



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

INOVACE SOCIÁLNÍHO ODDĚLENÍ VYBRANÉ OKRESNÍ NEMOCNICE.

Bakalářská práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Autor: Kristýna Šimová
Vedoucí práce: Mgr. Daniela Ochmannová

Olomouc 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 30. 4. 2023

Kristýna Šimová

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí mé práce, paní Mgr. Daniele Ochmannové za její obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytla. Poděkování také patří celé mé rodině za podporu ve studiu.

Obsah

Úvod.....	13
1 Sociální pracovník ve zdravotnictví.....	15
1.1 Popis pracovních činností	15
1.2 Předpoklady k výkonu profese.....	15
1.3 Faktory ztěžující výkon sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	16
1.4 Kvalita sociální práce ve zdravotnictví	16
2 Sociálně-zdravotní oblast v teoriích sociální práce.....	17
2.1 Paradigmatické uchopení sociálně-zdravotní práce.....	17
2.2 Ekologický přístup ve zdravotně-sociální práci.....	18
2.2.1 Mikro úroveň ekologického přístupu.....	20
2.2.2 Mezzo úroveň ekologického přístupu	21
2.2.3 Case management, propojení mikro a mezzo úrovně ekologického přístupu	21
2.2.4 Makro úroveň ekologického přístupu	22
3 Sociálně-zdravotní práce v kontextu sociální politiky	25
3.1 Oblast sociální politiky, zdravotní politika státu	25
3.2 Nástroje zdravotní politiky.....	25
3.3 Přístupy sociální politiky	26
3.4 Principy sociální politiky	27
3.4.1 Princip subsidiarity	27
3.4.2 Princip participace	28
3.5 Funkce sociální politiky	28
3.6 Sociální služby	28
3.7 Sociální dávky pro seniory.....	29
4 Sociálně-zdravotní oblast v kontextu humanitární práce.....	31
4.1 Lékaři bez hranic, MSF.....	31
4.2 Mezinárodní výbor Červeného kříže – International committee of the Red Cross	31
5 Sociálně-zdravotní oblast v legislativě a koncepčních dokumentech	33
5.1 Sociálně-zdravotní pracovník v rámci zákona o sociálních službách.....	33
5.2 Sociálně-zdravotní pracovník v rámci zákona o nelékařských zdravotnických povolání.....	34
5.3 Sociálně-zdravotní pracovník v rámci vyhlášky o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.....	35
5.4 Další podpůrné zákony v sociálně-zdravotní práci	36
5.5 Vnitřní předpis nemocnice	36
5.6 Etické kodexy a etika v sociálně-zdravotní práci.....	36
6 Rešerše zdrojů	39

7	Analýza potřebnosti.....	43
7.1	Příčiny problému a jeho důsledky/dopady na cílovou skupinu (v obecné rovině) a společnost obecně	43
7.2	Příklady řešení dané problematiky (v projektech či činnostech) v ČR nebo v zahraničí	44
7.2.1	ČR – Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha.....	44
7.2.2	Zahraníčí – University Hospital Münster, Německo.....	46
7.3	Základní informace o velikosti a případných specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému	47
7.4	Popis metod získání předložených dat	48
7.5	Specifikace stakeholderů – subjektů zapojených do problematiky v různých rolích (ostatní subjekty zapojené do projektu mimo cílovou skupinu)	49
7.6	Závěr řešerše.....	49
8	Představení projektu s názvem Inovace sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice	51
9	Popis a analýza potřeb cílové skupiny	53
9.1	Sociálně-zdravotní pracovníci vybrané okresní nemocnice jako přímý příjemci projektu.....	53
9.2	Pacienti vybrané okresní nemocnice jako nepřímý příjemci projektu	54
9.3	Rodiny pacientů jako nepřímý příjemci projektu	55
9.4	Nelékařský zdravotnický personál vybrané okresní nemocnice jako nepřímý příjemci projektu	55
9.5	Lékařský zdravotnický personál jako nepřímý příjemci projektu	56
9.6	Vedení vybrané okresní nemocnice jako nepřímý příjemci projektu.....	56
10	Klíčové aktivity a indikátory projektu.....	57
10.1	Schůzka s vedením nemocnice	58
10.2	Vytvořit inzerát pracovní pozice sociálně-zdravotního pracovníka.....	58
10.3	Výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka	59
10.4	Informovat personál nemocnice o rozšíření sociálního oddělení	59
10.5	Informovat pacienty a veřejnost o rozšíření sociálního oddělení a možnosti jeho využití	60
10.6	Vytvořit dokument s jasně definovanou náplní práce pro sociálně-zdravotní pracovníky	60
10.7	Zajistit a naplánovat další vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků	60
10.8	Zajistit supervizora a naplánovat pravidelnou supervizi pro sociálně-zdravotní pracovníky	60
10.9	Vytvoření a následné roznesení letáčků informujících o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků.....	61
10.10	Zajištění financí	61

10.11	Zajistit techniky	62
10.12	Vytvořit schránku důvěry	62
11	Popis terénního průzkumu na potvrzení analýzy potřeby vybraných cílových skupin	63
12	Management rizik projektu	65
13	Výstupy a výsledky projektu na Inovaci sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice	67
14	Popis přidané hodnoty projektu	69
15	Harmonogram – Ganttův diagram	71
16	Rozpočet.....	73
17	Logframe projektu.....	75
	Závěr	77
	Bibliografie	79
	Seznam obrázků.....	85
	Seznam tabulek	87
	Seznam grafů	87
	Seznam příloh	91
	Přílohy.....	93
	Abstrakt.....	109

Úvod

Bakalářská práce s názvem „*Inovace sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice.*“ si klade za cíl na základě odborných zdrojů a vypracované analýzy potřeby z práce absolventské vytvořit projekt, který usiluje o zefektivnění procesů a rozšíření kapacit sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice s cílem zkvalitnit poskytované služby. Vzhledem k přání nemocnice, která v práci nechce být konkrétně uváděna jsou údaje však pozměny a práce je anonymizována.

Jedním z důvodů, proč jsem si dané téma zvolila je, že od listopadu roku 2019 pracuji v nejmenované nemocnici jako praktická sestra. Předtím než jsem do nemocnice takto nastoupila jsem však měla možnost navštívit mnoho oddělení jako studentka střední zdravotnické školy.

Během několika let, které jsem v nemocnici strávila jsem si povšimla, že pacienti velmi často nepotřebovali pouze pomoc zdravotnickou, ale i sociální, které se jim nedostávalo, a to z důvodů nedostačujících kapacit sociálního oddělení. Celá nemocnice sčítá 20 ambulancí a více než 20 oddělení, což dohromady sumarizuje přibližně 400 lůžek (400 potencionálních klientů), na které spadá jediný sociálně-zdravotní pracovník.

