, aby se dosáhlo funkční nezávislosti na druhé osobě. (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004) Cílem ucelené rehabilitace je návrat k původnímu stavu zdraví, začlenění do společnosti, dosažení optimální kvality života, vyrovnání příležitostí občanů zdravotně postižených s osobami nepostiženými. (Votava, 2005) Cílovou skupinu ucelené rehabilitace tvoří osoby se zdravotním postižením bez věkového omezení, u nichž došlo nebo může dojít v důsledku vrozené vady, úrazu nebo onemocnění k omezení aktivity a začleňování do společnosti. Jde o osoby, kterým jejich zdravotní postižení omezuje nebo znemožňuje dosáhnout optimální úrovně soběstačnosti, vzdělání a také je omezuje v možnosti pracovního uplatnění. (Kolář, 2012)

Základním předpokladem efektivně fungujícího procesu ucelené koordinované rehabilitace je dobře fungující týmová spolupráce odborníků různých profesí. Jedná se zejména o odborné lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, speciálních pedagogy, sociální pracovníky a psychology ve spolupráci s klientem s postižením a jeho rodinou. (Krhutová, 2013)

3.2 Rozdělení ucelené rehabilitace

Rehabilitaci lze podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření rozdělit do následujících oblastí (Kolář, 2012):

- léčebná (medicínská) rehabilitace,
- sociální rehabilitace,
- pedagogická (výchovně – vzdělávací) rehabilitace,
- pracovní rehabilitace.

Novosad (2009) zahrnuje do ucelené rehabilitace i rehabilitaci psychologickou, volnočasovou a rodinnou.

Pro ucelenou rehabilitaci je charakteristická vzájemná návaznost a propojenost jednotlivých složek. Odborníci v jednotlivých oblastech musí vědět, který člen týmu je zodpovědný za určitou složku ucelené rehabilitace a s kým budou spolupracovat při řešení konkrétních úkolů. Současně by měli být schopni poradit svým klientům, co mohou očekávat v rámci ucelené rehabilitace a na koho se obrátit při řešení svých problémů. (Votava, 2005)

3.2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná (medicínská) rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče. Zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření. Tato opatření směřují k maximální funkční zdatnosti jedince a zároveň k vytvoření podmínek pro jejich dosažení. Je zajišťována v rámci nemocniční lůžkové, ambulantní péče, péče v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských. Měla by být zahájena včas, tedy již v období poskytování akutní lůžkové zdravotní péče. Pokud se zdravotní stav pacienta zlepší natolik, že převážnou část zdravotní péče tvoří rehabilitační postupy, je přeložen na lůžkové oddělení včasné léčebné rehabilitace. Zde je jim poskytnuta léčebná rehabilitace s vazbou na další oblasti rehabilitace (sociální, pracovní, pedagogické). Rehabilitační péči zde zajišťuje celý tým odborných pracovníků: rehabilitační lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovník, psycholog a často i logoped a speciální pedagog. Proces léčebné rehabilitace vychází z krátkodobého a dlouhodobého léčebně - rehabilitačního plánu. (Kolář, 2012)

Léčebná rehabilitace je významnou složkou rehabilitačního procesu, kdy se jedná o komplex rehabilitačních, diagnostických a terapeutických postů a opatření, směřujících k funkční zdatnosti, ať již cestou odstranění či zmírnění funkčních projevů poruchy či disability nebo i cestou zpomalení progresu disability vinou onemocnění nebo vrozené vady. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011) „*Úkolem léčebné rehabilitace je obnovit původní plně hodnotný zdravotní stav za co možno nejkratší dobu, nebo alespoň dosáhnout maximálně možnou úpravu zdravotního stavu pacienta.*“ (Renotierová, 2003, s. 57)

3.2.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je nedílnou a významnou složkou ucelené rehabilitace. Sociální rehabilitací se rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických schopností a dovedností, které jsou narušeny důsledkem sociálního handicapu a způsobu života dané osoby. Součástí sociální rehabilitace je psychosociální výcvik, který vede ke zvyšování sociálních kompetencí, k uvědomění si odpovědnosti za svůj život, k samotnému řešení nepříznivé sociální situace vlastními zdroji. Představuje cílený nácvik praktických technik zaměřený na získání nebo znovunabytí dovedností nezbytných k samostatnému zabezpečování životních potřeb. (Matoušek, 2008)

Sociální rehabilitace představuje soubor určitých specifických činností, které jsou aktivními nástroji, určenými ke snížení stupně závislosti osoby se zdravotním postižením. Výsledkem procesu je dosažení, co nejvyšší míry soběstačnosti, která je důležitým předpokladem pro následující pedagogickou a pracovní rehabilitaci. Úkolem sociální rehabilitace je, aby byl člověk s postižením schopen přijmout své postižení či znevýhodnění a byl dále schopen integrovat se v maximální míře do společnosti. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011)

Sociální rehabilitaci upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a definuje ji jako *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“*

„Sociální rehabilitace se v podstatě zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích.“ (Koláčková, Kodymová in Matoušek, 2005, s. 94)

Je to proces, kdy pacient s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností, aby dosáhl samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení a to za účelem co nejvyšší úrovně jeho sociálního začlenění. (Kolář, 2012) Úkolem sociální rehabilitace je především zajištění pracovní místa a zabezpečení spoluúčasti pohybově postižených

na společenském, životě prostřednictvím veřejné, kulturní, zájmové a sportovní činnosti. (Renontírová, 2003)

Cílem sociální rehabilitace je dle Novosada (2009) legislativní ochrana a existenční, materiální zabezpečení zdravotně postižených osob, podporovat jejich společenské začlenění, resocializace, uplatnění osobnostního potenciálu a v neposlední řadě zajištění sociálních služeb, komunitní podpory a úpravy místních podmínek a zpřístupnění občanské participace.

3.2.3 Pedagogická rehabilitace

Další oblastí rehabilitace je rehabilitace pedagogická. Jejím cílem je dosažení co nejvyššího stupně vzdělání jedinců s postižením, jejich samostatnosti a rozvoje specifických dovedností v pojetí pedagogického působení v procesu vzdělávání osob se zdravotním postižením. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011)

Pedagogickou rehabilitaci personálně zajišťují speciální pedagogové. Zajišťují také v procesu vzdělávání odbornou poradenskou činnost, speciálně pedagogickou diagnostiku, potřebnou ke stanovení pedagogické rehabilitace, jejího rozsahu, obsahu a způsobu zabezpečení. Ve spolupráci s institucemi připravují individuální vzdělávací program a jeho naplňování. (Votava, 2005)

3.2.4 Pracovní rehabilitace

Neposlední součástí ucelené rehabilitace je rehabilitace pracovní. Zaměřuje se na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, které zabezpečují na základě její žádosti úřady práce. Rehabilitace pracovní je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti k vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce. Jedná se o její snahu plné integrace člověka se zdravotním postižením. Zařazení osoby se zdravotním postižením do procesu pracovní rehabilitace vychází z posouzení z několika hledisek: jejího zdravotního stavu, pracovní způsobilosti, dosaženého vzdělání, získaných dovedností a situace na trhu práce. (Kolář, 2012)

Pracovní rehabilitace je upravena a vymezena zákonem č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, který jí v § 69 definuje takto:

„pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením.“

3.2.5 Psychologická, volnočasová a rodinná rehabilitace

Cílem psychologické rehabilitace je zvládnutí psychických obtíží, které jsou spojené se změnou zdravotního stavu. Usiluje o změnu v životní orientaci a v sebehodnocení postiženého jedince. Probíhá formou individuální nebo skupinové psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie. Zahrnuje trénink psychosociálních dovedností, nácvik komunikace s druhými a efektivního sebeprosazování, podporu při řešení problémů v mezilidských vztazích a sebepojetí člověka s postižením. (Novosad, 2009)

Volnočasové rehabilitace je zaměřená na kulturní, zájmové, sportovní vyžití a sebevzdělávání. Poskytuje příležitost k působení zážitku, prožitku - zážitková terapie, s využitím zooterapie, sportu apod., což může sloužit k navazování nových kontaktů a pozitivní sebeprezentaci. (Novosad, 2009)

Rodinná rehabilitace se zaměřuje na pomoc pečujícím rodinám, podporu, nápravu či obnovu rodinných vztahů postiženého, zajištění potřebných služeb apod. (Novosad, 2009)

4 Multidisciplinární tým

Sociální práce ve zdravotnictví je specifická především potřebou mezioborové spolupráce, fungujících multiprofesních týmů a krátkodobým poradenstvím, omezeným na dobu hospitalizace pacienta, potřebou znalostí o všech aspektech nemoci a tělesných postižení. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012) „*Multidisciplinární tým představuje víceoborové zastoupení v týmu, kdy členové mají své specifické role.*“ (Kuzníková, 2011, s. 25)

Slovník cizích slov definuje pojem multidisciplinární takto: „*přístup charakterizovaný spoluprací více vědních oborů při realizaci odborné a vědecké výzkumné činnosti.*“ (ABZ, 2015)

Slovo tým pochází z anglického team. TEAM lze vnímat jako zkratku klíčových slov (Kolajová, 2006):

- Together
- Everybody
- Achieves
- More

Volně lze význam těchto slov přeložit: společně dosáhneme více. (Kolajová, 2006)

Týmem se rozumí skupina odborníků z různých profesí, podílejících se na řešení psychosociální situace klienta. Členové týmu jsou schopni delegovat úkoly, zodpovědnost a hodnotit výsledky vzájemné spolupráce. Týmová spolupráce je pravidelná opakující se práce v týmu složeném z odborných pracovníků, je to komplexní dynamický proces. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012) Týmem můžeme nazvat nejlépe tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, mají pocit společného vědomí „my“, společné identity a všichni se snaží dosáhnout totožného cíle. Tito jedinci přijímají a dodržují nepsaná pravidla nebo normy, podle kterých z vlastní vůle jednájí a pracují dobrovolně. (Kolajová, 2006)

4.1 Význam a cíl multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví

Ve zdravotnických a sociálních zařízeních se vytvářejí ošetrovatelské jednotky, které si kladou za cíl, poskytovat všem klientům/pacientům specializovanou péči. V těchto týmech počet členů a jejich specializací úzce souvisí se specifickými podmínkami každého pracoviště. Dnešní praxe poukazuje na to, že nevyhnutelností jsou týmy multidisciplinární, které mají společný hlavní cíl – poskytnout pacientovi péči i léčbu v očekávané kvalitě, směřuje k řešení jeho situace. Tento cíl má být z etického hlediska nadřazen odměně za vykonanou práci, avšak je to náročný a obtížně zdůvodňovaný požadavek, neboť i odměna za práci má svůj etický rozměr. (Linhartová, 2013) Postupuje se od komplexního posouzení klientovi situace, vytvoření anamnézy, plánu pomoci, péče, odvíjejícího se od podmínek sociálního okolí klienta. Zahrnuje také informování klienta, edukaci a jeho zapojení do plánu pomoci. V neposlední řadě je důležitá koordinace jednotlivých členů týmu, musí být jasně vymezen vedoucí týmu. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012)

Z tohoto jednoznačně definovaného hlavního cíle vyplývají další požadavky na tým. Tým má mít právo řešit své vnitřní otázky a problémy samostatně a nezávisle na jiném. To znamená, že musí být jistou autonomní jednotkou. V zásadě se jedná o činnost synchronizovanou a koordinovanou uvnitř týmu i navenek. Z předchozího tedy plyne promyšlená struktura každého týmu, rozdělení kompetencí a rolí, s předem stanovenými, závaznými pravidly. Podle toho zda a jak jsou tato pravidla dodržována, se hodnotí kvalita řízení a vedení týmu. Velmi důležité, aby byla uvnitř týmu dodržována rovnost členů a to zejména z hlediska efektivity, kdy každý člen přispívá podle svých nejlepších schopností a přidělené pozici ke stanoveným cílům. Přidělená kompetence vždy znamená také odpovědnost, jako požadavek profesionality týmu. Rozvrhnutí přidělených rolí v týmu právě respektuje profesní připravenost členů, jejichž zárukou je vymezení odpovědností a pravomocí. (Linhartová, 2013)

Spolupráce v multidisciplinárním týmu umožňuje jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů nemocného, jednotnou návaznou a kontinuální ošetrovatelskou péči a jednotnou dokumentaci a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. K zajištění vhodného a účinného postupu musí multidisciplinární tým pracovat kolektivně v souladu s cíli, stanovenými individuálně pro každého nemocného.

Na základě svých kompetencí určí každý člen týmu svůj postup a doporučení pro řešení a intervence v ošetrovatelském procesu. (Pinkasová, 2006)

4.2 Zásady týmové spolupráce

Týmová práce by měla existovat všude tam, kde nemůže úkol splnit jednatel. Ne vždy však je týmovou prací to, co je za týmovou práci často vydáváno. Aby tomu tak bylo, je nutno dodržet a plnit určité zásady. Jednou ze zásad je ta, že týmová práce má přinášet uspokojení každému jednotlivci, tedy jeho individuálních potřeb, jako je např. radost z užitečnosti, z prospěšné a smysluplné činnosti i společenské ohodnocení. (Linhartová, 2013)

Týmem označujeme skupinu lidí, kteří se spojili k vědomé a dobrovolné spolupráci. Mají charakterové předpoklady pro práci v týmu, doplňují se ve svých specializacích, znalostech a dovednostech. Mají společné cíle, na výsledcích práce jsou zainteresováni a nesou za ně společnou odpovědnost. Jejich cílem je efektivita a očekávaný výsledek, Mají předem stanovené zásady, jimiž se řídí. Mají svůj vnitřní řád vytvořený danými podmínkami. Každý člen má předem vymezenou roli, kterou plní. Odpovědnost za výsledky je však společná, kdy my převažuje nad já. (Linhartová, 2013)

Týmová spolupráce je komplexní a dynamický proces, kdy dva a více pracovníků poskytují pomoc a služby klientům či členům rodiny klienta. Efektivní a funkční tým je schopen nalézt shodu v plánování řešení klientovy situace, jeho problémů a potřeb. Jednotliví členové si předávají relevantní informace. Jejich spolupráce zahrnuje vzájemné učení, plánování intervencí a také shodu v etických rozhodnutích. Jsou schopni nejen delegovat úkoly a zodpovědnost, ale i hodnotit výsledky spolupráce. Výsledky týmové spolupráce by měly být přínosem pro obě strany procesu, jak pro klienta, tak i pro členy týmu. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012)

4.3 Velikost a vlastnosti týmu

Velikost týmu vyplývá z formy a charakteru poskytované péče. Nejsou výjimkou týmy dvojčlenné, např. v ambulantních zařízeních tvoří tým lékař a zdravotní sestra. Na druhé straně jsou týmy s větším počtem členů, kdy se jedná o týmy

na pracovištích, kde se provádějí náročné a složité výkony (např. výzkumná, chirurgická pracoviště). Někdy se může jednat o složité výkony, vyžadující i sofistikovanou kooperaci několika týmů. Velmi důležité však je, že se vždy musí jednat o skupinu lidí, kteří se spojili k dobrovolné a vědomé spolupráci. (Linhartová, 2013)

Krüger (2004) uvádí, že tým by měl být tak veliký, aby reprezentoval produktivní rozmanitost znalostí a zkušeností a měl by být dost malý na to, aby jeho velikost umožňovala z čistě praktického hlediska hladkou výměnu informací a argumentů mezi všemi členy.

Autoři Kuzníková, Malík Holasová (2012) a Zahradková (2005) shodně řadí mezi **základní vlastnosti a znaky mezioborové týmové spolupráce** vzájemný respekt, důvěru a otevřenost mezi členy týmu. Důležitá je jasná, vymezená role a odpovědnost každého člena, flexibilní přizpůsobení role v týmu, vzájemná shoda členů na skupinových hodnotách, normách a záměrech, vlastní a všemi respektovaná pravidla. Klade se důraz na rovnocenné postavení členů, otevřenou, efektivní a jednoznačnou komunikaci a sdílení, účelné řešení konfliktů, flexibilní vedení týmu a rozhodování. Členství odborníků je založeno na potřebách klienta. Nutností je stabilní jádro členů v týmu, prožívání profesionální i skupinové identity v týmu, schopnost vyjednat a dosáhnout shody. Tým musí být zaměřen na dosažení společného cíle a důležité je vedení dokumentace o činnosti týmu. Pozornost členů je soustředěna na úkol i udržení funkcí v týmu.