Ministerstvo práce a sociálních věcí na základě analýz činností a časových snímků pracovníků například dávkové oblasti sociální péče uvádí, že by na jednoho sociálního pracovníka však mělo připadat zhruba 50 až 150 klientů. (Metodický pokyn MPSV č.1/2006 ze dne 4.12. 2006). Tuto informaci však můžeme převést i do zdravotnické oblasti, kde se samotní pracovníci zabývají dávkovým systémem taktéž, přičemž řeší i nelehké situace klientů, které často souvisí s jejich zdravotním stavem.

Dalším problémem zůstává i pestrost cílových skupin v nemocnici a s ní související faktory zatěžující výkon práce, ale i nároky na znalost zásad práce s jednotlivými klienty. Můžeme se potkat nejen s lidmi se závislosti na alkoholu či drogách, ženami procházejícími domácím násilím, lidmi s postižením, bez domova, dětmi z problémových rodin, ale i seniory. V praxi se mimo jiné můžeme setkat, ale i s problémy jako je nedostatečná informovanost pacientů o možnosti využití služby sociálně-zdravotního pracovníka či se situacemi, kdy sociální okolnosti pacientů řeší lékaři namísto sociálně-zdravotních pracovníků.

Sociální pracovník je v samotných zdravotnických zařízeních a v týmu odborníků dlouhodobé péče obecně nepostradatelný.

Již mnoho výzkumu a bakalářských či jiných prací ale ukázalo, že jediný problém není pouze nedostatek personálu jako takového, ale i nastavení a provázanost zdravotnických a sociálních profesí v multidisciplinárním týmu. Konkrétní zdroj tohoto tvrzení je například bakalářská práce „*Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory*“ od autorky Aleny Kubisové, která pochází z roku 2018 či bakalářská práce z roku 2016 s názvem „*Výkon sociální práce na obci v Novém Bydžově ve spolupráci*

s dalšími návaznými subjekty“ od Řeháčkové Hany. Práce paní Řeháčkové ukazuje na dobrou provázanost multidisciplinárního týmu, ale poukazuje na nedostatečné nastavení týmu například v ošetření mlčenlivosti.

Celá tato problematika je tak velmi komplexní. Bakalářská práce tedy projektem usiluje o zefektivnění procesů a rozšíření kapacit sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice s cílem zkvalitnit poskytované služby pacientům této nemocnice, a to inovací sociálního oddělení, kdy se díky rozšíření kapacit sociálního oddělení může podpořit již zmíněná nedostatečná provázanost sociálních a zdravotnických profesí, informovanost pacientů o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků či snížení povinností lékařů nebo doby hospitalizace u pacientů

1 Sociální pracovník ve zdravotnictví

Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci pacientovi/ klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci (Kuzníková, 2011, s 18).

Výkon sociálního pracovníka v nemocnici je realizován v rámci samostatné pozice, která je začleněna do multidisciplinárního týmu, který se stará o pacienty jak hospitalizovaných na lůžkách akutní péče, tak lůžkách následných (MPSV, Sešit sociální práce, sociální práce ve zdravotnictví, 2019 [online]).

1.1 Popis pracovních činností

Sociálně-zdravotní pracovník monitoruje a vyhodnocuje potřeby pacienta na základě údajů od něj, zjišťuje potřebné údaje o pacientovi od členů jeho rodiny, provádí sociálně právní poradenství pacientovi, členům rodiny, řeší sociálně právní a sociálně zdravotní problémy pacienta, jedná v zájmu pacientů s jinými odborníky, správními orgány, soudy a dalšími institucemi, spolupracuje se státními i nestátními institucemi a zastupitelskými úřady, preventivně vyhledává ohrožené pacienty především seniory a děti, u kterých provádí zdravotně sociální screening, zajišťuje propouštěným pacientům služby sociální péče – terénní, ambulantní, pobytové (pečovatelskou službu, ošetrovatelská centra, domácí péči, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, azylové domy aj.), zajišťuje propouštěným pacientům další pobytové služby následné zdravotní péče (LDN, hospic, rehabilitační ústavy), nebo jiné pobytové péče (dětské domovy), zajišťuje propouštěným pacientům terénní služby následné zdravotní péče (HOME CARE, mobilní hospicové služby...), zúčastňuje se primářských a ošetrovatelských vizit dle přání oddělení (Časopis sociální práce, 2020 [on-line]). Více informací viz. Přílohy, Matoušek, Matulayová, profesiogramy, 2020.

1.2 Předpoklady k výkonu profese

Předpoklady k výkonu profese jsou nutná formální kvalifikace, zahrnující VOŠ nebo VŠ. Více informací viz. bod č. 5.1. Sociálně-zdravotní pracovník v rámci zákona o sociálních službách.

Potřebné znalosti a dovednosti pro výkon této profese jsou poté znalost legislativy, orientace v síti služeb, komunikace s pacientem a jeho rodinou, vyhodnocení potřeb pacienta, vyjednávání s pacientem o přechodu do následné péče, komunikace se zdravotnickým personálem a další.

I přesto, že by sociálně-zdravotní pracovník měl disponovat potřebnými předpoklady k výkonu této profese může se setkat s rozmanitými situacemi, které pro něj mohou být zatěžující.

1.3 Faktory ztěžující výkon sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Zdroje stresu a vyhoření, kterým je sociálně-zdravotní pracovník vystavován jsou například situace související s nátlakem na uvolnění lůžek. Tyto situace vyžadují hledat řešení pacientovy situace v krátkém čase, což je stresující. Zejména, když pacient potřebuje pobytovou službu. K dispozici jsou pobytové služby placené, mnoho pacientů však chce následnou službu neplacenou, kde jsou dlouhé čekací lhůty. Nedostupnost nebo neexistence návazných služeb. Pomalé vyřizování žádostí o dávky a důchody. Doprovázení umírajících a jejich rodin jsou vše zdroje stresu, které u sociálních pracovníků mohou vyvolat syndrom vyhoření. Dále se sociálně-zdravotní pracovník může potkat s kritickými a velmi náročnými situacemi. Mezi tyto situace můžeme řadit práci s pacienty a rodinami poté, co jim byla sdělena špatná prognóza pacientovy nemoci. Práce s pacienty s demencí. Práce s pacienty, kteří se domnívají, že jim pracovník může z nemocnice garantovat vyřízení dávek. Práce s rodinami, které mají nepřiměřená očekávání. Práce s lidmi bez domova, kteří nemají žádné zázemí. Práce s rodinami po narození mrtvého dítěte. Práce s dětmi, jejichž rodina dobře nefunguje. Smrt pacienta, ke kterému si pracovník vytvořil vztah (časopis Sociální práce, 2020 [on-line]).

1.4 Kvalita sociální práce ve zdravotnictví

Strnad (2002) popisuje, že cílem kvality poskytovaných zdravotnických služeb je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel. Systém kvality zahrnuje proces tvorby postupů, stanovení standardů, hodnocení výsledků zdravotnických služeb (Gladkij, Strnad, 2002).

Ošetřovatelská péče jako zdravotní obor se zaměřuje na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví. Od sociální služby se očekává posílení sociálního začlenění, resp. prevence sociálního vyloučení (viz zákon o sociálních službách) a podpora při naplňování práv. Zacílení je sice jiné (v jednom případě je úkolem působit na zdraví, ve druhém případě zase na sociální začlenění), ale smyslem obou typů služeb je působit na kvalitu života klienta/ pacienta a tím zvyšovat i kvalitu konkrétního zařízení (Janečková, Johnová, 2013, s. 3 [online]).

2 Sociálně-zdravotní oblast v teoriích sociální práce

Teorie a metody sociální práce tvoří jednu z hlavních součástí sociální práce jako vědecké disciplíny. Využívání teorií v praxi sociálních pracovníků je nezbytností. Užívání teorií sociální práce usnadňuje komunikaci mezi sociálními pracovníky, ale i praxi samotnou, neboť specifikuje postup práce s klientem (Novotná, 2014, s. 64).

2.1 Paradigmatické uchopení sociálně-zdravotní práce

Termín paradigma zavedl do sociální práce Thomas Kuhn, který paradigma popisuje jako názor na svět, který v určitém období a v určitém kulturním okruhu převládá. Z teoretického hlediska jsou paradigma v sociální práci považovány za soubor uplatňovaných teorií a způsobů praxe sociální práce. Ke každému paradigmatu patří zpravidla i metodická pravidla řešení, vlastní postoje sociálních pracovníků a konečná evaluace řešených problémů (Novotná, 2014, s. 55, 65).

První z těchto paradigmat označujeme jako **terapeutické**. Za hlavní faktor sociálního fungování je zde považováno **duševní zdraví a pohoda člověka**.

Prostředkem k obnově duševního zdraví nebo vnitřní rovnováhy osobnosti je v rámci tohoto paradigmatu podpora rozvoje a uskutečnění osobnosti klienta. Principiální důraz je přitom kladen na komunikaci a vztah. Vychází se z předpokladu, že proces vzájemné interakce je tvůrčí proces, který ovlivňuje všechny zúčastněné strany. V interakci sociálního pracovníka a klienta tedy nejde o jednostrannou změnu klienta, předpokládá se také změna na straně sociálního pracovníka.

Profesní výbava sociálního pracovníka se zde opírá zejména o psychologické znalosti a terapeutický výcvik (Navrátil, 2001, s. 15).

Druhé paradigma sociální práce je označováno jako úsilí o „reformu společenského prostředí“ neboli paradigma **reformní**. V tomto paradigmatu se představa sociálního fungování pojí s vizí **společenské rovnosti v různých dimenzích společenského života** (s ohledem na společenské třídy, gender, věkové skupiny atd.)

Toto pojetí sociální práce sdílí představu, že podporou spolupráce a solidarity v rámci určité společenské skupiny pomůže utlačeným získat vliv na vlastní životy. Sociální práce se proto zaměřuje na zmocňování (empowerment) klientů sociálních služeb, aby se mohli autenticky podílet na tvorbě a změnách institucí.

Vzdělanostní výbava sociálního pracovníka v tomto paradigmatickém pojetí osciluje kolem politologie, sociální filozofie a sociologie (Navrátil, 2001, s. 15).

Třetí paradigma sociální práce je označováno jako „sociálně právní pomoc“, zkráceně **poradenské** paradigma. Sociální fungování zde závisí na **schopnosti zvládat problémy a přístupu k odpovídajícím informacím a službám**. Poradenské paradigma

chce vycházet vstříc individuálním potřebám a současně usiluje o zlepšování systému nabízených služeb.

Z metodického hlediska zde jde především o pomoc klientům prostřednictvím poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím zpřístupňováním zdrojů a mediací (zprostředkováním) další pomoci a služeb. Součástí tohoto pojetí sociální práce je snaha o změnu společnosti a jejich institucí, aby lépe odpovídali potřebám občanů.

V praxi se stoupenci tohoto konceptu zaměřují spíše na malé, individuální změny, které obvykle bezprostředně nevedou k větší sociální reformě (Navrátil, 2001, s. 16-17).

Ideálním příkladem dobré praxe by bylo, kdyby pracovník prolínal paradigma terapeutické a poradenské pro větší pokrytí potřeb pacientů. Prvky reformního paradigmatu se do práce sociálně-zdravotního pracovníka můžou promítnout taktéž, a to například v podobě rozšíření sociální služby pro pacienty o poradenské služby pro děti či o hospicovou a paliativní péči, kterou by sociálně zdravotní pracovníci mohli koordinovat apod.

Pro začátek by ale bylo nevhodnější věnovat se pouze paradigmatu poradenskému, protože v současných podmínkách nedostatečných kapacit pracovníků není možné tuto praxi dodržovat.

Sociální práce v nemocničním prostředí je zaměřena především na poradenství klientům, jejichž velkou část tvoří cílová skupina seniorů. Primární činností sociálně zdravotních pracovníků by měla být diskuse o nabízených možnostech řešení životní situace klienta, protože klientovo sociální fungování často závisí na jeho schopnosti zvládat problémy a také na přístupu k odpovídajícím informacím a službám (MPSV, Příručka praxe sociální péče, 2021 [online]).