Předpokladem pro správné fungování multidisciplinárního týmu je vysoká odbornost, profesionalita a dobře fungující komunikace všech členů, kteří respektují společné cíle. Vztahy mezi jednotlivými členy týmu by měly být založeny na vzájemné důvěře, porozumění, sdílení a solidaritě. Měli by se navzájem respektovat, obohacovat a inspirovat nejen při výkonu své profese, ale také při vytváření uceleného pohledu na problémy klienta. (Jankovský, 2007)

4.4 Podstata profesionality týmu

Podstatou profesionality, která nemůže v žádném týmu chybět, je nejen dobrá profesní příprava, určité charakterové vlastnosti, praktické dovednosti a smysl

pro povinnost, schopnost empatie, tolerance, obětavost, ale také umění komunikace. (Linhartová, 2013)

Právě komunikaci není stále věnována dostatečná pozornost. Na úrovni komunikace mezi jednotlivými členy týmu záleží dobrá pracovní nálada uvnitř týmu i pohoda klientů. Mluvené slovo může být totiž nejen povzbuzením, ale také příčinou neshod. Vyjadřuje vnitřní prožitky (duševní stav), které je nutno v pracovním prostředí racionálně korigovat podle všech výše uváděných zásad. Toto vše zaručuje efektivní výsledky týmu. (Linhartová, 2013)

4.5 Profesionální komunikace v týmu

Jak již bylo v předchozím textu zmíněno, jsou hlavně mezilidské vztahy nejnáročnějším úkolem, který z běžné pracovní skupiny dělá tým. Právě jejich úroveň se navenek projevuje prostřednictvím komunikace. (Linhartová, 2013) Kvalitní komunikace je podmínkou k tomu, aby tým fungoval efektivně. Tým dosahuje společných cílů pomocí oblastí a nástrojů jako je umění naslouchat a možnost vyjádřit svůj názor bez obav, existence prostoru pro diskusi a věcné sdělování kritiky. (Janíková, 2013)

Komunikace představuje pro každého člověka něco přirozeného a běžného, ovšem ne každý tým dokáže komunikovat bez problému. (Janíková, 2013) Tam, kde není dobrá komunikace, kde komunikace vážne, panuje disharmonie ve vztazích. Vztahy jsou pro dobrý tým určující! Předpoklady být přínosným pro tým má každý člen týmu, pokud se psychicky ztotožní se svou rolí, pro niž má osobnostní i profesní předpoklady, umí si sdělovat myšlenky „z očí do očí“, má cit pro kritiku a sebekritiku, umí ji přijímat stejně racionálně, jako formulovat a je navyklý kontrolovat svoji práci, má stále zpětnou vazbu. V tomto případě nedělá členům týmu žádný problém nadřadit my nad svoje já. Týmové práci však výrazně škodí a je velmi nežádoucí pomlouvání, osočování, vzájemné žárlivé střežení vlastního postavení apod. V první řadě by měly být uplatňovány pracovní vztahy jako např. respekt k hierarchii, pracovní kázeň, spravedlivé ohodnocení, finanční stejně jako morální a tak podobně. Naopak vztahy osobní, přátelské jim musí být podřízeny a intimní vztahy pak na pracoviště nepatří vůbec! Hlavním důvodem

osobních a vnitřních neshod, neefektivní a nekvalitní práce na pracovišti jsou právě nedisciplinované vztahy. (Linhartová, 2013)

Velmi důležité při přijímání zpětné vazby je dobře naslouchat, při nejasnostech se ptát, vyhnout se diskusím, neuchylovat se do obranného postoje a poděkovat za otevřenost. Při dávání zpětné vazby platí konkrétnost a aktuálnost, dále přítomnost (ne přes třetí osobu), používání první osoby a zdůraznění subjektivity svých dojmů, vyvarování se ironie a sarkasmu a zdůraznění předností. (Janíková, 2013)

4.6 Klady, záporny a kritické faktory týmové spolupráce

Fungování týmu sebou přináší výhody, ale i nevýhody. Horvátová (2008) uvádí mezi **přínosy týmu** spojení znalostí jednotlivých členů, kvalitnější společně odvedená práce. Je nastíněno více řešení problému, eliminují se chyby jednotlivců. Členové týmu se vzájemně inspirují ke kreativnímu myšlení, sdílejí znalosti, zkušenosti a učí se od sebe navzájem. Pomocí vzájemné komunikace a spolupráce dochází k rozvoji jednotlivých členů, větší motivace členů i vedení. V týmu je udržována pomocí kompromisu rovnováha a tím jsou vyloučeny extrémní hodnoty, názory a postoje. Zvyšuje sebevědomí jednotlivých členů, poskytuje jim uznání, postavení, role a snižuje u nich obavy ze selhání a nesení zodpovědnosti, tím, že je práce rozdělena mezi jednotlivé členy, je prevencí proti stresu a snižuje riziko syndromu vyhoření.

Mezi další pozitiva týmu dle Kolajové (2006) patří budování mezilidských vztahů, zlepšování komunikace mezi jednotlivými členy, příjemnější pracovní atmosféra, využívání znalostí, zkušeností a dovedností všech členů a pracuje s jejich tvořivostí a fantazií, učí vzájemné úctě a respektu, urychluje postup ke správnému řešení, snižuje obavy z neúspěchu a zodpovědnosti u jednotlivých členů, zvyšuje sebevědomí členů týmu, přikládá jednotlivým členům postavení a role, skýtá svým členům jisté uznání.

Mezi potencionální **negativa týmu** patří hrozba konfliktů, potlačení individuality, neschopnost některých členů vyjít s ostatními, nutnost společného cíle a někdy časově náročná spolupráce. Tým vyžaduje přizpůsobení se určitým normám a pravidlům, mohou být potlačena některá neobvyklá, krajní řešení, ačkoliv by mohla být významným přínosem. (Kolajová, 2006)

Nejčastějším a nejpřehlíženějším problémem je absence vlastností nutných pro práci v týmu. Přitom se od jednotlivých členů očekává, že se dobrovolně vzdají určité autonomie vlastního já ve prospěch týmového my, zvládnou psychicky náročné situace, budou cítit vztahy podřízenosti a nadřízenosti, budou umět řešit konflikty bez psychické újmy a nebudou je naopak vytvářet, budou přijímat kompromisy a nebudou vytvářet komunikační šumy. Každý člen v týmu přispívá hlavně svými pozitivními charakterovými vlastnostmi, pozitivním myšlením, flexibilitou, aktivním zvládnáním potíží a řešením náhle vyvstalých problémů, důvěrou k ostatním a v neposlední řadě svými komunikativními dovednostmi. Důraz je kladen na zvládnání komunikace uvnitř týmu, ale i ve styku s klienty. Prvořadým cílem je tedy úzdrava, péče a spokojenost klienta. S tímto problémem souvisí i kvalitní přenos všech informací a proto je nezbytné pečlivé vedení zdravotní dokumentace, v níž je zapsáno vše podstatné (např. kdy a kým a o čem byl klient informován, jak snáší léčbu po fyzické a psychické stránce, jeho reakce, nálady, potřeby, ...). Pokud není klient v dobrém psychickém stavu, hůře probíhá léčba. (Linhartová, 2013)

Z předchozího plyne také promyšlená struktura každého týmu, rozdělení rolí a kompetencí s dodržováním závazných předem stanovených pravidel. Podle dodržování pravidel se hodnotí kvalita vedení a řízení týmu. Tým má mít svého mluvčího, který komunikuje odpovědně s okolím a tím se tak zamezí informační roztržitosti a nedorozuměním. Role mluvčího přispívá k upevnění vnitřní kázně a k sebekontrolě členů týmu, kdy každý naplňuje pouze svou přidělenou roli s jasně stanovenými povinnostmi a kompetencemi. (Linhartová, 2013)

5 Multidisciplinární tým na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně

Ucelenou rehabilitaci nezajišťuje jediný odborník, ale celý tým odborníků různých profesí. (Votava, 2003) Multidisciplinární týmy v takové podobě, v jaké probíhají v HL v dnešní době, se scházejí a fungují přibližně více jak 10 let. V rámci multidisciplinárního týmu v HL, tedy i na neurologickém rehabilitačním oddělení – pavilónu A, se na přímé péči o pacienty podílí několik odborníků různých profesí: lékaři, zdravotnický a ošetrovatelský personál, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové, v případě dětských pacientů vychovatelé a učitelé a v neposlední řadě zdravotně sociální pracovníci.

5.1 Složení multidisciplinárního týmu

Multidisciplinární tým na neurologickém rehabilitačním oddělení – pavilónu A je velmi specifický. Mezi členy tohoto týmu patří primář, vedoucí lékař a další lékař z oddělení, vrchní sestra, staniční sestra, zdravotní sestry z oddělení, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotně sociální pracovnice, psycholog, klinický logoped a sestra se specializací pro logopedii. Porad týmu se neúčastní samotní pacienti. Je to z toho důvodu, že mají mnohdy taková onemocnění, u kterých je přidružená porucha komunikace (např. fatická porucha), porucha kognitivních funkcí, vážne rozumění.

Jednotliví členové multidisciplinárního týmu se na neurologickém oddělení - pavilónu A scházejí pravidelně jednou týdně ke společným poradám. Na těchto poradách se u vybraných pacientů konzultuje individuálně rehabilitační léčba. Není striktně vymezeno pravidlo výběru pacientů ke konzultaci. Převážně se však jedná o ty, kteří budou mít v příslušný týden pravidelnou kontrolu u lékaře a pacienty před propuštěním. Pokud však chce některý ze členů multidisciplinárního týmu konzultovat jakéhokoliv jiného pacienta, připraví si své dotazy ke konkrétním členům týmu. Všichni členové týmu se snaží najít optimální východisko pro zlepšení zdravotního a psychického stavu pacienta.

5.2 Zdravotně sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

Jak již bylo v předchozí kapitole zmíněno, jedním z členů multidisciplinárního týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení - pavilónu A je zdravotně sociální pracovnice. Pacient z tohoto oddělení se do péče zdravotně sociální pracovnice v HL dostává buď na základě ordinace lékaře, nebo na žádost některého z členů týmu. O kontakt se zdravotně sociálním pracovníkem může zažádat i sám pacient, je mu to nabídnuto již při jeho příjmu do HL.

Přítomnost zdravotně sociálního pracovníka v týmu, funkční spolupráce mezi ním, multidisciplinárním týmem, spolupracujícími organizacemi vně zdravotnické organizace a pacientem, se stává předpokladem pro úspěšnou pomoc při řešení jeho situace. (Kuzníková, Malík Holasová, 2012)

„Práce s pacientem je vždy individuální, zdravotně sociální pracovník je členem celého zdravotnického týmu, který mu poskytuje informace o možných problémech sociálních a zdravotních, které mohou nemocnému způsobit obtíže v jeho životě. Společně tak preventivně působí na pacienta a jeho okolí, aby mu vytvořili co nejvhodnější podmínky k životu po propuštění ze zdravotnického zařízení.“ (Hubertová, 2015, s. 11)

Sociální pracovník má ve zdravotnickém týmu nezastupitelné kompetence, zná klientovo reálné rodinné zázemí, umí posoudit jeho fungování a léčení se v domácím prostředí. Rozumí vztahu klienta a jeho rodiny, dokáže zařídit a zorganizovat propuštění. Informace o klientově situaci by měly přesahovat anamnestické údaje lékaře nebo zdravotní sestry. Měl by mít relevantní informace o klientovi a prostředí, kam půjde po propuštění. Pro klienta, jeho rodinu i pro multidisciplinární tým by měl připravovat informace o alternativních řešeních sociální situace klienta, informace ovlivňují rozhodování všech zúčastněných. (Janečková in Matoušek, 2005)

Míra spolupráce zdravotně sociálního pracovníka se odvíjí od vymezení jeho náplně práce a systému práce v dané organizaci. Bezpodmínečnými kritérii pro efektivní pomoc při řešení klientovi situace v holistickém pojetí je propojení procesu sociální práce s medicínskou léčbou a ošetrovatelským procesem. Je velmi důležitá provázanost všech oborů zastoupených v týmu. Velmi důležitým faktorem úspěšné spolupráce celého týmu je stálá přítomnost zdravotně sociálního pracovníka

na oddělení, kdy je zajištěna možnost být v blízkosti klientů a spolupracovníků z týmu. (Kuzníková, 2011)

Role zdravotně sociálního pracovníka v týmu spočívá zejména ve vytváření, podpoře a stabilizaci přijatelných životních podmínek klientů ve smyslu poskytování sociálního poradenství, pomoci a podpoře při ochraně práv a oprávněných zájmů klientů s postižením. Nezbytné je zprostředkování nebo poskytování adresných sociálních služeb, finančních podpor ze systému sociálního zabezpečení, při zprostředkování či vytváření pracovních příležitostí, včetně podporovaného zaměstnávání, zprostředkování bydlení atd. (Novosad, 2009)

Komplexnost péče ve zdravotnictví vyžaduje v dnešní době propojení spolupráce odborného týmu, do kterého patří i zdravotně sociální pracovník. Jeho pozice vynakládá velké úsilí při práci s klienty a bývá ostatními zdravotníky nedoceňována. Jeho začlenění do týmu a získání pevné pozice v něm z velké části závisí na jeho osobnosti a schopnostech. Mezi odborníky jednotlivých profesí dochází naštěstí k překonávání komunikačních bariér a týmová spolupráce se stává nepostradatelnou a samozřejmou. Je předpokladem úspěšné pomoci klientovi. Z pohledu sociální práce tato úspěšná pomoc zahrnuje propojení spolupráce mezi sociálním pracovníkem, klientem, jeho rodinou, organizacemi a samozřejmě samotnými členy multidisciplinárního týmu. (Kuzníková, 2011)

6 Shrnutí teoretické části

Hlavním smyslem teoretické části bylo popsat profesi zdravotně sociálního pracovníka a jeho nezastupitelné postavení v multidisciplinárním týmu v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé.

V první kapitole jsem se nejprve pokusila o vymezení profese zdravotně sociálního pracovníka, jeho vzdělání, odborné způsobilosti a náplně práce dle zákonných norem. Věnovala jsem se požadavkům na osobnost, dovednosti a kompetence, které jsou pro výkon jeho profese velmi důležité a nepostradatelné. Pokusila jsem se popsat profesionální roli, neboť pokud má zdravotně sociální pracovník vykonávat svoji profesi správně, měl by být především profesionálem.

Smyslem druhé kapitoly bylo představit Hamzovu odbornou léčebnu pro děti a dospělé jako odborné zdravotnické zařízení, ve kterém má právě profese zdravotně sociálního pracovníka v péči o pacienty nezastupitelné místo. Věnovala jsem se vizi, cílům a poslání tohoto zařízení. Popsala jsem stručnou charakteristiku neurologického rehabilitačního oddělení, protože zde bude provedeno výzkumné šetření. Pokusila jsem se o popis specifik a náplně práce zdravotně sociálního pracovníka na tomto oddělení.

V další kapitole jsem vymezila pojem ucelená rehabilitace, její jednotlivé složky včetně její nedílné součásti - sociální rehabilitace. Právě základním předpokladem pro fungující proces ucelené rehabilitace je charakteristická dobře fungující multidisciplinární péče o klienty/pacienty.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na multidisciplinární tým, jeho význam a cíl. Věnovala jsem se zásadám týmové spolupráce, velikosti, vlastnostem týmu, kladům a záporům týmové spolupráce a jeho kritickým faktorům. Pokusila jsem se o vymezení podstaty profesionality týmové spolupráce. Chtěla jsem upozornit na profesionální komunikaci v týmu, bez níž by týmová spolupráce nemohla správně fungovat.

Poslední kapitola je věnována multidisciplinárnímu týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v HL a jeho složení. Zaměřila jsem se na zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, jehož profese má zde své důležité a nezastupitelné místo.

7 Výzkumné šetření

7.1 Formulace hlavního a dílčích cílů výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bude popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé z perspektivy členů týmu. Využita bude kvalitativní výzkumná strategie. Cíle bude dosaženo skrze techniku kvalitativních interview. Interview budu provádět s jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, včetně zdravotně sociálního pracovníka. Následně pak bude provedena komparace pohledů zdravotně sociálního pracovníka s ostatními členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech.