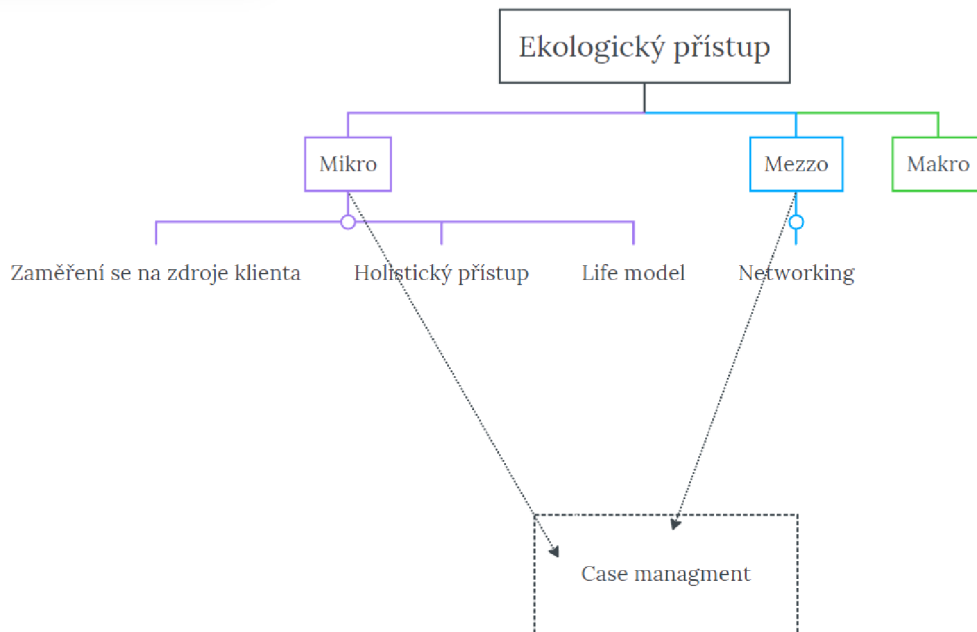
Bohužel z důvodu nedostačujících kapacit pracovníků sociálních oddělení některých nemocnic si v praxi můžeme povšimnout, že sociální poradenství pro pacienty není běžnou součástí, a přitom je jedním z nejzásadnějších nástrojů k pomoci člověku v překonání jeho složité životní situace jejímž příkladem může být snížená soběstačnost, která navazuje na nutnost zajištění pomoci v běžných dnech klienta apod.

2.2 Ekologický přístup ve zdravotně-sociální práci

Ekologická přístup v sociální práci se zaměřuje na vztahy mezi lidmi a jejich okolím, včetně fyzického a sociálního prostředí, a na vliv těchto vztahů na lidské zdraví a blaho. V kontextu zdravotnictví je ekologický přístup důležitý pro sociální práci z několika důvodů. Za prvé, ekologický přístup umožňuje sociálním pracovníkům lépe porozumět širšímu kontextu zdraví a nemoci.

Zdraví jednotlivce a komunity není pouze důsledkem individuálních faktorů, ale je také ovlivněno sociálními, ekonomickými a environmentálními faktory. Sociální pracovníci tak mohou využít ekologický přístup k identifikaci a ovlivnění těchto faktorů.

Níže uvedená myšlenková mapa slouží jako podklad pro zpracování ekologického přístupu, který se větví do několika oblastí, jež jsou rozpracovány dále v této kapitole.



Obr. 1 Myšlenková mapa, ekologický přístup.

Ekologický přístup napomáhá porozumět vztahu mezi lidmi a prostředím, v němž se nacházejí, žijí, pracují, vzdělávají se, či tráví volný čas. Podstatnou přednost ekologického přístupu tvoří jeho třidimenzionální optika, která zaměřuje pozornost na člověka, na prostředí a jejich vztah, tedy na vzájemnou interakci. Sleduje spíše důsledky než příčiny jejich vzájemného jednání. Ústředním pojmem ekologického přístupu je „člověk v prostředí“ (Navrátil, 2001, s. 151-152).

Sociálně zdravotní pracovníci v rámci ekologické perspektivy usilují:

- o posílení schopností klientů naplnit očekávání subjektů v sociálním prostředí,
- o přiměřenost nároků subjektů sociálního prostředí na klienta,
- o vyváženost vzájemných interakcí mezi klientem a subjekty jeho sociálního prostředí.

Cílem sociální práce z hlediska ekologické perspektivy je podporovat růst, rozvoj, adaptivní kapacity člověka, odstraňovat bariéry a zlepšovat schopnost prostředí odpovídat na potřeby lidí (Navrátil, 2001, s. 159).

2.2.1 Mikro úroveň ekologického přístupu

Za mikrosystém je považován klient, jeho kompetence, role, vztahy. V rámci mikrosystému je pozornost soustředována především na individuální fungování člověka v jeho prostředí, ale i na změnu tohoto prostředí vzhledem k jednotlivci. Zahrnuje práci s jednotlivcem ve vztahu k němu samotnému, k významným druhým osobám nebo i v kontextu rodiny a malých skupin, s cílem změnit jeho chování ve vztazích. Rovněž se lze zaměřit na změnu fungování celé skupiny např. rodiny (Janebová, 2014, s. 100-102).

Součástí mikro úrovně je i **zaměření se na zdroje klienta**. Sociální pracovník pracující se svými klienty na úrovni mikro sociální práce, by měl být schopen identifikovat různé zdroje klienta, které mohou být k dispozici a využívat je k řešení problémů a podpoře pozitivních změn v jeho životě. Tyto zdroje mohou zahrnovat rodinu a přátele, komunitní zdroje, finanční a profesionální zdroje v různých oblastech, jako jsou zdravotní péče, sociální či právní péče, ale i vnitřní zdroje klienta, jako jsou jeho vlastnosti, dovednosti a zkušenosti.

Dále by v konceptu sociálního fungování měli sociální pracovníci uplatňovat **holistický přístup**. Holistická teorie má základ v řeckém slově „holos“, což znamená úplný, sjednocený. Člověk je podle holistického pojetí jedinečný neopakovatelný celek čtyř oblastí, a to oblasti **biologické, psychologické, sociální a spirituální**. Tyto oblasti se vzájemně prolínají a ovlivňují se (Holasová, 2018, s. 19-20). Také Světová zdravotnická organizace podotýká, že ke kvalitě života patří výše zmíněné čtyři složky (WHO, 2023, [on-line]). Díky holistickému přístupu má sociální pracovník možnost komplexnějšího pohledu na člověka a jeho situaci i v rámci jeho prostředí, což je také základní myšlenka ekologické perspektivy.

V neposlední řadě do úrovně mikro sociální práce ve zdravotnictví řadíme také **Life model** sociální práce navržený dvojicí autorů Germainem a Gittermanem, který se odchyluje od přístupů založených na klinických procesech, které si kladou za cíl léčit osobní deficity. Místo toho je koncipován s ohledem na životní procesy a orientuje se na silné stránky lidí, jejich vrozenou touhu po zdraví, trvalém růstu a uvolnění potenciálu, modifikaci prostředí, s ohledem na potřeby lidí a zlepšování vztahu člověka, prostředí.

Ačkoliv je označován jako „life“ model, nebyl koncipován jako model v technickém slova smyslu. Spíše se jedná o soubor principů, které jsou modelovány podle životních procesů. V modelu se věnuje pozornost také otázkám zmocňování klienta, a to v několika rovinách. V první řadě jde o otázku vztahu sociálně zdravotního pracovníka ke klientovi. Vztah má být budován na principu partnerství, do kterého pracovník i klient vnášejí podstatné znalosti a zkušenosti. Klienti jsou považováni za experty na vlastní životy. Sociálně zdravotní pracovník i klient disponují ovšem rozdílnou mírou moci. Míra mocenských rozdílů souvisí s profesionálním statutem sociálně

zdravotního pracovníka, pozicí v instituci, rasou, úrovní vzdělání atd. Zmocnění je důsledkem společné aktivity klienta a pracovníka.

Toto úsilí může mít formy posilování osobní angažovanosti ve vztazích, zejména v neformální sociální podpůrné síti. Podporování růstu kompetence vytvářením příležitostí pro úspěšné jednání. Posilování sebedůvěry formou zájmu a úcty ze strany sociálního pracovníka Posilování sebevlády povzbuzováním aktivního rozhodování, techniky jako růst vědomí, návštěva legislativců, představitelů města, spoluorganizace pokojných protestů atd (Navrátil, 2001, s. 158-159).

2.2.2 Mezzo úroveň ekologického přístupu

Za mezosystém je považováno prostředí, ve kterém klient participuje. V rámci mezosystému se pozornost soustředí především na vztah člověka s formálními skupinami a organizacemi. Za formální skupiny se např. považují pracovní a svépomocné skupiny. Organizace je např. škola či zařízení poskytující sociální služby (Janebová, 2014, s. 100-102).

Networking (síťování) je důležitým aspektem sociální práce ve zdravotnictví a sociálních službách na mezzo úrovni ekologického přístupu. Jedná se o proces, který umožňuje různým organizacím a odborníkům v oblasti zdravotnictví a sociální práce spolupracovat a sdílet své znalosti, zkušenosti a zdroje za účelem poskytování co nejlepší péče a podpory pro pacienty a klienty.

Networking může zahrnovat spolupráci mezi různými poskytovateli sociálních služeb a zdravotnickými zařízeními, jako jsou nemocnice, kliniky, domovy pro seniory a další organizace. Tento proces může vést k lepší koordinaci péče a výměně informací mezi různými poskytovateli, což zlepšuje celkovou kvalitu péče a snižuje náklady na zdravotnictví.

Sociální pracovníci ve zdravotnictví mohou hrát klíčovou roli v procesu networkingu, protože mají přehled o potřebách pacientů a klientů a mohou koordinovat péči a podporu mezi různými poskytovateli. Dále mohou pomoci pacientům a rodinám s navigací v komplexním zdravotnickém systému a poskytnout jim informace o různých dostupných službách a programech (Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách, 2019 [on-line]).

2.2.3 Case management, propojení mikro a mezzo úrovně ekologického přístupu

CM v sociální a zdravotní péči vznikl v Severní Americe jako součást posunu od institucionální k v komunitě zakotvenému poskytování péče a jeho vývoj je spojen

s hledáním nákladově efektivních alternativ pro lidi s komplexními potřebami, kteří potřebují dlouhodobou péči (Reilly, Hughes, Challis, 2010, s. 125–126).

CM je v současné době používán v řadě různých prostředí a kontextů, ať již jde o zdravotní či sociální oblast, právní služby, oblast zaměstnanosti atd. je považován za jednu z vhodných strategií pomoci zejména klientům/pacientům s kumulovanými problémy (Hubíková, 2018, s. 29 [on-line]).

Koordinace, jako jedna z definičních charakteristik CM, se objevuje v řadě vymezení CM. Takzvaný case manager tedy pracuje s lidmi tak, aby dostali všechny zdravotní a komunitní služby, které potřebují, když je potřebují a za dobrou cenu (Hubíková, 2018, [on-line]).

Z jakého důvodu je tedy žádoucí používat case management v sociální práci ve zdravotnictví se zaměřením na geriatrické pacienty?

Matoušek (2007) uvádí, že v našich podmínkách je putování starých lidí mezi domovem pro seniory, nemocnicí běžného typu a léčebnou dlouhodobě nemocných obvyklým příkladem.

Dobrou prevencí pro tuto roztržičnost je možné využití modelu řízené péče, ve které se koordinuje péče z jednoho místa a nejlépe jedním klíčovým pracovníkem. Ten by měl mít dostatečné pravomoci a respekt u kolegů a organizací, s nimiž spolupracuje (Matoušek, 2007, s. 177).

Důvodů pro využití case managementu je více. Jedním ze zásadních je zajištění komplexních a kontinuálních služeb. Kontinuita péče se zaměřuje na zajištění koordinace aktivit péče za hranice jedné části péče nebo jednoho ošetření. Koordinace péče je žádoucí při výběru správných zdrojů k uspokojení potřeb pacienta a jeho rodiny. Zajištění kontinuální péče může také zlepšit kvalitu péče.

Zásadní úloha case managementu je eliminovat nepotřebnou péči a snížit hospitalizační dobu. Je kladen důraz na výstupy, to znamená na to, co pacientovi skutečně pomáhá, tím se také může omezit spektrum služeb a výkonů. Case management také může zlepšovat vztahy mezi členy multidisciplinárního týmu (Škrlovi, 2003, s. 185-186).

2.2.4 Makro úroveň ekologického přístupu

Makrosystém je nejširší ekologický systém a úzce souvisí s kulturou dané společnosti. Vnímá člověka jako člena společnosti, zahrnuje legislativní, etické, kulturní, náboženské a další normy společnosti, jako např. kulturní vzorce chování, vnímání společenských a životních hodnot. Za makrosystém je považováno prostředí, které klienta nezahrnuje jako účastníka, ale ovlivňuje jeho situaci, jedná se např. o zákony, státní politiku, kulturu (Janebová, 2014, s. 100–102).

Makrosystém v sociální práci ve zdravotnictví může mít vliv na všechny úrovně sociálního přístupu. Například zákony a politika dané země mohou ovlivnit přístup

k zdravotní péči pro pacienty, stejně jako kultura a normy společnosti mohou ovlivnit vnímání zdraví a nemoci určitého jedince. Zároveň sociální pracovníci ve zdravotnictví mohou na úrovni makro ekologického přístupu usilovat o změnu legislativy, rozšíření či inovaci dané služby apod.