Dílčí cíle:

DC 1 Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu v současné době znají nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce, v čem by nastavení kompetencí změnili.

DC 1.1 Zjistit, jak znají jednotliví členové multidisciplinárního týmu kompetence zdravotně sociální pracovníce.

DC 1.2 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu z hlediska kompetencí náročnost profese zdravotně sociální pracovníce.

DC 1.3 Zjistit, jaké změny na stávajícím nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce jednotliví členové multidisciplinárního týmu navrhují, v čem by je případně doplnili ke zlepšení praxe.

DC 2 Zjistit, jak vnímají členové multidisciplinárního týmu v současné době postavení, zdravotně sociální pracovníce v týmu a jaké navrhují změny ke zlepšení praxe.

DC 2.1 Zjistit, jaké má zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu postavení v porovnání s ostatními profesemi.

DC 2.2 Zjistit, jaké změny v postavení zdravotně sociální pracovníce navrhují členové multidisciplinárního týmu ke zlepšení praxe.

DC 3 Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu vnímají v současné době náplň práce zdravotně sociální pracovníce a jaké navrhují změny ke zlepšení praxe.

DC 3.1 Zjistit, jak znají členové multidisciplinárního týmu náplň práce zdravotně sociální pracovnice.

DC 3.2 Zjistit, jak je práce zdravotně sociální pracovnice přínosná pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

DC 3.3 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty.

DC 3.4 Zjistit, jaké změny členové multidisciplinárního týmu navrhují a v čem by případně doplnili pracovní náplň zdravotně sociální pracovnice ke zlepšení praxe.

DC 4 Komparovat pohledy zdravotně sociální pracovnice se členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech.

7.2 Zdůvodnění zvolené výzkumné strategie

Vzhledem k vytyčenému cíli je patrné, že pro mou práci budou rozhodující názory jednotlivých členů multidisciplinárního týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně, které budu zkoumat a analyzovat. Z tohoto důvodu jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, jelikož mi jde o subjektivní vnímání, pohledy, názory a myšlenky informantů.

„Kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17)

Mezi přednosti kvalitativního výzkumu Hendl (2005) uvádí: výzkumník získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, umožňuje studovat procesy a navrhopvat teorie. Dobře reaguje na místní podmínky a situace, hledá lokální příčinné souvislosti a pomáhá při počáteční exploraci fenoménů. Naopak nevýhody kvalitativního výzkumu Hendl (2005) vidí v tom, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná do jiného prostředí a na populaci. Je těžké provádět kvantitativní predikce. Je

obtížnější zkoušet a ověřovat hypotézy a teorie. Analýza dat a jejich sběr jsou mnohdy náročné časově a jeho výsledky jsou snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

Technikou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor a následná komparace pohledů zdravotně sociální pracovníce se členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech. Hendl (2005) uvádí, že polostrukturované dotazování se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.

7.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

V tabulce je provedena transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.

Tabulka 1: Transformační tabulka

| Hlavní výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl 2. Řádu | Sledované indikátory | Tazatelské otázky |
|--|---|--|---|---|
| Popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé z perspektivy členů týmu. | DC 1 Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu v současné době znají, hodnotí nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce, v čem by nastavení kompetencí změnili. | DC 1.1 Zjistit, jak znají jednotliví členové multidisciplinárního týmu kompetence zdravotně sociální pracovníce. | Znalost kompetencí zdravotně sociální pracovníce | TO1 Jaké kompetence má zdravotně sociální pracovníce? |
| | | DC 1.2 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu z hlediska kompetencí náročnost profese zdravotně sociální pracovníce. | Náročnost profese zdravotně sociální pracovníce z hlediska kompetencí | TO2 V čem je profese zdravotně sociální pracovníce z hlediska kompetencí náročná? |

| Hlavní výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl 2. Řádu | Sledované indikátory | Tazatelské otázky |
|---------------------|---|---|---|---|
| | | DC 1.3 Zjistit, jaké změny na stávajícím nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce jednotliví členové multidisciplinárního týmu navrhují, v čem by je případně doplnili. | Návrh změn v nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce | TO3 Jak byste stávající nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce změnili, v čem byste je případně doplnili? |
| | DC 2 Zjistit, jak vnímají členové multidisciplinárního týmu v současné době postavení zdravotně sociální pracovníce v týmu a jaké navrhují změny ke zlepšení praxe. | DC 2.1 Zjistit, jaké má zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu postavení v porovnání s ostatními profesemi. | Postavení zdravotně sociální pracovníce v týmu | TO4 Jaké má zdravotně sociální pracovníce postavení, v multidisciplinárním týmu v porovnání s ostatními profesemi? |
| | | DC 2.2 Zjistit, jaké změny v postavení zdravotně sociální pracovníce navrhují členové multidisciplinárního týmu ke zlepšení praxe. | Návrh změn v postavení zdravotně sociální pracovníce v týmu | TO5 Jaké změny v postavení zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu navrhujete ke zlepšení praxe? |
| | DC 3 Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu vnímají v současné době náplň práce zdravotně sociální pracovníce a jaké navrhují změny ke zlepšení praxe. | DC 3.1 Zjistit, jak znají členové multidisciplinárního týmu náplň práce zdravotně sociální pracovníce. | Náplň práce zdravotně sociální pracovníce | TO6 Jaká je náplň práce zdravotně sociální pracovníce (čím se zabývá)? |

| Hlavní výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl 2. Řádu | Sledované indikátory | Tazatelské otázky |
|---------------------|--|--|--|---|
| | | DC 3.2 Zjistit, jak je práce zdravotně sociální pracovníce přínosná pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. | Přínos práce zdravotně sociální pracovníce pro práci jednotlivých členů týmu | TO7 V čem je práce zdravotně sociální pracovníce přínosná pro Vaši práci? |
| | | DC 3.3 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu přínos práce zdravotně sociální pracovníce pro klienty/pacienty. | Přínos práce zdravotně sociální pracovníce pro klienty/pacienty | TO8 V čem je práce zdravotně sociální pracovníce přínosná pro klienty/pacienty? |
| | | DC 3.4 Zjistit, jaké změny členové multidisciplinárního týmu navrhují a v čem by případně doplnili pracovní náplň zdravotně sociální pracovníce ke zlepšení praxe. | Návrh změn v náplni práce zdravotně sociální pracovníce | TO9 Jak byste náplň práce zdravotně sociální pracovníce změnili ke zlepšení praxe, v čem byste jí doplnili? |
| | DC 4 Komparovat pohledy zdravotně sociální pracovníce se členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech. | | Komparace | Znalost kompetencí zdravotně sociální pracovníce Náročnost profese zdravotně sociální pracovníce z hlediska kompetencí |

| Hlavní výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl | Dílčí výzkumný cíl 2. Řádu | Sledované indikátory | Tazatelské otázky |
|---------------------|--------------------|----------------------------|----------------------|---|
| | | | | Návrh změn v nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovnice |
| | | | | Postavení zdravotně sociální pracovnice v multidisciplinárním týmu |
| | | | | Návrh změn v postavení zdravotně sociální pracovnice v multidisciplinárním týmu |
| | | | | Náplň práce zdravotně sociální pracovnice |
| | | | | Přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu |
| | | | | Přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty |
| | | | | Návrh změn v náplni práce zdravotně sociální pracovnice |

7.4 Zdůvodnění volby výzkumného souboru a jeho charakteristika

Pro svůj výzkum jsem si vybrala odborné zdravotnické zařízení Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, konkrétně neurologické rehabilitační oddělení – pavilón A. Vybrala jsem si ho z toho důvodu, že zde od roku 2003 pracuji a jsem

na neurologickém rehabilitačním oddělení členem multidisciplinárního týmu, který je svým složením specifický. Je zde zastoupeno několik profesí: lékař, zdravotní sestra, zdravotně sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped a psycholog. Já zde zastupuji profesi diplomovaný ergoterapeut. Jelikož studuji obor sociální práce s osobami se sníženou soběstačností, zaměřila jsem svoji bakalářskou práci na výzkum role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

Z toho vyplývá, že výzkumným souborem budou členové multidisciplinárního týmu, včetně zdravotně sociální pracovnice, se kterou bude provedena komparace s názory jednotlivých členů týmu. Informantů výzkumu bylo celkem 8 členů multidisciplinárního týmu a to konkrétně profese lékař, staniční sestra, zdravotní sestra z oddělení, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, zdravotně sociální pracovník. Jednalo se o záměrný výběr, kdy za každou profesi byl jako její zástupce vybrán vždy jeden informant. Pokud byla v multidisciplinárním týmu jedna profese zastoupena několika členy, byl hlavním kritériem výběru vždy ten člen, který má s prací v multidisciplinárním týmu větší zkušenosti a pracuje tedy v tomto týmu delší časové období. Protože v týmu pracuji jako diplomovaný ergoterapeut, nejsem z důvodu relevantnosti výpovědi informantem za tuto profesi. Oslovila jsem svoji kolegyni. Všichni informanti byli ženy, jelikož v tomto týmu nebyl žádný z členů mužského pohlaví. Informanty jsem označila písmeny I1 – I9.

V rámci výzkumného šetření byla dodržena etická pravidla výzkumu. Jednalo se o poučený (informovaný) pasivní souhlas, svoboda odmítnutí, anonymita. (Hendl, 2005)

7.5 Popis organizace a průběhu výzkumu

Jak již bylo dříve napsáno, sběr dat byl prováděn v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé, konkrétně na neurologickém rehabilitačním oddělení – pavilónu A. Toto odborné zdravotnické zařízení včetně neurologického rehabilitačního oddělení bylo již představeno ve druhé kapitole teoretické části. Sběr dat byl prováděn v období prosinec 2015 – leden 2016.

Od náměstka pro ošetrovatelskou péči v Hamzově odborné léčebně a od primáře neurologického rehabilitačního oddělení jsem dostala souhlas s realizací výzkumu

pro účely mé bakalářské práce. Oslovila jsem osobně jednotlivé členy multidisciplinárního týmu a požádala je o možnost pořízení rozhovoru s nimi. Informovala jsem je o tématu bakalářské práce a důvodu výzkumného šetření. Seznámila jsem je s podmínkami výzkumu a využitím získaných informací. Před započítím rozhovoru jsem jim také sdělila, že rozhovory jsou anonymní. S jejich informovaným souhlasem se zpracováním údajů v mé bakalářské práci jsem s každým z nich individuálně vedla polostrukturovaný rozhovor. Se všemi informanty se více či méně osobně znám a úzce s nimi téměř každodenně v rámci multidisciplinárního týmu spolupracuji. Z tohoto důvodu nebylo třeba se jim představovat. Otázky byly kladeny v pořadí od jedné do devíti. V případě velmi stručných odpovědí na otázku jsem informantům pokládala doplňující otázky. Rozhovory se uskutečnily v pracovních jednotlivých členů týmu. Dotazovaní odpověděli na všechny otázky. Všichni informanti byli profesionálové ve svém oboru, nestalo se, že by odbočovali od daného tématu. Délka rozhovorů se pohybovala okolo 30 minut.

7.6 Způsob analýzy získaných dat či údajů

Veškeré údaje z rozhovorů jsem si po celou jejich dobu pečlivě a doslovně zapisovala. Přistoupila jsem k přímému písemnému doslovnému přepisu každého rozhovoru a jednotlivých odpovědí v jeho průběhu a to zejména z důvodu zachování jejich úplného znění a tím jsem provedla doslovnou transkripci. „*Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview nebo skupinové diskuse do písemné podoby.*“ (Hendl, 2005, s. 208) Bylo tak zachováno plné znění jednotlivých výpovědí, včetně nespisovných výrazů. Jeden vzor přepisu rozhovoru je uveden v příloze B.

Každý rozhovor jsem si ještě tentýž den zaznamenala do notebooku zejména z důvodu pozdější analýzy shromážděných dat a následného vyhodnocení výzkumu. V dalším kroku jsem rozdělila data do analytických jednotek, což je proces segmentace, přičemž „*přirozeným segmentem je odpověď informátora na otázku.*“ (Hendl, 2005, s. 228) K těmto segmentům jsem přiřadila kód, používala jsem techniku kódování, která pomáhá lépe popsat data. „*Kódováním se rozumí rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci.*“ (Hendl, 2005,

s. 246) Kód, který data kategorizuje nebo klasifikuje, jsem přiřadila k úseku dat, přičemž jednotlivé úseky mají mít relevanci k posloupnosti výzkumných kazatelských otázek. (Hendl, 2005)

Následně jsem hledala podobné kategorie a vztahy mezi nimi. „*Pojmová analýza možných hodnot znaků fenoménů a případů v dané kategorii tvoří výchozí bod pro další krok.*“ (Hendl, 2005, s. 248) Prostřednictvím těchto kategorií jsem se snažila nalézt odpověď na jednotlivé dílčí cíle. Jakmile se mi povedlo najít mezi určenými kategoriemi vzájemné vztahy, přiřadila jsem je k jednotlivým dílčím cílům popsaným výše (v kapitole 7.1). Posledním krokem bylo popsání kategorií a provedení shrnutí všech zjištěných dat.

7.7 Rizika výzkumu a výzkumné strategie

Nevýhodami kvalitativního výzkumu může být práce se subjektivními názory informantů a také to, že je dotazován malý počet informantů pocházejících z jednoho místa, tudíž s podobnými názory. U obojího nemusí být získaná znalost zobecnitelná na jinou populaci a do jiného prostředí. (Hendl, 2005)

Další riziko kvalitativního výzkumu tkví dle Hendla (2005) v časové náročnosti sběru dat a následném doslovném přepisu rozhovorů. Dále uvádí, že při vyhodnocování výsledků může dojít k situaci, kdy se výzkumník zaměří pouze na úseky, které se mu zdají důležité a tím dochází ke ztrátě objektivity při vyhodnocování výsledků.

Za riziko výzkumu bych z mé strany vnímala to, že dobře znám zkoumanou problematiku a z tohoto důvodu hrozila možnost ovlivnění dotazovaných z mé strany. Snažila jsem se nezasahovat do odpovědí informantů. Pouze v případě velmi stručných odpovědí jsem jim kladla doplňující otázky. Výhodu naopak spatřuji v tom, že jsem sama jedním z členů multidisciplinárního týmu, své kolegy – informanty dobře znám a znám také velmi dobře prostředí, ve kterém výzkum probíhal. Rozhovory probíhaly v klidné, příjemné atmosféře bez větší nervozity.

8 Analýza a interpretace dat

8.1 Interpretace vztahující se k DC1

DC 1 Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu v současné době znají nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce, v čem by nastavení kompetencí změnili.

Pomocí tohoto dílčího cíle jsem chtěla zjistit od jednotlivých členů multidisciplinárního týmu jejich znalost kompetencí zdravotně sociální pracovníce a v čem vnímají náročnost její profese z hlediska kompetencí a v čem by nastavení kompetencí změnili. Nejprve jsem vždy vymežila pojem kompetence jako způsobilost, odbornou znalost k výkonu profese, pravomoc.

K tomuto zjištění jsem použila 3 dílčí cíle druhého řádu:

- DC 1.1 Zjistit, jak znají jednotliví členové multidisciplinárního týmu kompetence zdravotně sociální pracovníce.
- DC 1.2 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu z hlediska kompetencí náročnost profese zdravotně sociální pracovníce.
- DC 1.3 Zjistit, jaké změny na stávajícím nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovníce jednotliví členové multidisciplinárního týmu navrhují, v čem by je případně doplnili ke zlepšení praxe.

Prvním dílčím cílem druhého řádu je:

DC 1.1 Zjistit, jak znají jednotliví členové multidisciplinárního týmu kompetence zdravotně sociální pracovníce.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 1 (TO1). U otázky TO1 jsem identifikovala kategorii **znalost kompetencí** zdravotně sociální pracovníce ze strany členů multidisciplinárního týmu.