3 Sociálně-zdravotní práce v kontextu sociální politiky

Následující část se dotýká oblasti sociální politiky, konkrétně zdravotní politiky státu, dále popisuje její nástroje, přístupy, aktéry a principy. Zabývá se však i funkcí sociální politiky, sociálními službami či sociálními dávkami, které jsou klíčové pro cílovou skupinu seniorů. Je důležité si uvědomit, že znalosti v oblasti sociální politiky se zaměřením na politiku zdravotnickou jsou nezbytnou součástí výbavy sociálního pracovníka působícího v nemocnicích. Dodržovat zmíněné principy, diskutovat s klientem o možnostech následných služeb po propuštění z nemocnice, vyřešit dávky na které má klient nárok apod. chce čas a mnohdy i diskuzi se spolupracovníky stejného zaměření.

Pokud však všechny výše zmíněné nároky jsou kladeny pouze na jednoho člověka není možné poskytovat sociální poradenství a služby klientům v kvalitní míře, což může mít dopad nejen na pacienty, jejich rodinu či komunitu, ale i pracovníka samotného u kterého díky vysokému vyčerpání může snáze dojít například k syndromu vyhoření.

3.1 Oblast sociální politiky, zdravotní politika státu

Zdravotní politiku můžeme definovat jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Zdravotní politika zahrnuje dva druhy aktivit:

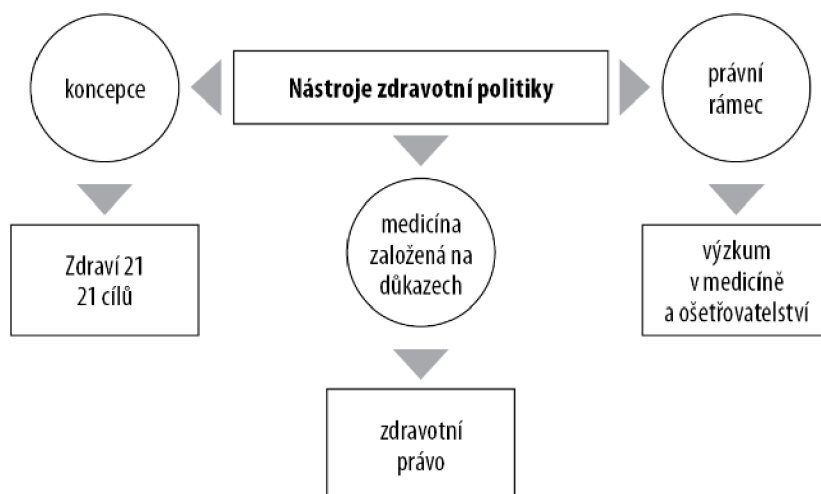
- aktivity zaměřené k léčení, tj. k odstranění změn ve zdravotním stavu člověka, obnově nebo navrácení zdraví – tato zdravotní politika je z hlediska zdraví politikou ex post, její realizace je nákladná a má své determinanty,
- aktivity ve směru ochrany a podpory zdraví, ve směru zamezení vzniku nemocí (Krebs, 2005, s. 308).

Vedle státu se na realizaci zdravotní politiky podílejí i ostatní státní a nestátní subjekty, které vyvíjejí své aktivity v této oblasti. Jmenovat je nutné zejména zdravotní pojišťovny, lékařské komory, různé profesní asociace, zdravotnická zařízení, nadace (Krebs, 2005, s. 309).

3.2 Nástroje zdravotní politiky

Zdravotní systém je chápán jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, finančními subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku. V tomto rámci se uskutečňuje zdravotní péče. Zdravotní systém je také souhrnem služeb, které jsou na území daného státu vymezeny právními normami.

Zdravotní systém realizuje zdravotní služby různého typu (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 176).



Obr. 2 Nástroje zdravotní politiky

Koncepce péče o zdraví je nástrojem řízení, vymezuje cíle, kterých má být v jednotlivých časových úsecích dosaženo a stanovuje základní metody jejich realizace i kritéria hodnocení výsledků. Dokument „Zdraví 21“. Jedná se o program, který je realizován zeměmi evropského regionu, autorem je WHO. Popisuje cíle, kterých zúčastněné země mají dosáhnout v rámci péče o zdraví svých obyvatel (například, cíl 5 – zdravé stárnutí či cíl 11 – zdravější životní styl apod.).

Medicína založená na důkazech souvisí s výzkumem v medicíně a ošetrovatelství a je nezastupitelnou součástí při realizaci moderní zdravotní politiky.

Právní rámec tvoří zdravotní právo, tedy zákony, vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR a závazné dokumenty EU, které se týkají zdravotnictví (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 175 dle WHO, 1999, s. 19).

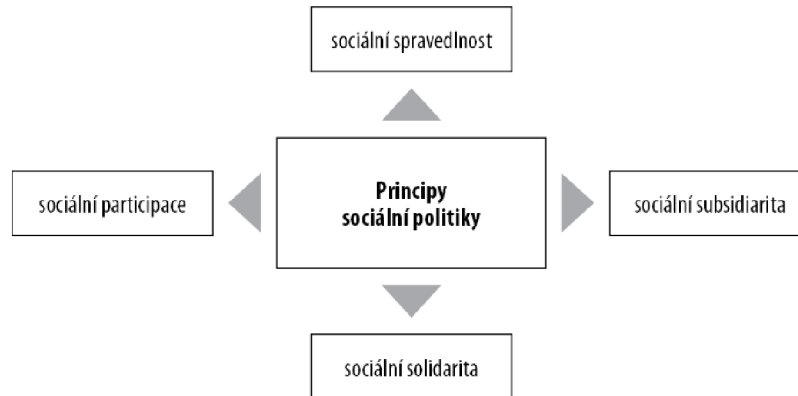
3.3 Přístupy sociální politiky

Pasivní (retrospektivní) přístup se zaměřuje na řešení již vzniklých sociálních problémů (Smutek, 2014, s. 7).

Tento přístup je ve zdravotnictví zásadní. Pacienti přijímání do nemocnic mají již často mnoho sociálních, ale i zdravotních problémů, které je potřeba řešit. Tyto problémy mohou být velmi pestré, od nekvalitního bydlení, po nevyřešené sociální dávky až po terminální stádia nemocí.

3.4 Principy sociální politiky

Způsob aplikace sociální politiky v jednotlivých státech je ovlivňován řešením určitých cílů nebo změn jednotlivých stávajících systémů. Určené cíle jsou naplňovány pomocí vzájemně působících předpisů, norem, činností, nástrojů a subsystému (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 99).



Obr. 3 Principy sociální politiky

Ze všech čtyř zmíněných principů, je níže popsán princip **subsidiarity** a **participace** jenž se nejvíce dotýká tématu.

Dalšími principy sociální politiky však mohou být i princip: **univerzality**, **komplexnosti**, **adekvátnosti** a **garance** (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 59).

3.4.1 Princip subsidiarity

Subsidiarita je náhradní, podpůrný systém. Tento systém preferuje sebe zodpovědnost občana za vlastní život, což je pokládáno za mravné. V první řadě dochází k aplikaci pomoci vlastními prostředky, poté v dalším stupni pomoc probíhá v rámci rodiny a komunity. V případě jejich neschopnosti pomoc poskytnout přichází na posledním místě prostor pro intervenci státu. Pro zdárnou aplikaci tohoto principu v praxi je třeba dlouhodobého působení na výchovu obyvatel k převzetí odpovědnosti za vlastní sociální jednání (Kohoutová s. 58 dle Knausové, 2007, s.44).

Sebe zodpovědnost za vlastní život je u pacientů velmi důležitá. Podporovat soběstačnost seniorů, vzdělávat je v oblasti výživy, která do jisté míry může ovlivnit průběh nemocí apod. Jsou příklady situací na které by sociální pracovník při práci s tímto typem klientů měl dbát. Pokud však člověk již není schopen sebe péče v plné míře měla by člověku pomoci rodina. Tato pomoc může mít několik podob, od pomoci

s nakupováním a úklidem až po pomoc s oblékáním či hygienou. Prostor pro intervenci státu by měl přijít až v situacích, kdy člověk již není schopen o sebe sama pečovat a rodina nemá prostředky na to se o něj adekvátně starat.

3.4.2 Princip participace

Participace neboli podílení se. Lidé by měli mít reálnou možnost podílet se na tom, co bezprostředně ovlivňuje jejich život, zdraví, zajištění v nemoci, ve stáří apod (Krebs, 2005, s. 36).

V demokratickém státě by občané měli mít právo účastnit se procesu tvorby a realizace opatření, která se jich týkají na což sociální ale i zdravotnický personál při řešení problému svých pacientů/ klientů často zapomíná a životní situace lidí řeší mnohdy bez jejich vědomí. V praxi to pak může vypadat tak, že člověk nemá možnost se rozhodnout, zda chce být přeložen na oddělení léčeбен dlouhodobě nemocných, zda má při výběru diety zájem o zdravou výživu apod.

3.5 Funkce sociální politiky

Pro zabezpečení rozvoje všech lidí je nezbytné působení sociální politiky na každého z nich, tak aby se dosáhlo stanovených cílů.

Sociální politika má několik funkcí. Můžeme mezi nimi najít funkci, ochrannou, rozdělovací a přerozdělovací, homogenizační, stimulační a preventivní.

Ze všech výše zmíněných funkcí je však funkce ochranná a preventivní vzhledem k tématu práce prioritní.

Principem **ochranné funkce** je řešení již vzniklých sociálních situací a událostí, nejčastěji znevýhodněných jedinců v sociální či ekonomické oblasti, zmírnění důsledků, kterými mohou být nezaměstnanost, škodlivé pracovní prostředí, stáří, nemoc či osiření.

Preventivní funkce předchází negativním důsledkům vzniklých sociálních situací, jako jsou chudoba, poškození zdraví, alkoholismus apod. Velkou měrou je touto funkcí ovlivňována i politika zdravotnictví, která tak dbá zejména na prevenci zdravotních rizik.

3.6 Sociální služby

Sociální služby, jsou jednou z hlavních možností formální podpory. Mohou poskytovat pomoc při denních činnostech seniora, v oblastech stravování, péči o svou osobu, zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytování informací i možnosti ubytování (Holmerová, 2014, s. 180).

Sociální služby dělíme dle poskytovatele, a to na **sociální služby státní a obecní a sociální služby nestátní**. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, §32, definuje tyto druhy sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, §33, definuje formy poskytovaných služeb na: pobytové, ambulantní a terénní (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách §32, §33 [on-line]). Zároveň je nutné, jak stojí v zásadách zákona o sociálních službách poskytovat sociální služby v náležitě kvalitě (Bednář, 2012, s. 21).

Sociální služby pro seniory v olomouckém kraji jsou velmi rozmanité, můžeme se setkat se službami jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, pečovatelská služby, odlehčovací služby, denní stacionáře, centra denních služeb, hospice či léčebny dlouhodobě nemocných (Olomoucký kraj, Služby pro seniory [on-line]).

3.7 Sociální dávky pro seniory

K cílové skupině seniorů spadá několik dávek, na které by mohli mít nárok. Jedná se zejména o důchody (starobní, invalidní, vdovský/ vdovecký), příspěvek na bydlení, doplatek na bydlení, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, mimořádná okamžitá pomoc a pohřebné (MPSV [on-line]).

4 Sociálně-zdravotní oblast v kontextu humanitární práce

Vzhledem ke studovanému oboru a vybranému tématu absolventské práce vidím jako důležité zmínit humanitární práci s přesahem do zdravotnické oblasti.

Cílem **humanitární pomoci** je zamezit ztrátám na životech a zmírnit lidské utrpení způsobené přírodní či lidmi způsobenou katastrofou, epidemií nebo ozbrojeným konfliktem. Dále jde též o pomoc zemím a regionům zasaženým dlouhodobou, komplexní humanitární krizí kvůli souběhu chudoby, bezpečnostní nestability a ztížených přírodních či klimatických podmínek (MZV [online]).

Níže uvádím jedny z nejznámějších hnutí, které pomáhají ve zdravotnické oblasti.

4.1 Lékaři bez hranic, MSF

Zkratka MSF pochází z původního francouzského názvu Médecins Sans Frontières, pod níž je tato organizace známá po celém světě. Lékaři bez hranic své pracovníky vysílají nejen do krizových oblastí, kde například probíhá válka či epidemie, ale i do klidnějších míst, kde chybí zdravotnická péče. Tato péče je nejvíce směřována k rozvojovým zemím v Africe, Asii či Jižní Americe. V současné době MSF však poskytuje zdravotnickou a humanitární pomoc ve více než 70 zemích světa (Lékaři bez hranic [on-line]).

Tým Lékařů bez hranic je velmi různorodý, nejedná se totiž jen o tým zdravotníků, ale i logistiků, architektů, elektrikářů, administrátorů a mnoho dalších. Neopomíjenou složkou je i místní zdravotnický personál, bez kterého by Lékaři bez hranic nedokázali fungovat. Na misích lékaři často učí místní zdravotníky, jak správně postupovat v léčbě pacientů. Dá se říci, že na mise jezdí sdílet své zkušenosti, předávat je dál a trénovat tak místní zdravotníky (Šebek, 2015).