Většina informantů měla alespoň částečnou znalost týkající se kompetencí zdravotně sociální pracovníce. Všichni věděli, že pro výkon její profese je nutné mít vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Mezi kompetence týkající se znalostí, dovedností, vědomostí pro výkon její profese pak dotazovaní jmenovali jako základní znalost legislativy, sledování změn a její využití v praxi a nutnost

neustálého vzdělávání. „Měla by mít dobré znalosti platných zákonů týkajících se sociální oblasti.“ (I4) „Musí mít vzdělání a přehled v legislativě. Stále se v ní vzdělávat, protože se často mění.“ (I7) Všichni také zmiňovali nutnost znalosti problematiky v sociální oblasti, znalost v oblasti sociálních služeb a dávek, přehled o různých organizacích, nadacích a pobytových službách nejen pro handicapované a následné poradenství. „Musí mít kontakty – vytvořenou sociální síť institucí, organizací.“ (I7) „Musí mít znalosti a přehled o různých organizacích, ústavech a úřadech, a aby věděla o dalších možnostech, kam pacienta umístit, pokud se nemůže vrátit domů.“ (I6) „Měla by mít dobré znalosti v sociální oblasti, mít přehled o sociálních zařízeních, umět správně pacientovi poradit, třeba ohledně pomůcek a jeho dalších možnostech v životě s hendikepem.“ (I1) „Měla by mít, dobrou znalost terénních služeb a všech možností, které pacient má. Měla by umět poskytnout pomoc a navrhnout řešení jejich situace tak, aby život člověka s postižením byl v rámci možností plnohodnotný.“ (I4)

I2 ještě uvedl: „měla by umět zjistit sociální anamnézu pacienta, dokázat správně vyhodnotit sociální situaci a adekvátně pacientovi pomoci.“ I7 mi sdělil: „nahlíží do vyšetření, do dokumentace, sama dělá sociální šetření, sociální anamnézu.“ Na tomto tvrzení se také shodli I3 a I4.

Dále informanti uvedli, že by zdravotně sociální pracovnice měla mít dobré komunikační schopnosti a dovednosti jak s klienty/pacienty a jejich blízkými, tak i s úřady a institucemi. „Měla by umět dobře komunikovat, měla by být empatická, umět naslouchat lidem.“ (I1) Někteří také zmínili schopnost spolupráce a komunikace s ostatními kolegy a úředníky. „Měla by umět komunikovat, spolupracovat s ostatními členy týmu.“ (I4) „A znát kompetence jiných odborných pracovníků v týmu, aby věděla, na koho se může obrátit.“ (I5)

Ve většině případů se dotazovaní shodli na znalostech sociální a zdravotní problematiky, psychologie a to hlavně z důvodu komplexního odborného poradenství. „Musí mít i nějaké minimální zdravotnické vzdělání, mít přehled o zdravotnických diagnózách, aby pak dokázala pacientovi na základě jeho onemocnění adekvátně poradit, aby věděla, jestli se bude jeho onemocnění spíše zhoršovat nebo ne.“ (I6) „Měla by mít taky znalosti z psychologie a znalosti ze somatologie, protože pracuje s lidmi s handicapem.“ (I5) „Měla by mít přehled

o ošetrovateľské, rehabilitační a sociální péči.“ (I1) Dále jmenovali organizační schopnosti, týkající se organizace práce, schopnost zvládat stres. I7 mimo jiné uvedl: *„měla by mít lidské kompetence, předpoklady – měla by být empatická, vstřícná, naslouchající, praktická, aby si uměla představit, co ten pacient bude potřebovat, odolná vůči stresu kvůli komunikační náročnosti.*“

I1, I2, I4 a I7 uvedli, že zastupuje pacienty. *„Mezi její kompetence ještě patří to, že se souhlasem pacienta ho může zastupovat při vyřizování např. sociálních dávek, bydlení, sociálních služeb a podobně.*“ (I2) *„Zastupuje pacienta, jak je to přesně ale nevím.*“ (I7) Toto tvrzení není však zcela pravdivé, neboť zdravotně sociální pracovnice zastupuje pacienty pouze ve výjimečných případech, pokud nikoho nemají. Toto mi potvrdila i samotná zdravotně sociální pracovnice při komparaci v DC4.

Druhým dílčím cílem druhého řádu je:

DC 1.2 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu z hlediska kompetencí náročnost profese zdravotně sociální pracovnice.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 2 (TO2). U otázky TO2 jsem identifikovala, kategorii **náročnost profese zdravotně sociální pracovnice z hlediska kompetencí** ze strany členů multidisciplinárního týmu.

Všichni informanti se shodli, že práce zdravotně sociální pracovnice je nejvíce náročná z hlediska komunikace. *„Je dost náročná, hodně pokud vím, v zařizování, hodně v komunikaci s ostatními. Ohledně jednoho pacienta musí vyřídit spoustu věcí, protože po vzniklém onemocnění mají dlouhodobé následky. Hlavně řeší prvopobyty, ty nemají nic zařízené, je to hodně náročné. A my pak už vidíme jen to, že jde pacient zpátky domů. My handicapovaného naučíme chodit, soběstačnost, ale ona mu zařídí a pomůže, že může jít zpátky domů, připraví ho na pobyt doma, poradí mu. Ne každý by to mohl dělat. Musí mít praxi a zkušenosti, poradí se i s námi a to se mi líbí, že přijde, zeptá se, aby si udělala obrázek, jak to vidíme my, jestli se jeho zdravotní stav bude lepší nebo horší.*“ (I1) *„Náročnost vidím v komunikaci s pacienty, rodinou, různými zařízeními, nadacemi. Je to hodně v komunikaci, je prostředníkem mezi pacientem a ostatními institucemi i rodinou.*“ (I5) *„V čem je náročná? Hlavně asi v komunikaci. Musí umět komunikovat s pacientem na jiné úrovni, psychické,*

sociální. Musí se mu umět v komunikaci přizpůsobit. Komunikuje s jeho rodinou. Nejhorší je, když nejsou vstřícní a nespolupracují. Je to hlavně v komunikaci vůbec, musí umět prosadit své věci u ostatních.“ (I2)

I2, I5 a I7 dále ještě vnímají náročnost profese zdravotně sociální pracovnice z hlediska organizace práce, nutnosti neustálého sledování legislativních změn a jejich uplatnění a využití v praxi. *„Musí se vzdělávat v zákonech, které se často mění, a je jimi při své práci omezena.“ (I2)* *„Je hlavně náročná na multidisciplinaritu, musí mít přehled ve všech oblastech. Má ale na to ten tým. Musí mít přehled o všem. Pro mě by byl horor stále se vzdělávat v legislativě, je to pro ni náročné. Náročné ubdaty jsou obměňující se legislativa, komunikace s rodinou a pečujícími.“ (I7)*

I4 vidí ještě náročnost profese v hrozícím syndromu vyhoření: *„všechny problémy jdou na hlavu zdravotně sociální pracovnice. Hrozí syndrom vyhoření. Řeší všechno a někdy i vztahy v rodině pacienta. Já řeším jen fyzickou stránku, jestli bude třeba pacient chodit a ona řeší všechno ostatní. Musí si umět udržet odstup a být profesionální. Hodně věcí se řeší přes ní a ne s těmi, se kterými by se to třeba řešit mělo.“*

I6 vnímá profesi zdravotně sociální pracovnice jako celkově náročnou: *„je náročná hlavně v administrativní činnosti, vyřizuje za pacienty mnoho věcí. Je celkově náročná, je tady mnohdy nad rámec své pracovní doby a podřizuje se rodinám pacientů, podle toho jak za ním jezdí.“*

Třetím dílčím cílem druhého řádu je:

DC 1.3 Zjistit, jaké změny na stávajícím nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovnice jednotliví členové multidisciplinárního týmu navrhnou, v čem by je případně doplnili.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 3 (TO3). U otázky TO3 jsem identifikovala kategorii **návrh změn v nastavení kompetencí** zdravotně sociální pracovnice ze strany členů multidisciplinárního týmu **ke zlepšení praxe.**

Odpovědi na tuto otázku byly převážně stručné. Většina informantů žádné změny v oblasti kompetencí nenavrhovala, ani by je o žádnou další kompetenci nedoplnila.

„Je to hodně těžké na to odpovědět. Myslím si, že naše zdravotně sociální pracovnice je velmi erudovaná ve všech směrech, má velký přehled. Nevím, co bych víc doplnila, co by ještě měla umět, vědět a znát.“ (I1) „Nic bych asi neměnila. Myslím, že má veliké znalosti a dovednosti a dlouholeté zkušenosti. Naše zdravotně sociální pracovnice je hodně aktivní a zajímá se o pacienty“ (I3) „Tady bych asi nic nenavrhovala. Myslím, že zdravotně sociální pracovnice je plně kompetentní pro svoji práci a pacienti dostávají maximum.“ (I6)

Pouze I4 všeobecně vyzdvihuje celkově nutnost neustálého vzdělávání a zdůrazňuje vzdělání v psychologii: *„vždycky je dobré jich mít více. Mít více znalostí a dovedností pro výkon své profese, stále se vzdělávat a mít jich více, to je ale v každém oboru. Zdůraznila bych vzdělání v psychologii, správný psychologický přístup k pacientovi, jako nadstavbu bych zdůraznila sociální citění, empatii apod.“*

I7 by také žádné další kompetence zdravotně sociálnímu pracovníkovi nepřidával, spíše by se jim snažil jejich náročnou profesi nějakým způsobem usnadnit. Neuvedl však jakým způsobem: *„že bychom jim přidávali kompetence? Tak to ne. Mají toho hodně. Jedině, že bychom jim to usnadnili, v práci. Přidali peníze, ubrali hodiny. Kdyby se posílilo ze zákona kolik toho má za pacienta udělat, aby to bylo dané. Jestli by to usnadnilo práci, těžko říct.“*

Shrnutí DC1

V rámci DC1 jsem identifikovala následující kategorie:

- **znalost kompetencí**
- **náročnost profese z hlediska kompetencí**
- **návrh změn v nastavení kompetencí ke zlepšení praxe**

Znalost kompetencí

Jak jsem již uvedla, většina dotazovaných měla alespoň částečnou znalost týkající se kompetencí zdravotně sociální pracovnice. Všichni se shodli na nutnosti odborného vzdělání. Uváděli vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Mezi kompetence týkající se znalostí, dovedností, vědomostí, schopností opět všichni informanti jmenovali znalost legislativy, důležitost neustálého sledování změn, využití těchto znalostí v praxi a vzdělávání. Zdůrazňovali nutnost znalosti problematiky v sociální

oblasti, znalost v oblasti sociálních služeb a dávek, přehled o různých institucích, organizacích, nadacích a pobytových službách nejen pro handicapované a následné poradenství. I2, I3 a I4 uvedli jako další kompetenci provádění sociálního šetření, nahlížení do dokumentace pacienta, odebrání sociální anamnézy a její následné vyhodnocení a adekvátní pomoc pacientovi. Všichni informanti se také shodli na tom, že by zdravotně sociální pracovnice měla mít komunikační schopnosti a dovednosti a to nejen s pacienty, jejich blízkými a ostatními kolegy v multidisciplinárním týmu, ale i s úřady, institucemi. Z důvodu uceleného komplexního odborného poradenství většina dotazovaných také zdůrazňovala vedle znalostí v sociální oblasti znalost zdravotní problematiky, psychologie. Dále jmenovali organizační schopnosti, schopnost zvládat stres a to zejména z důvodu náročné komunikace. I7 ještě uvedl tzv. lidské kompetence, mezi něž patří například schopnost empatie, vstřícnost a umění naslouchat.

Náročnost profese z hlediska kompetencí

Všichni informanti se shodli, že práce zdravotně sociální pracovnice je nejvíce náročná z hlediska komunikace a to nejen s pacienty a jejich rodinami, ale i s úřady, institucemi a všemi členy multidisciplinárního týmu, především pokud pacient nespolupracuje. I2, I5 a I7 týmu vnímají náročnost z hlediska organizace práce, nutnosti neustálého sledování změn v oblasti zákonných norem a jejich následného využití v praxi. I4 vidí náročnost profese v hrozícím syndromu vyhoření a to zejména vzhledem k náročné komunikaci. I6 shledává profesi zdravotně sociální pracovnice jako celkově náročnou také z hlediska administrativy a zdůrazňuje ještě časovou náročnost.

Návrh změn v nastavení kompetencí pro zlepšení praxe

Většina informantů žádné změny v oblasti kompetencí nenavrhují, ani by je o žádnou další kompetenci nedoplňovali. Shledávají kompetence zdravotně sociální pracovnice jako dostačující. Pouze I4 však zdůrazňuje všeobecně celkově nutnost neustálého vzdělávání a připomíná důležitost vzdělání v oblasti psychologie. I7 by se snažil spíše profesi zdravotně sociálního pracovníka usnadnit, avšak neuvedl jakým způsobem.

8.2 Interpretace vztahující se k DC2

DC 2 Zjistit, jak vnímají členové multidisciplinárního týmu v současné době postavení, zdravotně sociální pracovníce v týmu a jaké navrhuji změny ke zlepšení praxe.

Pomocí tohoto dílčího cíle jsem chtěla zjistit vnímání postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu ostatními členy týmu a návrh změn ke zlepšení praxe.

K tomuto zjištění jsem použila 2 dílčí cíle druhého řádu:

- DC 2.1 Zjistit, jaké má zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu postavení v porovnání s ostatními profesemi.
- DC 2.2 Zjistit, jaké změny v postavení zdravotně sociální pracovníce navrhuji členové multidisciplinárního týmu ke zlepšení praxe.

Prvním dílčím cílem druhého řádu je:

DC 2.1 Zjistit, jaké má zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu postavení v porovnání s ostatními profesemi.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 4 (TO4). U otázky TO4 jsem identifikovala kategorii **postavení** zdravotně sociální pracovníce **v multidisciplinárním týmu** v porovnání s ostatními profesemi.

Všichni členové multidisciplinárního týmu se shodli, že postavení zdravotně sociální pracovníce je na dobré úrovni. Uváděli, že je pro tým tato profese nepostradatelná, nezastupitelná a velmi důležitá. Je nedílnou součástí týmu. „*Má v hodně důležité postavení. Bez zdravotně sociální pracovníce by to bylo velmi ztížené, hlavně pobyt pacienta tady. Je takový prostředník mezi pacientem a ostatními institucemi, i rodinou.*“ (I5) „*Pro náš tým je hodně důležitá, má důležité postavení, řešíme s ní ty pacienty, ale dokáže poradit i nám.*“ (I1) „*Každá jiná profese se v týmu částečně překrývá, je velmi důležitá, jsou rovnocennými partnery. Sociálně zdravotní pracovník je trochu jiná odbornost, je nezastupitelná, jiná odbornost ho není schopna zastoupit, jako např. fyzioterapeut dokáže částečně zastoupit ergoterapeuta a naopak. Jejich práce je dost jiná a přitom pro svou práci potřebují ostatní z týmu.*“

A také musí navíc řešit a zohledňovat při své práci a respektovat specifika onemocněných pacientů.“ (I4)

Téměř všichni členové týmu také shodně odpověděli, že má zdravotně sociální pracovnice v porovnání s ostatními profesemi rovnocenné postavení. *„Myslím si, že je to velmi rovnocenný vztah s ostatními profesemi, že význam zdravotně sociální pracovnice v týmu stále narůstá, tím jak přibývají pacienti s mnoha problémy. Zejména ti naši s tělesným postižením potřebují pomoc se sociálním začleněním do běžného života, profesního života i rodinného života.“ (I4)* *„Ravnocenné, určitě, je nedílnou součástí týmu. Jinak by to nemělo vůbec smysl, to určitě.“ (I2)* *„Má naprosto rovnocenné postavení. Zažila jsem, že byla jinde odsunuta na druhou kolej až za lékaři – psychiatry a ostatními. Tady to tak nevnímám. Jinde to tak není. Třeba na psychiatrii, tam je to odstupňované. Tady je to parádní, tak jak to má být.“ (I7)* Pouze I6 uvedl: *„nejvyšší postavení v týmu má primář a lékaři a pod nimi jsou ostatní profese a s nimi je na stejné úrovni.“*

Druhým dílčím cílem druhého řádu je:

DC 2.2 Zjistit, jaké změny v postavení zdravotně sociální pracovnice navrhuji členové multidisciplinárního týmu ke zlepšení praxe.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 5 (TO5). U otázky TO5 jsem identifikovala kategorii **návrh změn v postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu** ze strany jednotlivých členů multidisciplinárního týmu **ke zlepšení praxe**.

Všechny odpovědi informantů na tuto otázku byly celkem stručné. Ani jeden ze členů multidisciplinárního týmu nenavrhuje změny. Všichni se shodli, že jim to takto vyhovuje, nic zásadního by neměnili, a že týmová spolupráce, tak jak je nastavená, funguje dobře. *„Nic zásadního bych neměnila. Tak jak je tým nastavený, tak funguje.“ (I3)* *„Asi nenavrhuji žádné. To postavení je dobré, i lékaři v našem týmu ji respektují i její názor. Občas to však vidí jinak, že to není její starost, ale ona se ještě dál stará a snaží se co nejvíc pacientovi pomoci. Myslím, že by jich tu mělo být v léčbě víc ještě alespoň o jednu nebo dvě. Tady je to dobré, je respektovaným a nezastupitelným členem týmu.“ (I4)*

Shrnutí DC2

V rámci DC2 jsem identifikovala následující kategorie:

- **postavení v multidisciplinárním týmu**
- **návrh změn v postavení v týmu ke zlepšení praxe**

Postavení v multidisciplinárním týmu

Všichni členové multidisciplinárního týmu shodně odpověděli, že má zdravotně sociální pracovnice velmi důležité postavení v týmu a je jeho nedílnou součástí. Dále zdůrazňovali nepostradatelnost a nezastupitelnost této profese. Téměř všichni informanti se také shodli na rovnocenném postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu v porovnání s ostatními profesemi, že je respektovaným členem. Pouze I7 uvedl, že vyšší postavení v týmu má primář a lékař, poté si jsou ostatní členové rovnocenní.

Návrh změn v postavení v týmu ke zlepšení praxe

Všichni členové multidisciplinárního týmu se zde shodli, že jim nastavení týmové spolupráce vyhovuje tak jak je. Žádné změny v postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu ani jiné změny nenavrhovali. Postavení zdravotně sociální pracovnice je rovnocenné a takto to vnímají jako dobře nastavené.

8.3 Interpretace vztahující se k DC3

DC 3 Zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu vnímají v současné době náplň práce zdravotně sociální pracovnice a jaké navrhují změny ke zlepšení praxe.

Pomocí třetího dílčího cíle jsem chtěla zjistit, jak vnímají jednotliví členové multidisciplinárního týmu náplň práce zdravotně sociální pracovnice.

K tomuto zjištění jsem použila 4 dílčí cíle druhého řádu:

- DC 3.1 Zjistit, jak znají členové multidisciplinárního týmu náplň práce zdravotně sociální pracovnice.

- DC 3.2 Zjistit, jak je práce zdravotně sociální pracovnice přínosná pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu
- DC 3.3 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty.
- DC 3.4 Zjistit, jaké změny členové multidisciplinárního týmu navrhují a v čem by případně doplnili pracovní náplň zdravotně sociální pracovnice ke zlepšení praxe.

Prvním dílčím cílem druhého řádu je:

DC 3.1 Zjistit, jak znají členové multidisciplinárního týmu náplň práce zdravotně sociální pracovnice.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 6 (TO6). U otázky TO6 jsem identifikovala kategorii **znalost náplně práce** zdravotně sociální pracovnice ze strany členů multidisciplinárního týmu.

Při odpovědích na tuto otázku se členové multidisciplinárního týmu více rozpovídali. Náplň práce zdravotně sociální pracovnice znali poměrně dobře. Všichni shodně uváděli, že se jedná zejména o odborné poradenství nejen pacientům a jejich blízkým, ale i zaměstnancům léčebny. Jmenovali nejvíce poradenství týkající se dávek, důchodů, vybavení pomůckami. *„Zabývá se hlavně sociálně právním poradenstvím, pomáhá pacientům zařizovat všechny sociální dávky, seznamuje je s možnostmi, které jim současná legislativa nabízí, zprostředkovává kontakt s institucemi, státní správou i jinými organizacemi jako jsou např. úřady, ale i banky, pomáhá pacientům s žádostmi. Poskytuje poradenství i rodinným příslušníkům. A jedná za pacienta tak, aby jeho návrat do domácího prostředí byl možný a pokud to nelze tak aby měl náhradní prostředí s poskytnutou adekvátní péčí.“* (I6)

Dále se shodli, že se na základě životní situace pacienta s ohledem na jeho onemocnění podílí velkou měrou na jeho propuštění, kam bude propuštěn a na zajištění následné sociální a zdravotní péče. *„Její náplní práce je podpora a pomoc pacientům,“* (I3) Stejně jako v DC 1 zdůrazňovali komunikaci s blízkými pacientů, neboť jim předává mnoho informací, týkajících se možností pacienta po propuštění. *„Hlavně jedná s pacienty a jejich rodinami, pomáhá jim vyřizovat sociální dávky, důchody, průkazky pro zdravotně postižené a podobně. Pomáhá*

pacientům při návratu do domácího prostředí, pokud to tedy je možné, pomáhá mu zajistit sociální služby. Spolupracuje, co se týká pomůcek. Když se rodina pacienta nehlásí a nemůže se vrátit zpátky domů, zajišťuje jim umístění v nějakém sociálním zařízení, domově důchodců, ústavu sociální péče a podobně.“ (I2)

Dotazovaní také sdělovali, že do náplně práce patří i spolupráce s ostatními poskytovateli služeb, s úřady práce i městskými úřady, s firmami, které zajišťují pomůcky. S nadacemi ohledně financí. *„Zabývá se komplexně sociální situací pacienta – zařizuje dávky, zjišťuje, jestli je třeba žádat o nové příspěvky, jak se mění, usnadní návrat domů, vymýšlí nejlepší klíčky pro lidi, aby se mohli vrátit domů. Kolikrát se snaží vymýšlet a přemlouvat rodiny, aby si vzali pacienta domů. Není to úplně běžné. U nás je zdravotně sociální pracovnice úžasná a není to tak jinde. U nás je nedílná součástí péče. Kolikrát je to i o poskytnutí informací a kontaktů co dál, protože nic jiného pacienti nepotřebují.“ (I7)*

Druhým dílčím cílem druhého řádu je:

DC 3.2 Zjistit, jak je práce zdravotně sociální pracovnice přínosná pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 7 (TO7). U otázky TO7 jsem identifikovala kategorii **přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu.**

Všichni informanti shodně uvedli, že důležitost profese zdravotně sociální pracovnice pro svoji práci vnímají v tom, že se od ní dozvědí podrobnější informace o domácím prostředí, ze kterého pacient pochází, dozvědí se, kam bude odcházet pro propuštění. *„Pro mě je důležité, aby byl pacient po sociální stránce zajištěný tak, aby to doma zvládl. Zajímá mě, kam se vrací, záleží mi na tom. My spolu komunikujeme často. Zdravotně sociální pracovnice mi také zjistí podrobnou sociální anamnézu pacienta. Já jí nemám možnost zjistit tak dopodrobna, ona mě informace doplní. Hlavně, když má pacient afázii a vážne komunikace a porozumění.“ (I1)* *„Mám ucelený pohled na pacienta a vím, kam půjde po propuštění z léčebny, o jeho umístění.“(I2)*

Dozví se informace, jestli péči zajistí rodina, nebo zda pacient odejde do pobytového zařízení sociálních služeb nebo na následnou ošetrovatelskou péči do dalšího

zdravotnického zařízení. Jaké, sociální služby bude využívat, o jaké dávky bude moci požádat. Dostanou informaci, jestli bude moci po propuštění pokračovat v další léčbě. V případě potřeby kontaktuje rodiny a předává od nich informace členům týmu a zpětně informace od nich rodinám. I3 také uvedl, že je pro jeho profesi také důležitá z hlediska informovanosti o změnách v legislativě: „*informuje nás o legislativě, jak máme postupovat, jaká máme oprávnění. Tím nám vlastně pomáhá, dokáže nám poradit.*“

Třetím dílčím cílem druhého řádu je:

DC 3.3 Zjistit, v čem vnímají členové multidisciplinárního týmu přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 8 (TO8). U otázky TO8 jsem identifikovala kategorii **přínos práce** zdravotně sociální pracovnice **pro klienty/pacienty**.

Z odpovědí všech informantů je patrné, že přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro pacienty vidí především jako zdroj informací a pomoci v sociální oblasti ohledně sociálních dávek, služeb a orientace v legislativě. „*Pro pacienty je důležité, že vědí, co s nimi bude dál, že budou zajištěni, dává jim spoustu informací týkajících se jejich sociálních problémů.*“ (I2) „*Pro pacienty je přínosná tím, že jim poskytuje informace týkající se sociálně právní oblasti, zařídí příspěvky, dávky. Zařídí jim průkazky pro zdravotně postižené, domácí pečovatelskou službu, aby se mohli vrátit do upraveného domácího prostředí.*“ (I5)

Dále se shodli, že dokáže pacienty uklidnit, že zvládnou návrat do domácího prostředí bez větších obtíží, že bude o ně postaráno, že budou mít finance a zajištěné služby na pobyt doma. „*Přínosem pro pacienta je, že bude moci fungovat s handicapem bez větších problémů, bude žít dál. Bude fungovat dál a v rámci svých možností si užívat života. Pacienti si lámou hlavu, jak to doma zvládnou a ona je ujistí, že ano. Každý z nás s pacientem řešíme něco jiného, logoped řeč, fyzioterapeut chůzi, cvičení, ergoterapeut nácvik soběstačnosti A ona to s ním probere komplexně, jak to bude doma.*“ (I4) „*Podává jim spoustu informací a tím je uklidňuje, že to doma zvládnou pomocí sociálních dávek, příspěvků a služeb. Informuje taky rodinu pacientů, protože mnohdy je v místě bydliště neinformují, jsou neinformovaní a neví.*“

Její informovanost pro pacienty je na výborné úrovni. A taky hodně dělá nad rámec své práce“ (I6)

I7 nezapomněl připomenout důležitost lidského přístupu a profesionality: *„Úplně hlavní přínos je zdroj informací od zdravotně sociální pracovnice, informace, se kterými si nedokáže pacient ani rodina poradit, na jaké příspěvky mají nárok, orientace v legislativě. Je to benefit a je úžasné, že tady někdo takový je, a že s tím pomůže a někdo to udělá, ta lidská podpora, to profesní, člověk to potřebuje slyšet od profesionála. Má to větší váhu, když to řekne odborník, uklidní je to víc. Mají zde velký nadstandart. Pacienti se na ní můžou kdykoliv i mimo hospitalizaci obrátit.“*

Přínos dotazování vnímají také v její komunikaci s blízkými pacientů. Podává jim informace o různých možnostech, aby se o něho chtěli a mohli postarat v jeho přirozeném prostředí. *„Všechno řeší s pacientem, ale i jeho rodinou. Všechno se snaží zařídit tak, aby to doma zvládli. Co vím, tak když je to potřeba, tak kvůli rodině pacienta přijede i odpoledne po pracovní době nebo i o víkendech.“ (I1)*
„Je ochotná přijít i mimo pracovní dobu kvůli rodině.“ (I3)

Čtvrtým dílčím cílem druhého řádu je:

DC 3.4 Zjistit, jaké změny členové multidisciplinárního týmu navrhují a v čem by případně doplnili pracovní náplň zdravotně sociální pracovnice ke zlepšení praxe.

Ke zjištění odpovědi jsem použila tazatelskou otázku číslo 9 (TO9). U otázky TO9 jsem identifikovala kategorii **návrh změn v náplni práce** zdravotně sociální pracovnice ze strany členů multidisciplinárního týmu **ke zlepšení praxe**.

Většina informantů navrhuje, aby měla zdravotně sociální pracovnice pracovní místo přímo na oddělení a byla tak blíže pacientům. *„Měla by být více přítomna na oddělení. Měla by mít možnost být více se zdravotnickým personálem, aby měla více možnost podívat se na pacienta, jak co zvládá, soběstačnost, chuť, jak spolupracuje a nemusela se doptávat ostatních členů týmu. Naštěstí tady dobře tým funguje. Záleží na osobnosti zdravotně sociální pracovnice, jak se zajímá, má jasno v tom, co je důležité. Ta naše taková je. Měla by tady mít své zázemí a mít svůj*

vyhrazený čas na oddělení a tím by měla větší přehled. Práce s pacienty je čím dál těžší, sociální politika složitější, potřebují více poradit v jejich složité situaci.“ (I2)

I3 vnímá problém hlavně v tom, že zdravotně sociální pracovnice nemůže nerušeně pracovat s pacientem a jeho rodinou, zejména při řešení velmi osobních záležitostí. *„Měla by mít nějakou kancelář na oddělení. Pokud je něco potřeba ihned vyřešit, třeba hned po týmu, aby tady měla dostupný telefon a mohla volat mimo léčebnu ohledně pacienta a hned nás mohla informovat. Aby měla klid, když s ním něco projednává. Teď to s ním projednává na pokoji, kde je další pacient, nemá soukromí. I na jídelně, stále je něco ruší při práci, na chodbě. Nemá možnost si s pacientem na oddělení někde sednout, nemá klid na práci, nemá zázemí. Neslyšela jsem, že by byla někdy naštvaná, vždy je usměvavá a vstřícná, má dobrou náladu. Má kancelář u vstupu do léčebny, ale na oddělení místnost nemá.“*

Informanti I6 a I7 také navrhují, aby se v Hamzově odborné léčebně zvýšil počet zdravotně sociálních pracovníků. *„Mělo by tady být více zdravotně sociálních pracovníků, protože jejich práce je hodně náročná. Aby měli dostatek času, aby se mohli pacientům věnovat tak, jak chtějí sami nejlíp.“ (I6)* *„To co všechno dělá ona sama, by měli dělat alespoň tři.“ (I7)*

I1, I4, I5 a I7 shodně uvedli, že by na náplni práce zdravotně sociální pracovnice nic neměnili. *„V čem bych její náplň práce doplnila? Asi v ničem. Myslím, že dělá všechno, to co je třeba.“ (I1)* *„Já nevím, opravdu nevím, přijde mi, že toho dělá dost. Dělá všechno co je potřeba. Nevidím žádnou oblast, která by byla vynechaná.“ (I5)*

I4 by sice uvedla, že žádné změny nenavrhuje, avšak by dala zdravotně sociálním pracovníkům v praxi možnost, aby mohli více ovlivňovat zákonodárce při vzniku zákonů a měli možnost podávat návrhy na změny zákonů: *„spíše bych po nich žádala, aby dostali a měli právo navrhnout sami změny, tak jak to jejich práce přináší. Podávali informace z praxe, měli možnost podávat návrhy na změnu zákonů a bylo to po nich i žádáno, aby tu fungovala informovanost z terénu, aby měli možnost ovlivnit navrhovatele zákona a ti by to od nich měli žádat a měli by to být také schopni obhájit ve prospěch pacienta. Navrhnout změny a tím i třeba zabránit zneužívání sociálních zákonů a právních předpisů, což se tady i děje, taky aby pomohli pacientům a ne se zde zneužívali, není to ale úplně odstranitelné. Mám zkušenost, když za něčím člověk jde, tak lze něco změnit. A ministerstvo samo by mělo*

vyžadovat informace z terénu, nelze to dělat od stolu, jinak může dojít ke zneužívání. Důležitá je zpětná vazba z ministerstva, kde to vše vzniká, aby měli zpětnou vazbu z terénu, to je důležité.“

I7 také žádné změny nenavrhoval, spíše by se jim snažil práci ulehčit a dal jim větší možnost při budování kariéry: *„spíš tak, aby jim to práci ulehčilo. Já nevím, jestli mají nějaký program jako centrální databázi, kde by byly všechny potřebné informace. Musí neustále vyhledávat informace. Není to úplně reálné a možné v lidských silách. Je to roztráštěné a vyhledávání informací je náročné. Bylo by dobré, aby byla databáze, kde by ty informace byly všechny dostupné. Nevím, jak je to u nich kariéerně. Nevím, jestli mají možnost dále stoupat po žebříčku a kam by mohly stoupat., kam směřovat, protože je to práce tak brutálně demotivační a náročná. Třeba já si můžu udělat atestaci, je to osobnostní, že jsem něco dalšího dokázala.“*

Shrnutí DC3

V rámci DC3 jsem identifikovala následující kategorie:

- **znalost náplně práce**
- **přínos práce pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu**
- **přínos práce pro klienty/pacienty**
- **návrh změn v náplni práce pro zlepšení praxe**

Náplň práce

Všichni informanti se na otázku, zda znají náplň práce zdravotně sociální pracovnice, rozpovídali. Náplň práce zdravotně sociální pracovnice znali poměrně dobře. Všichni shodně uváděli, že se jedná zejména o odborné poradenství týkající se nejvíce sociálních dávek, důchodů, vybavení pomůckami apod. Shodli se, že zdravotně sociální pracovnice poskytuje poradenství nejen pacientům a jejich blízkým, ale i zaměstnancům léčebny. Dále uváděli, že na základě životní situace pacienta, zejména s ohledem na jeho onemocnění, se podílí velkou měrou na jeho propuštění.

Dotazovaní také sdělovali, že do náplně práce patří i spolupráce s ostatními poskytovateli služeb, s úřady práce, městskými úřady, s nadacemi a firmami, které

zajišťují pomůcky. Zdůrazňovali komunikaci s blízkými pacientů, kterým předávají informace týkající se dalších kroků po propuštění pacienta.

Přínos práce pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

Z odpovědí všech informantů je patrné, že vnímají důležitost profese zdravotně sociální pracovníce pro svoji práci v získání podrobnějších informací o domácím prostředí pacienta. Dozvědí se, kam bude odcházet pro propuštění. Jsou informováni, zda péči zajistí rodina, nebo jestli odejde do pobytového zařízení sociálních služeb, nebo na následnou ošetrovatelskou péči do dalšího zdravotnického zařízení. Dozví se, jaké sociální služby bude pacient využívat, o jaké dávky bude moci požádat. Dostanou informaci, jestli bude moci po propuštění pokračovat v další léčbě. V případě potřeby kontaktuje rodiny a předává od nich informace členům týmu a zpětně informace od nich rodinám. I3 navíc uvedl, že je pro jeho profesi, ale i ostatních členů také důležitá z hlediska informovanosti o změnách v legislativě.

Přínos práce pro klienty/pacienty

Všichni informanti se shodli, že přínos práce zdravotně sociální pracovníce pro pacienty vnímají především jako zdroj informací a pomoci v sociální oblasti ohledně sociálních dávek, služeb a orientace v legislativě. Shodli se také na tom, že dokáže pacienty uklidnit, aby zvládli návrat do domácího prostředí bez větších obtíží. Ujistí pacienty, že o ně bude postaráno a budou mít finance a zajištěné služby při pobytu doma. I7 nezapomněl připomenout důležitost lidského přístupu a profesionality. Přínos dotazovaní vnímají také v komunikaci zdravotně sociální pracovníce s blízkými pacientů. Podává jim informace o různých možnostech, aby se o něho chtěli a mohli postarat v jeho přirozeném prostředí.

Návrh změn v náplni práce ke zlepšení praxe

Většina informantů shodně navrhuje, aby měla zdravotně sociální pracovníce pracovnu přímo na oddělení a byla tak blíže pacientům. I3 vnímá problém hlavně v tom, že zdravotně sociální pracovníce nemá klid na práci a nemůže nerušeně pracovat s pacientem a jeho rodinou, zejména při řešení velmi osobních záležitostí.

I1, I4, I5 a I7 shodně uvedli, že by na náplni práce zdravotně sociální pracovníce nic neměnili. I4 by sice uvedla, že žádné změny nenavrhuje, avšak by dala zdravotně

sociálním pracovníkům v praxi možnost, aby mohli více ovlivňovat zákonodárce při vzniku zákonů a měli možnost podávat návrhy na změny zákonů. I7 by se snažil práci zdravotně sociálním pracovníkům usnadnit a to zejména v dostupnosti získávání informací. Dal by jim větší možnost při budování kariéry. Informanti I6 a I7 také navrhuje, aby se v Hamzově odborné léčebně zvýšil počet zdravotně sociálních pracovníků. U všech těchto návrhů se však nejednalo přímo o změnu v náplni práce zdravotně sociální pracovnice, ale spíše o připomínky týkající se usnadnění a zkvalitnění práce.

8.4 Interpretace vztahující se k DC4

DC4 Komparovat pohledy zdravotně sociální pracovnice se členy multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech.

Pomocí posledního dílčího cíle jsem porovnala pohled zdravotně sociální pracovnice s pohledy ostatních členů multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech.

V rámci DC4 popíši následující kategorie:

- **znalost kompetencí zdravotně sociální pracovnice**
- **náročnost profese zdravotně sociální pracovnice z hlediska kompetencí**
- **návrh změn v nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovnice ke zlepšení praxe**
- **postavení zdravotně sociální pracovnice v multidisciplinárním týmu**
- **návrh změn v postavení zdravotně sociální pracovnice v multidisciplinárním týmu ke zlepšení praxe**
- **znalost náplně práce zdravotně sociální pracovnice**
- **přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu**
- **přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty**
- **návrh změn v náplni práce zdravotně sociální pracovnice ke zlepšení praxe**

Znalost kompetencí zdravotně sociální pracovníce

Zdravotně sociální pracovníce mi sdělila, že si myslí, že většina jejich kolegů má jasno v jejich kompetencích. Všichni její kolegové věděli, že musí mít odborné vzdělání a to vyšší odborné nebo vysokoškolské. Uvedla shodně jako ostatní informanti, že základ její práce tvoří znalost legislativy, přenos informací z legislativy do praxe, komunikační schopnosti a dovednosti nejen s pacienty a jejich blízkými, ale i s úřady, kde se často potýká s nepochopením ze strany úředníků. K velmi zásadní kompetenci řadí: *„schopnost organizace práce, která je nezbytná při počtu pacientů (rozmístěných na 5 pavilónech), kterým něco zajišťuji.“* Jako další kompetenci uvedla: *„schopnost zvládat stres bez možnosti supervize, která není organizací zajišťována.“* Stejně jako většina informantů zmínila nutnost neustálého vzdělávání a sledování změn legislativy. Dále ještě zmínila: *„schopnost spolupráce s ostatními kolegy a úředníky. V neposlední řadě je základní znalost zdravotní problematiky, tak aby odborné poradenství bylo zaměřeno komplexně na daný typ zdravotního omezení a také výborná orientace v problematice na pomezí zdravotního a sociálního systému.“*

Také mi sdělila, že v rozhovorech našla několikrát zmínku, že pacienty zastupuje při vyřizování dávek. Vyvrátila to slovy: *„zastupuji je jen ve výjimečných případech, když opravdu nikoho nemají, na základě jejich plné moci. Většinou pacientů zajišťuji věci tím, že je vedu k něčemu, co jim náleží a že jim zajišťuji a poskytuji náležitě informace.“*

Na závěr zdravotně sociální pracovníce uvedla důležitost správného vedení dokumentace. V podstatě se dá říci, že se zdravotně sociální pracovníce s ostatními informanty na otázce týkající se jejich kompetencí shodli.

Náročnost profese zdravotně sociální pracovníce z hlediska kompetencí

Zdravotně sociální pracovníce se s informanty také shodla na tom, že jako nejnáročnější z hlediska kompetencí vnímá schopnost se domluvit, organizovat si efektivně práci a také sledovat změny v legislativě. Zdravotně sociální pracovníce ještě toto doplnila: *„bez nějakých odborných školení a bez odborného vedení.“* Dále ještě uvedla: *„obtížné je také uhlídat si návaznost informací z jednotlivých oborů a oblastí, správně je provázat a zahrnout do celku, tak, abych mohla pomoci*

pacientovi komplexně.“ I4 navíc uvedl, že u této náročné profese hrozí syndrom vyhoření a to právě vzhledem k náročné komunikaci. I6 navíc odpověděl, že náročnost profese zdravotně sociální pracovníce vidí také z hlediska administrativy a zdůrazňuje ještě časovou náročnost.

Postavení zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu

Všichni členové multidisciplinárního týmu shodně odpověděli, že profese zdravotně sociální pracovníce v týmu je velmi důležitá, nezastupitelná a nepostradatelná. Samotné zdravotně sociální pracovníci její postavení v multidisciplinárním týmu vyhovuje. Shodla se s ostatními informanty na jejím rovnocenném postavení v týmu: *„moje postavení v rámci multidisciplinárního týmu je naprosto pro mě vyhovující, zřejmě i pro mé kolegy. Vnímám, že je naprosto rovnocenné s ostatními.“*

Návrh změn v postavení zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu ke zlepšení praxe

Všichni členové multidisciplinárního týmu včetně zdravotně sociální pracovníce se shodli, že jim nastavení týmové spolupráce vyhovuje tak jak je. Žádné změny v postavení zdravotně sociální pracovníce v týmu nenavrhovali. Podle sdělení informantů je postavení zdravotně sociální pracovníce rovnocenné a takto to vnímají jako dobře nastavené. Zdravotně sociální pracovníce uvedla: *„nic bych určitě neměnila.“*

Znalost náplně práce zdravotně sociální pracovníce

Zdravotně sociální pracovníce uvedla: *„náplň práce znají moji kolegové poměrně dobře, vědí, že se jedná o poradenství o dávkách, o dýchodech, o některých typech pomůcek, že se podílím na propouštění pacienta – tedy kam bude propuštěn, jak bude mít zajištěnou péči, jak zdravotní, tak i sociální, to vše na základě posouzení životní situace pacienta ve vztahu k jeho onemocnění. Komunikuji s blízkými pacientů, nabízím možnosti péče, zajišťuji nutný přísun informací a ujišťuji, že všechno se dá zvládnout. Spolupracuji s nejrůznějšími poskytovateli služeb, s úřady práce i městskými úřady, s firmami, které zajišťují pomůcky, s nadacemi ohledně financí.“* Dále mi sdělila, že spolupracuje s právníky ohledně odškodnění úrazů a s notáři ohledně pacientů, kteří v léčebně zemřeli. S některými informanty se shodla, že

součástí náplně práce je i poradenství v sociální oblasti zaměstnancům léčebny. Navíc ještě uvedla účast na vzdělávacích akcích a vedení dokumentace.

Přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

Zdravotně sociální pracovnice shodně s ostatními informanty potvrdila, že přínos své práce pro ostatní členy týmu vnímá v podrobném podání informací o prostředí, ze kterého pacient pochází. Dozvědí se, kam bude odcházet, zda péči zajistí rodina, nebo odejde do pobytového zařízení sociálních služeb, či na následnou ošetrovatelskou péči do dalšího zdravotnického zařízení. Dostanou informaci, jaké bude mít pacient doma prostředí, o jaké dávky bude moci požádat a jaké sociální služby bude využívat. V případě potřeby kontaktuje rodiny, předává informace od nich a zpětně informace od personálu rodinám. K tomuto ještě uvedla: *„díky těmto informacím se přizpůsobuje i délka pobytu pacienta, nastavení jeho procedur, kolegové mohou vidět pacienta ve více souvislostech, což je vždy ku prospěchu. Tím spíše, že se jedná často o pacienty s poruchou komunikace.“*

Přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty

Na přínos své práce pro klienty/pacienty mi zdravotně sociální pracovnice odpověděla: *„domnívám se, a kolegové ve svých odpovědích mi to potvrzují, že pro pacienty jsem především zdroj informací. Informací provázaných, které by těžko zjišťovali na jednotlivých úřadech. Smyslem mojí práce je především uklidnit pacienty ve smyslu, že bude o ně postaráno, že budou mít finance a zajištěné služby na pobyt doma a tím se lépe mohou soustředit na rehabilitaci a další indikované procedury. Pro pacienty je i hodně důležitá moje komunikace s jejich blízkými, práce na tom, aby se o pacienta chtěli a mohli postarat v jeho přirozeném prostředí. Dokladem toho je, že jen absolutní minimum pacientů od nás odchází do domovů nebo LDN.“*

Návrh změn v náplni práce zdravotně sociální pracovnice ke zlepšení praxe

Zdravotně sociální pracovnice uvedla: *„sama za sebe bych svoji náplň práce neměnila, jsem s ní maximálně spokojená pro její různorodost, tím spíš, že zahrnuje poradenství nejen pro dospělé, ale i pro dětské pacienty. Je to náplň, která je založená na absolutní samostatnosti pracovníka, který ale přesto pracuje v systému“.*

Co však navrhuje většina informantů je, že by bylo lepší mít pracovnu na oddělení, být blíže pacientům, mít na starosti pacientů menší počet. Zdravotně sociální pracovnice na toto sdělení reagovala takto: *„vzhledem k tomu, že musím docházet na pět pavilónů, vyhovuje mi mít kancelář s kolegyněmi, kde se alespoň každé ráno vidíme a probereme ty nejdůležitější věci ohledně pacientů, popř. legislativních změn. To je nesmírně důležité kvůli naší zastupitelnosti.“* Zároveň však připustila, že na pavilónech má opravdu problém najít místo, kde bych mohla s pacientem nebo rodinou nerušeně pracovat, zvláště když se řeší hodně osobní záležitosti. Dále mi sdělila: *„pro mě je problém technického zabezpečení – nemáme mobilní telefony, nemůžu tedy zařizovat věci přímo od pacientů z pavilónu. Způsob vedení dokumentace se nám zjednodušil koncem loňského roku, kdy jsme dostaly každá notebook, který mi usnadňuje na pavilónech vyhledávání informací a zápisy do dokumentace.“*

Někteří informanti navrhovali zvýšit počet zdravotně sociálních pracovníků v léčebně. Dle názoru zdravotně sociální pracovnice by to bylo určitě ku prospěchu, ale je to věc ekonomiky zaměstnavatele. Jako vhodné řešení by viděla toto: *„za sebe bych se klonila k tomu, aby začali v terénu fungovat zdravotně sociální pracovníci při městských úřadech, na které bych se já mohla obrátit a předala jim pacienta s vědomím, že ten člověk je v péči odborníka s komplexním pohledem na věc, který ho dále povede světem dávek a výhod a také služeb v místě bydliště.“*

Shrnutí DC4

V kategoriích znalost kompetencí a náplně práce se potvrdil fakt, že členové multidisciplinárního týmu mají alespoň částečnou znalost kompetencí zdravotně sociální pracovnice a znají poměrně dobře její náplň práce.

V kategoriích týkajících se náročnosti profese zdravotně sociální pracovnice z hlediska kompetencí, její postavení v multidisciplinárním týmu, přínos její profese pro práci jednotlivých členů týmu a pro klienty/pacienty uváděla zdravotně sociální pracovnice téměř shodné odpovědi s ostatními informanty.

U kategorie návrh změn v nastavení kompetencí a v postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu nebyly ze strany členů týmu ani samotné zdravotně sociální

pracovnice navrhovány žádné změny. Vnímají její kompetence jako dostačující. Zdravotně sociální pracovnice by uvítala možnost vzdělávat se v legislativních změnách s odborníkem z praxe. Všem členům týmu vyhovuje současné nastavení týmové spolupráce. Shledali postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu v porovnání s ostatními profesemi jako rovnocenné. U kategorií návrh změn v náplni práce zdravotně sociální pracovnice již nějaké změny pro zlepšení praxe navrhovány byly, zejména ze strany členů multidisciplinárního týmu. Jednalo se ale spíše o připomínky týkající se usnadnění a zkvalitnění práce. Většina informantů navrhuje, aby měla zdravotně sociální pracovnice pracovnu na oddělení. Jí samotné vyhovuje mít společnou kancelář s kolegyněmi, kde každé ráno konzultují nejdůležitější věci ohledně pacientů, a proto se mohou zastoupit. Zároveň připustila, že na pavilónech nemá místo, kde by mohla s pacientem nebo rodinou nerušeně pracovat, zvláště při řešení velmi osobních záležitostí. Dále mi sdělila problém v technickém zabezpečení, kdy nemá mobilní telefon a nemůže zařizovat věci hned přímo u pacientů z pavilónu a musí jít do společné kanceláře. Uvedla, že způsob vedení dokumentace se jim zjednodušil. Každá dostala notebook pro usnadnění vyhledávání informací a zápisů do dokumentace. Zdravotně sociální pracovnice uvedla, že sama za sebe by náplň práce neměnila, vyhovuje jí pro různorodost, samostatnost i práce v systému. Někteří informanti navrhovali zvýšit počet zdravotně sociálních pracovníků v léčebně. Dle zdravotně sociální pracovnice by to bylo ku prospěchu, ale je to věc ekonomiky zaměstnavatele. Jako vhodné řešení navrhl, aby v terénu fungovali zdravotně sociální pracovníci při městských úřadech, na které by se mohla obrátit a předat jim pacienta s tím, že mu v místě bydliště poskytnou další poradenství, pomoc a podporu.

8.5 Shrnutí výzkumné části

Prostřednictvím prvního dílčího cíle jsem chtěla zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu v současné době znají nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovnice, v čem by nastavení kompetencí změnili. K tomuto zjištění jsem použila tři dílčí cíle druhého řádu. Zaměřila jsem se na znalost členů multidisciplinárního týmu týkající se nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovnice, v čem vnímají náročnost její profese z hlediska kompetencí a v čem by nastavení kompetencí změnili. Všichni informanti měli alespoň částečnou znalost

týkající se kompetencí. Shodli se na nutnosti odborného vzdělání (vyšší odborné nebo vysokoškolské), znalosti v oblasti stále se měnící legislativy a jejich následné využití v praxi. Z důvodu uceleného komplexního odborného poradenství většina dotazovaných zdůrazňovala vedle znalostí v oblasti sociální a zdravotní problematiky také poskytování odborného poradenství, schopnost provádět sociální šetření, práce s dokumentací pacienta, odebrání sociální anamnézy a její následné vyhodnocení a poskytnutí adekvátní pomoci. Rovněž shodně uvedli komunikační schopnosti a dovednosti a to nejen s pacienty, jejich blízkými a ostatními kolegy v multidisciplinárním týmu, ale i s úřady, institucemi. Dále jmenovali organizační schopnosti, schopnost zvládat stres a to zejména z důvodu náročné komunikace. Náročnost profese zdravotně sociální pracovnice členové týmu nejvíce vnímali z hlediska komunikace, to nejen s pacienty a jejich rodinami, ale i s úřady, institucemi a všemi členy multidisciplinárního týmu. Náročnost spatřovali také z hlediska organizace práce, administrativy, nutnosti neustálého sledování změn v oblasti zákonných norem a jejich následného využití v praxi a v časové náročnosti. Jeden z informantů mi sdělil, že vidí riziko v hrozícím syndromu vyhoření a to právě k již zmíněné náročnosti komunikace. Žádný z informantů v oblasti kompetencí nenavrhoval změny, ani žádnou další kompetenci nedoplňoval. Shledali kompetence zdravotně sociální pracovnice jako dostačující.

V dílčím cíli dva jsem se snažila zjistit, jak vnímají členové multidisciplinárního týmu v současné době postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu a jaké navrhuje změny ke zlepšení praxe. K tomuto zjištění jsem použila dva dílčí cíle druhého řádu. Všichni členové multidisciplinárního týmu shodně popisovali postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu jako velmi důležité, nepostradatelné a nezastupitelné. Většinou se shodli (kromě jednoho) na jejím rovnocenném postavení v týmu v porovnání s ostatními profesemi. Všichni uváděli, že je respektovaným členem týmu. Žádné změny v postavení zdravotně sociální pracovnice v týmu ani jiné změny nenavrhovali. Shodně uváděli, že jim nastavení týmové spolupráce v nynějším nastavení vyhovuje.

Pomocí třetího dílčího cíle jsem chtěla zjistit, jak členové multidisciplinárního týmu vnímají v současné době náplň práce zdravotně sociální pracovnice a jaké navrhuje změny ke zlepšení praxe. Všichni informanti znali náplň práce zdravotně sociální

pracovnice poměrně dobře. Shodně jmenovali odborné poradenství týkající se nejvíce sociálních dávek, důchodů, vybavení pomůckami apod. Uvedli, že poradenství poskytuje nejen pacientům a jejich blízkým, ale i zaměstnancům léčebny. Dále uváděli, že se velkou měrou podílí na propuštění pacienta na základě jeho životní situace a spolupracuje s ostatními poskytovateli služeb, s úřady práce, městskými úřady, nadacemi apod. Komunikuje s blízkými pacientů a předává jim informace, týkající se možností pacienta po propuštění. Na otázku ohledně přínosu práce zdravotně sociální pracovníce pro jednotlivé profese v týmu všichni informanti uváděli přínos zejména v získání podrobnějších informací o pacientovi a v předávání informací od rodiny a zpětně informací od nich rodinám. Jeden z dotazovaných ještě uvedl důležitost z hlediska informovanosti o změnách v legislativě. Na otázku ohledně přínosu práce zdravotně sociální práce pro klienty/pacienty informanti shodně uváděli jako hlavní přínos zdroj informací a pomoci v sociální oblasti a v legislativě. Přínos vnímají v uklidnění pacienta, že zvládne návrat do domácího prostředí bez větších obtíží, v její komunikaci s blízkými pacientů a předávání informací. Co se týká oblasti návrhu změn v náplni práce, nebyly navrhovány žádné zásadní změny. Jednalo se spíše o návrhy a připomínky ohledně usnadnění a zkvalitnění práce. Většina informantů shodně navrhuje, aby měla zdravotně sociální pracovníce pracovnu, své zázemí přímo na oddělení a to z důvodu nerušené práce a zachování soukromí při práci s pacientem a jeho rodinou. Jeden z informantů navrhoval, aby měli zdravotně sociální pracovníci z praxe možnost podávat připomínky a návrhy na změny zákonů. Další by se snažil usnadnit práci v lepší dostupnosti a získávání informací, větší možnost při budování kariéry. Dva dotazovaní navrhli zvýšit počet zdravotně sociálních pracovníků v léčebně.

Pomocí posledního čtvrtého dílčího cíle jsem chtěla porovnat pohled zdravotně sociální pracovníce s pohledy ostatních členů multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech. V kategoriích znalost kompetencí a náplně práce zdravotně sociální pracovníce potvrdila fakt, že členové multidisciplinárního týmu mají alespoň částečnou znalost kompetencí a znají poměrně dobře její náplň práce. V oblastech týkajících se náročnosti profese zdravotně sociální pracovníce z hlediska kompetencí, postavení zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu, přínos její profese pro práci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu a pro klienty/pacienty uváděla zdravotně sociální pracovníce téměř shodné odpovědi s

ostatními členy týmu. V oblastech návrh změn v nastavení kompetencí a v postavení zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu nebyly ze strany členů týmu ani samotné zdravotně sociální pracovníce navrhovány žádné změny. U kategorií návrh změn v náplni práce zdravotně sociální pracovníce již nějaké změny pro zlepšení praxe navrhovány byly, zejména ze strany členů multidisciplinárního týmu. Jednalo se ale spíše o připomínky týkající se usnadnění a zkvalitnění práce. Většina informantů navrhuje, aby měla zdravotně sociální pracovníce pracovnu na oddělení. Jí samotné vyhovuje mít společnou kancelář s kolegyněmi, z důvodu vzájemných konzultací a zastupitelnosti. Zároveň připustila, že na pavilónech nemá místo, kde by mohla s pacientem nebo rodinou nerušeně pracovat. Dále vnímá problém v technickém zabezpečení. Nemá mobilní telefon a nemůže zařizovat věci hned přímo u pacientů. Zdravotně sociální pracovníce uvedla, že by náplň práce neměnila a vyhovuje jí. Návrh některých informantů se týkal zvýšení počtu zdravotně sociálních pracovníků v léčebně, s čímž se zdravotně sociální pracovníce ztotožňuje. Jako vhodné řešení navrhla fungování zdravotně sociálních pracovníků při městských úřadech, kterým by mohla pacienta po propuštění předat a kteří poskytnou pacientovi další poradenství, pomoc a podporu.

Diskuse a závěr

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to z části teoretické a výzkumné. Ve své práci jsem se snažila obě tyto části provázat tak, aby část teoretická byla dobrým výchozím teoretickým podkladem pro výzkumnou část práce.

Hlavním cílem mé práce bylo popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé z perspektivy členů týmu. Domnívám se, že stanoveného hlavního cíle bylo dosaženo, a to prostřednictvím čtyř dílčích cílů a devíti dílčích cílů druhého řádu.

K získání údajů jsem využila kvalitativní výzkumnou strategii. S informanty jsem vedla polostrukturované rozhovory. Domnívám se, že kvalitativní výzkumná strategie se osvědčila, jelikož vzhledem k vytyčenému cíli je patrné, že pro mou práci byly rozhodující názory a postoje jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v Hamzově odborné léčebně. Rozhovory jsem vedla s jednotlivými členy týmu, včetně zdravotně sociální pracovnice, u které jsem následně provedla komparaci jejich pohledů s pohledy ostatních členů týmu v jednotlivých oblastech.

Šlo mi o subjektivní vnímání, pohledy, názory a myšlenky informantů. Jsem přesvědčena, že při využití kvantitativní výzkumné strategie by bylo výzkumně náročnější a časově složitější najít dostatečný počet multidisciplinárních týmů, které by byly svým složením z odborníků různých profesí podobné, tak aby to mohlo posloužit ke kvantitativnímu zobecňování a vyhodnocování. Každý tým je svým složením a zaměřením specifický. V kvalitativní výzkumné strategii vnímám ale také určité nevýhody. Nevýhodu spatřuji v časové náročnosti sběru dat a následném doslovném přepisu rozhovorů. Za riziko výzkumu z mé strany vnímám to, že dobře znám zkoumanou problematiku. Hrozila možnost mého ovlivnění dotazovaných z pozice tazatele. Z tohoto důvodu jsem se snažila nezasahovat do odpovědí informantů. Výhodu lze naopak vnímat v tom, že jsem sama jedním z členů multidisciplinárního týmu, své kolegy – informanty dobře znám a je mi také velmi dobře známé prostředí, kde výzkum probíhal. Rozhovory probíhaly bez nervozity a v klidné atmosféře.

Multidisciplinární péče o klienty/pacienty ve zdravotnictví, jak ukazuje praxe, je velmi důležitá a nevyhnutelná zejména z důvodu uceleného pohledu na problémy klienta a následné poskytnutí komplexní péče. V rámci multidisciplinárního týmu v Hamzově odborné léčebně na neurologickém rehabilitačním oddělení - pavilonu A spolupracují odborníci různých profesí, jako je lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, zdravotně sociální pracovník, psycholog, logoped a sestra se specializací pro logopedii. Zajištění spolupráce všech těchto odborníků umožňuje ucelenou péči o nemocného. Hlavní cíl směřuje ke komplexnímu řešení klientovi situace s ohledem na podmínky jeho sociálního prostředí. Důležitým předpokladem pro dobře fungující spolupráci v tomto týmu je, jak se shoduje několik autorů, vysoká odbornost, profesionalita, kvalitní, fungující a otevřená komunikace mezi jednotlivými členy, vzájemná znalost kompetencí, rozdělení rolí, rovnocenné postavení, flexibilní rozhodování a respektování společného cíle.

Cílem mé práce bylo popsat a reflektovat roli zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na neurologickém rehabilitačním oddělení v Hamzově odborné léčebně pro děti a dospělé z perspektivy členů týmu. Výzkumem jsem došla k závěru, že všichni členové multidisciplinárního týmu vnímají profesi zdravotně sociální pracovníce pro tým jako velmi důležitou, nepostradatelnou a nezastupitelnou. Vnímají jí jako profesionála s lidským přístupem, bez kterého by nebyla možná komplexní ucelená péče o pacienta. V porovnání s ostatními profesemi má rovnocenné postavení, je respektovaným členem. Nastavení týmové spolupráce tak jak je, vyhovuje všem členům týmu včetně zdravotně sociální pracovníce. Žádné změny nebyly v tomto ohledu navrhovány.

Důležitým předpokladem dobře fungující spolupráce jednotlivých členů v multidisciplinárním týmu je také vzájemná znalost kompetencí a náplně práce. Všichni informanti měli alespoň částečnou znalost týkající se kompetencí zdravotně sociální pracovníce. Shodli se na nutnosti odborného vzdělání, znalostech v oblasti sociální a zdravotní problematiky, legislativy a jejich využití v praxi. Z důvodu ucelené komplexní péče většina dotazovaných zdůrazňovala odborné poradenství, schopnost zjistit sociální anamnézu, provádět sociální šetření, práci s dokumentací pacienta a následné vyhodnocení a poskytnutí adekvátní pomoci. Také shodně uvedli komunikační schopnosti a dovednosti s pacienty, jejich blízkými, úřady, institucemi a ostatními členy v týmu. Dalším předpokladem jsou organizační schopnosti,

schopnost zvládat stres a to zejména z důvodu náročnosti profese z hlediska komunikace. A právě náročnost profese zdravotně sociální pracovnice členové týmu nejvíce vnímali z hlediska komunikace. Jeden z informantů vnímal náročnost komunikace jako riziko syndromu vyhoření. Náročnost spatřovali také z hlediska organizace práce, administrativy, nutnosti neustálého sledování změn v oblasti zákonných norem. Žádný z informantů v oblasti kompetencí nenavrhoval změny. Shledali kompetence zdravotně sociální pracovnice jako dostačující. V oblasti náplně práce zdravotně sociální znali dotazovaní náplň práce zdravotně sociální pracovnice poměrně dobře. Shodně uváděli na prvním místě poskytování odborného poradenství pacientům, jejich blízkým, ale i zaměstnancům léčebny. Dále uváděli, že se velkou měrou podílí na propuštění pacienta na základě jeho životní situace, spolupráci s ostatními poskytovateli služeb, úřady, institucemi, nadacemi, komunikaci s blízkými pacientů a předávání informací. Přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro jednotlivé profese v týmu všichni informanti vnímali zejména v získání podrobnějších informací o pacientovi a v předávání informací od rodiny a zpětně vazby od nich rodinám. Jako hlavní přínos práce zdravotně sociální pracovnice pro klienty/pacienty informanti shodně uváděli zdroj informací a pomoc v sociální oblasti a v legislativě. Dalším přínosem je pomoc pacientovi zvládnout návrat do domácího prostředí bez větších obtíží a stresu. Vnímali opět přínos v komunikaci s blízkými pacientů a předávání informací. Žádné zásadní změny v oblasti náplně práce zdravotně sociální pracovnice nebyly navrhovány. Jednalo se spíše o návrhy a připomínky týkající se usnadnění a zkvalitnění práce. Většina informantů navrhuje, aby měla zdravotně sociální pracovnice pracovnu, své zázemí přímo na oddělení z důvodu nerušené práce a zachování soukromí při práci s pacientem a jeho rodinou. Někteří informanti ještě jednotlivě navrhovali usnadnění práce v lepší dostupnosti a získávání informací. Dle informantů by bylo přínosem, aby zdravotně sociální pracovníci podávali z praxe připomínky a návrhy na změny zákonů. Navrhovali též zvýšit počet zdravotně sociálních pracovníků v léčebně.

Z důvodu lepšího zmapování výzkumného cíle byla provedena komparace pohledu zdravotně sociální pracovnice s pohledy ostatních členů multidisciplinárního týmu v jednotlivých oblastech. Zdravotně sociální pracovnice potvrdila, že všichni členové týmu mají alespoň částečnou znalost jejích kompetencí a její náplň práce znají poměrně dobře. Náročnost své profese z hlediska kompetencí, své postavení

v multidisciplinárním týmu, přínos své profese pro práci jednotlivých členů týmu a pro klienty/pacienty vnímala zdravotně sociální pracovnice téměř shodně s ostatními členy týmu. V oblastech návrh změn v nastavení kompetencí a v postavení v multidisciplinárním týmu nebyly ani ze strany samotné zdravotně sociální pracovnice navrhovány žádné změny. U kategorie týkající se změn v náplni práce zdravotně sociální pracovnice již nějaké změny pro zlepšení praxe navrhovány byly a to zejména ze strany členů týmu. Jednalo se ale spíše o připomínky týkající se usnadnění a zkvalitnění práce s pacienty. Několikrát padl návrh, aby měla zdravotně sociální pracovnice své zázemí na oddělení. Jí vyhovuje mít společnou kancelář s kolegyněmi z důvodu zastupitelnosti a vzájemných konzultací. Připustila však, že na pavilónech nemá místo, kde by mohla s pacientem a jeho blízkými nerušeně pracovat. Sama vnímá problém v technickém zabezpečení, vybavení mobilním telefonem. Nemůže řešit pacientovi problémy přímo u něho. Dalším návrhem informantů bylo zvýšení počtu zdravotně sociálních pracovníků v léčebně. S tímto návrhem zdravotně sociální pracovnice souhlasí. Navrhla, aby na městských úřadech pracovali zdravotně sociální pracovníci, kteří by se pacientům věnovali po propuštění a poskytovali jim další poradenství, pomoc a podporu.

Jak jsem již uvedla v úvodu, domnívám se, že tato práce by mohla být přínosem a inspirací hlavně pro ostatní kolegy pracující v multidisciplinárním týmu, nebo pro ty, kteří multidisciplinární tým teprve zakládají a uvažují o tom, že jedním z jeho členů má být právě profese zdravotně sociálního pracovníka. Z hlediska poskytování ucelené péče o pacienty ve zdravotnictví, je právě role zdravotně sociálního pracovníka nepostradatelná a nezastupitelná. Tato práce by mohla být přínosem také pro Hamzovu odbornou léčebnu. Z provedeného výzkumu vyplynuly některé návrhy členů multidisciplinárního týmu ke zlepšení praxe a zkvalitnění péče o pacienty. V neposlední řadě byla přínosem i pro mě, jako pro studenta oboru sociální práce. Přestože nezastupuji v multidisciplinárním týmu profesi zdravotně sociálního pracovníka, potvrdil se mi můj názor, že je tato profese jako profesionála z důvodu ucelené péče o klienta velmi důležitá. A pro správné fungování multidisciplinárního týmu je stejně jako ostatní profese jeho nedílnou součástí, zejména z důvodu komplexního posouzení životní situace klienta včetně jeho sociálního prostředí, vyhodnocení plánu péče a pomoci a následně profesionálně, adekvátně poskytnuté pomoci a podpory.

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| TABULKA 1: TRANSFORMAČNÍ TABULKA | 47 |
|--|----|

Seznam použité literatury:

Publikace:

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-x.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORVÁTHOVÁ, Petra. *Týmy a týmová spolupráce*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2008. 200 s. ISBN 978-80-7357-390-4.

JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014.

JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, s. 163-193. ISBN 80-736-7002-X.

JANÍKOVÁ, Hana. *Týmová spolupráce. Krok k pochopení – další vzdělávání pracovníků v sociálních službách*. Pardubice: Benepal, 2013. Brožura.

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 199 s. ISBN 80-247-0592-3.

KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, Oldřich, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, s. 89- 109. ISBN 80-736-7002-X.

KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, ISBN 978-80-7464-290-6.

KRÜGER, Wolfgang. *Vedení týmů: jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0780-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva, MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. 96 s. ISBN 978-80-7368-987-2.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MOJTOVÁ, Martina. *Sociální práce v zdravotnictví*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel: *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 132 s. ISBN 978-80-7435-109-9.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

PINKASOVÁ, Hana. Multidisciplinární péče. In: MACKOVÁ, Marie, ed. *Multidisciplinární tým: sborník z odborné konference s mezinárodní účastí* : Brno 27.4.2006. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 48 s. ISBN 80-7013-437-2.

RENONTIEROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2003. 85 s. ISBN 80-244-0532-6

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 75 s. ISBN 80-85850-00-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TROJAN, Stanislav, DRUGA, Rastislav, PFEIFFER, Jan, VOTAVA, Jiří. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001. 226 s. ISBN 80-247-0031-X.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN: 80-246-0708-5

ZAHRÁDKOVÁ, Eva. *Teambuilding – cesta k efektivní spolupráci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 173 s. ISBN 80-7367-042-9.

Časopisy:

HUBERTOVIÁ, Anna. Příklady dobré praxe v sociální práci ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. *Listy sociální práce: informační a odborný časopis (nejen) pro sociální pracovníky*. 2015, roč. 3, č. 3, s. 9-11. ISSN 2336-2332.

JANKOVSKÝ, Jiří. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2007, roč. 7, č. 1, s. 97-105. ISSN: 1213-6204

MUSIL, Libor. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2008, roč. 8, č. 2, s. 60 – 79. ISSN: 1213-6204

ZITA. Josef. Binární imaginace sociální práce. Sociální práce jako „tichá“ profese, nebo morfogenetická společenská instituce?. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2008, roč. 8, č. 2, s. 80 – 89. ISSN: 1213-6204

Zákony:

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 105/2011 Sb., zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích. [online]. [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. [online]. [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2.9.2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Internetové zdroje:

ABZ: slovník cizích slov. [online]. 2015 [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/multidisciplinari>

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. Osud koordinované rehabilitace. In: *mpsv.cz* [online]. 17.10.2011 [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé. Historie. *O léčebně* [online]. 2015a [cit. 14.08.2015]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé. Výroční zprávy. Výroční zpráva 2014. *O léčebně* [online]. 2014 [cit. 14.08.2015]. Dostupné z: http://www.hamzova-lecebna.cz/obrazky/dokumenty/vyrocní_zpravy/Vroni_zprava_2014_-_web_-_konena_verze.pdf

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé. Zdravotně sociální péče. *Poskytovaná péče* [online]. 2015b [cit. 14.08.2015]. Dostupné z: <http://www.hamzova-lecebna.cz/cz/p/zdravotne-socialni-pecce-1/>

LINHARTOVÁ, Věra. Týmová práce je efektivnější. In: *Linkos.cz* [online].10.06.2013 [cit. 25.09.2015]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/aktualne-odbornikum/tymova-prace-je-efektivnejsi/>

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po nabytí účinnosti „malé novely“. *Registr. Info o registraci*. [online]. Poslední změna 21.09.2015 [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=fce4dd08-ca37-4b57-957e-cb49ef568640&groupId=10122

Ostravská univerzita. Zdravotně sociální pracovník 5345R031 (bakalářský prezenční). *Fakulta sociálních studií* [online]. Poslední změna 17.10.2011 [cit. 25.09.2015]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/index.php?id=10260>

Portál Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé. Dokumenty. *Popis pracovní funkce zdravotně sociálního pracovníka*. [online]. 2015 [cit. 02.09.2015]. Dostupné z: http://portal.hamzova-lecebna.cz:9081/lwp/myworkplace!/ut/p/_s.7_0_A/7_0_2RE?pdmAction=pdmViewDocument&pdmReqDocID=formul%C3%A1%C5%99e+a+tiskopisy%2Fpopisy+pracovn%C3%AD+funkce%2F%C3%9Asek+o%C5%A1.+p%C3%A9%C4%8De%2Fzdr.soc.prac_BOD.doc&pdmLogin=true#7_0_2RI

Vysoká škola polytechnická v Jihlavě. O katedře *Katedra sociální práce* [online]. Poslední změna: 17. 02. 2016 11:20 [cit. 20.02.2016]. Dostupné z: <https://ksp.vspj.cz/o-katedre>

Seznam příloh

Příloha A: Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Hamzově odborné léčebně

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantkou č. 7

Příloha A: Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Hamzově

odborné léčebně

Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka (Portál, 2015):

- provádí složité zdravotně sociálních činností bez odborného dohledu, například posuzování životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům na základě údajů ze zdravotnické dokumentace a poznatků z lékařských a sesterských vizit. Zajišťuje zdravotní podmínky a pomůcky pro pacienty, příprava pacientů pro ústavní péči a pro zařízení sociální intervence,
- podílí se na přípravě propouštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- zajišťuje sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- provádí sociální šetření, včetně zjišťování způsobu platby regulačních poplatků,
- komunikuje s rodinou a notářem kvůli pozůstalosti, podklady pro účetní oddělení
- komunikuje s rodinou kvůli přeplatkům, podklady pro účetní oddělení,
- poskytuje zdravotně sociální péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy,
- vede zdravotnickou dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů,
- poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí,
- řídí se pracovním a organizačním řádem léčebny, provozním řádem pracoviště,
- zabezpečuje základní sociální agendy, včetně zajišťování standardní dokumentace. Řeší sociálně právní problémy klientů, zajišťuje informace a odborné podklady pro sociální práci, včetně jejich zpracování,
- vykonává své povolání v rozsahu a způsobem stanoveným ministerstvem zdravotnictví po dohodě s profesními organizacemi,
- v případě potřeby poskytuje pomoc i zaměstnancům léčebny,

- dle potřeby spolupracuje s obecními a městskými úřady, ústavy sociální péče, se středisky poradenství,
- v případě potřeby zprostředkovává kontakt se sociální pracovníci v místě bydliště klienta,
- zpracovává a vyhodnocuje dotazníky spokojenosti pacientů a vyhodnocení testu podle FIM (Functional Independence Measure – test hodnocení soběstačnosti),
- připravuje odborné besedy s pacienty Hamzovy léčebny,
- účastní se seminářů, školení a dalších forem vzdělávání,
- poskytuje neprodleně laickou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem,
- zachovává mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byla této povinnosti zproštěna nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu, tím není dotčena povinnost oznamovat určité skutečnosti uložené zdravotnickým zaměstnancům zvláštními předpisy,
- respektuje práva nemocných,
- dodržuje platné směrnice, příkazy a metodické pokyny Hamzovy léčebny,
- realizuje a podporuje program kontinuálního zvyšování kvality,
- mimo výše uvedeného je dále zaměstnanec povinen podle pokynů a instrukcí přímého nadřízeného plnit všechny další úkoly, uložené mu v souladu s platnými předpisy, které jsou nutné k úplnému zabezpečení činnosti svěřeného úseku a léčebny.

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantkou č. 7

TO1: Jaké kompetence má zdravotně sociální pracovnice?

I7: „Musí mít vzdělání a přehled v legislativě. Stále se vzdělávat, protože se často mění. Musí mít komunikační dovednosti. Zastupuje pacienta, jak je to přesně ale nevím. Nahlíží do vyšetření, do dokumentace, sama dělá sociální šetření, sociální anamnézu. Může se vyjádřit k pomůckám, bytové situaci Hlavně updaty jsou v tom, jak se mění a aktualizuje legislativa. Musí mít kontakty – vytvořenou sociální síť institucí, organizací. Měla by mít vysokoškolské vzdělání, minimálně Bc. Měla by mít lidské kompetence, předpoklady – měla by být empatická, vstřícná, naslouchající, praktická, aby si uměla představit, co ten pacient bude potřebovat, odolná vůči stresu kvůli komunikační náročnosti.“

TO2: V čem je profese zdravotně sociální pracovnice z hlediska kompetencí náročná?

I7: „Je hlavně náročná na multidisciplinaritu, musí mít přehled ve všech oblastech. Má ale na to ten tým. Musí mít přehled o všem. Pro mě by byl horor stále se vzdělávat v legislativě, je to pro ni náročné. Náročné ubdaty jsou obměňující se legislativa, komunikace s rodinou a pečujícími. Kolikrát chce pacient a rodina něco jiného. Takže asi toto. Primárně to není úplně dobře zajištěné, když se podívám, kolik tu máme pacientů a kolik zdravotně sociálních pracovníků.“

TO3: Jak byste stávající nastavení kompetencí zdravotně sociální pracovnice změnili, v čem byste je případně doplnili?

I7: „Že bychom jim přidávali kompetence? Tak to ne. Mají toho hodně. Jedině, že bychom jim to usnadnili, v práci. Přidali peníze, ubrali hodiny. Kdyby se posílilo ze zákona kolik toho má za pacienta udělat, aby to bylo dané. Jestli by to usnadnilo práci, těžko říct.“

TO4: Jaké má zdravotně sociální pracovnice postavení, v multidisciplinárním týmu v porovnání s ostatními profesemi?

I7: „Úplně neocenitelné, tým se bez toho neobejde. Respektive lidský rozměr, že nás to zajímá, ta péče o pacienta, více by nás to teoreticky nemuselo zajímat, neskutečný zdroj informací pro mě, lékaře, fyzioterapeuty a ostatní. Pro mě pak, že k pacientům,

ke kterým bych se nedostala, tak mi o nich řekne. Má naprosto rovnocenné postavení. Zažila jsem, že byla jinde odsunuta na druhou kolej až za lékaři – psychiatry a ostatními. Tady to tak nevnímám. Jinde to tak není. Třeba na psychiatrii, tam je to odstupňované. Tady je to parádní, tak jak to má být.“

TO5: Jaké změny v postavení zdravotně sociální pracovníce v multidisciplinárním týmu navrhuje ke zlepšení praxe?

I7: *„Mělo by to být rovnocenné a tady to je. Je to o lidech, je to o kompetencích. Pokud je nekompetentní, tak její důležitost klesá.“*

TO6: Jaká je náplň práce zdravotně sociální pracovníce (čím se zabývá)?

I7: *„Zabývá se komplexně sociální situací pacienta – zařizuje dávky, zjišťuje, jestli je třeba žádat o nové příspěvky, jak se mění, usnadní návrat domů, vymýšlí nejlepší klíčky pro lidi, aby se mohli vrátit domů. Kolikrát se snaží vymýšlet a přemlouvat rodiny, aby si vzali pacienta domů. Není to úplně běžné. U nás je zdravotně sociální pracovníce úžasná a není to tak jinde. U nás je nedílná součást péče. Kolikrát je to i o poskytnutí informací a kontaktů co dál, protože nic jiného pacienti nepotřebují.“*

TO7: V čem je práce zdravotně sociální pracovníce přínosná pro Vaši práci?

I7: *„Je pro mě zdroj informací, jak jsem již říkala. Já primárně nepracuji s rodinou, ale pacientem. Je to pro mě důležité. Kolikrát kontaktuji zdravotně sociální pracovníci já, abych věděla více informací. Kolikrát kontaktuje ona mě, když se vyvrbí nějaký problém, třeba i psychický. Hodně řeším, abych věděla, do jakého jde klient prostředí, co bude muset řešit, jaké problémy a kam ho mám směřovat, pomůže mi získat informace také tam, kde není u pacienta nastavení života reálné. Indikace pacientů a zdroj informací, to je hlavní nezastupitelný zdroj. Mám informace o rodinném zázemí. Hodně se domýšlím, ale bez ní by se mi pracovalo hodně těžko. Pacient to kolikrát vidí jinak, je to neurologické oddělení. Pro mě je to stěžejní profese. Lékař není pro mě tak důležitý jako zdravotně sociální pracovník a logoped.“*

TO8: V čem je práce zdravotně sociální pracovníce přínosná pro klienty?

I7: *„Úplně hlavní přínos je zdroj informací od zdravotně sociální pracovníce, informace, se kterými si nedokáže pacient ani rodina poradit, na jaké příspěvky mají*

nárok, orientace v legislativě. Je to benefit a je úžasné, že tady někdo takový je, a že s tím pomůže a někdo to udělá, ta lidská podpora, to profesní, člověk to potřebuje slyšet od profesionála. Má to větší váhu, když to řekne odborník, uklidní je to víc. Mají zde velký nadstandart. Pacienti se na ní můžou kdykoliv i mimo hospitalizaci obrátit. Je to náročné kvůli duševní psychohygieně. I ti pacienti, kteří se tady opakují pořád potřebují s něčím poradit.“

TO9: Jak byste náplň práce zdravotně sociální pracovnice změnili ke zlepšení praxe, v čem byste jí doplnili?

I7: *„Já mám model, že zdravotně sociální pracovnice je pro nás nedocenitelná. Její práce je náročná. Nevím, jak se jim komunikuje v praxi, jak to funguje. Já vím, co tu máme za zlato. Mám to asi zkreslené. Mám i jinou zkušenost z psychiatrie, kde je sociální práce upozaděná. Jak to mám nastavené tady, je to nejlepší. A jak bych náplň zdravotně sociální pracovnice změnila, v čem doplnila? Asi nijak. Spíš tak, aby jim to práci ulehčilo, aby jich tu bylo víc. Já nevím, jestli mají nějaký program jako centrální databázi, kde by byly všechny potřebné informace. Musí neustále vyhledávat informace. Není to úplně reálné a možné v lidských silách. Je to roztržité a vyhledávání informací je náročné. Bylo by dobré, aby byla databáze, kde by ty informace byly všechny dostupné. To co všechno dělá ona sama, by měli dělat alespoň tři. Nevím, jak je to u nich kariéerně. Nevím, jestli mají možnost dále stoupat po žebříčku a kam by mohly stoupat., kam směřovat, protože je to práce tak brutálně demotivační a náročná. Třeba já si můžu udělat atestaci, je to osobnostní, že jsem něco dalšího dokázala. Kolikrát tu je i mimo pracovní dobu, po odpolednech, o víkendech – v sobotu. A není to tu dobře vyřešené, co se týká jejího zázemí. Lepší by bylo, kdyby byla uprostřed léčebny a byla blíž k pacientům a nebyla až při jejím vstupu.“*