Organizace je vybudována na základě přesvědčení, že každý člověk má právo na lékařskou péči, a to bez ohledu na jeho pohlaví, náboženské vyznání, rasu či politickou příslušnost. A také fakt, že potřeby lidí mají větší váhu nežli státní hranice (Lékaři bez hranic [on-line]).

4.2 Mezinárodní výbor Červeného kříže – International committee of the Red Cross

Posláním ČK je především předcházet a zmírňovat utrpení, chránit zdraví, život a úctu vůči lidskému organismu, podporovat vzájemné porozumění, přátelství, mír mezi národy,

a to bez ohledu na národnost, rasu, náboženské či politické vyznání (Český červený kříž [on-line]).

Mezi základní projekty ČČK patří propagace bezpříspěvkového dárcovství krve, edukace první pomoci dětí i dospělých, léčebné pobyty pro děti, sociální služby či aktivity pro seniory a poskytování pomoci při katastrofách (Šatrová dle Jílková, 2011).

Organizace se řídí sedmi základními principy, kterými jsou: humanita, neutralita, nestrannost, nezávislost, dobrovolnost, jednota, světovost. Tyto principy udávají určitá pravidla, jak se má každý pracovník za všech okolností chovat. Proto je velmi důležité tyto principy znát (Švejnoha, 2008).

5 Sociálně-zdravotní oblast v legislativě a koncepčních dokumentech

Kvalifikovaný sociální pracovník by měl mít znalost právních norem, které jsou důležité pro vykonávání jeho profese, ať už ve zdravotnictví či sociální práci. Ve zdravotnických zařízeních se sociální pracovníci můžou setkat s různou klientelou a různorodými problémy, které se řeší podle různých legislativních norem (Kuzníková, 2011, s. 53).

Legislativa, která vymezuje postavení sociálního pracovníka ve zdravotnictví, není v České republice však jednotná. V současnosti existují dva odlišné zákony, dle kterých je možné sociální práci ve zdravotnictví vykonávat. První je zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, který je dále rozveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. vyhláška k provedení zákona o sociálních službách. Druhý zákon je č. 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, který je dále upraven vyhláškou č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zákon o sociálních službách vymezuje pojem sociální pracovník, v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních se setkáváme s pojmem zdravotně – sociální pracovník (Kuzníková, 2011, s. 18–19).

5.1 Sociálně-zdravotní pracovník v rámci zákona o sociálních službách

Podmínky pro úkony spojené s vykonáváním povolání sociálně-zdravotního pracovníka u poskytovatelů zdravotnických služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Konkrétně § 1, který zároveň upravuje i podmínky související s poskytováním pomoci osobám v nepříznivých sociálních situacích. Dle §2 se také předkládá, že každý člověk má právo na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství, které mu může pomoci při řešení jeho nepříznivé sociální situace a jejího předcházení. Sociálními službami, které se poskytují ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se zabývá §52.

Sociálně-zdravotní pracovník ve zdravotnických zařízeních poskytuje sociálně terapeutickou činnost, aktivizační činnost, pomoc při uplatňování práv a zájmů a také má za úkol zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím pacienta. Zdravotnická zařízení poskytující pobytové služby osobám, kterým zdravotní stav nedovolí obejít se bez pomoci osoby jiné nemohou tyto osoby propustit dříve, než jim je zajištěna pomoc ve formě terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb. Mimo jiné sociální služby dále poskytují pacientům ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně a péči o vlastní osobu (Zákon o sociálních službách § 1, 2, 52).

Činnost sociálně-zdravotního pracovníka se mimo jiné zaměřuje zejména na návratnou péči. Sociálně-zdravotní pracovník u stabilizovaných pacientů zajišťuje potřebnou zdravotní péči, sociální podporu a vhodné prostředí tak, aby proces rekonvalescence probíhal co nejpůsobivěji. Pokud není možný pacientův návrat do prostředí domácího, sociálně-zdravotní pracovník zajišťuje nebo zprostředkovává přechod do jiné instituce (Janečková, 2005, s. 165).

Pro přípravu návratné péče využívá sociálně-zdravotní pracovník v zákoně o sociálních službách §34, který definuje zařízení sociálních služeb, například domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domy na půli cesty, denní stacionáře aj. V §37 je definováno sociální poradenství, které zákon o sociálních službách dělí na základní a odborné (Zákon o sociálních službách, §34, §37).

V §110 zákona o sociálních službách jsou dále určeny předpoklady pro výkon sociálně-zdravotního pracovníka. Mezi tyto předpoklady řadíme bezúhonnost, zdravotní způsobilost a také odborné znalosti pracovníka. Ty jsou definovány požadavky na dosažené vzdělání, kdy nejnižším požadovaným vzděláním je vyšší odborné vzdělání se zaměřením na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální politiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, charitní a sociální činnosti a sociálně právní činnost. Další uvedené vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka je vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. Vykonávat činnost sociálního pracovníka/ sociálně-zdravotního pracovníka je možné i tehdy, pokud vysokoškolské vzdělání není zaměřené na výše uvedené obory. To je ale podmíněno absolvováním akreditovaných kurzů, jejichž podmínky jsou více upřesněny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Zákon o sociálních službách, §110).

5.2 Sociálně-zdravotní pracovník v rámci zákona o nelékařských zdravotnických povolání

Aktivity sociálně-zdravotního pracovníka je možné uskutečnit i v případě, že sociálně-zdravotní pracovník nabude způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilostí nutných k výkonu zdravotnické profese a zároveň souvisí s činnostmi a poskytováním zdravotní péče v České republice. Dále v zákoně můžeme nalézt celoživotní vzdělávání pracovníků zaměstnaných ve zdravotnictví. Způsobilost pro vykonávání profese zdravotnického či jiného odborného pracovníka objevíme v §3. Také se zde mísí totožné podmínky jako v zákonu o sociálních službách, jako je bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (Zákon o nelékařských zdravotnických povolání, §3).

Vymezení odborné způsobilosti pro profesi zdravotně-sociálního pracovníka je určováno §10. Způsobilost je možné dosáhnout absolvováním bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření, nebo studia na vyšší odborné škole v oboru sociálního zaměření, dále na vysokých školách a následného absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociálního pracovníka a také po absolvování specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče u osoby, která má zároveň získanou odbornou způsobilost všeobecné sestry. Zákon také uvádí, že kompetence zdravotně-sociálního pracovníka se zaměřují na činnost v rámci diagnostické, preventivní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Zároveň se sociálně-zdravotní pracovník podílí na ošetrovatelské péči při uspokojování sociálních potřeb pacienta (Zákon o nelékařských zdravotnických povolání, §10).

5.3 Sociálně-zdravotní pracovník v rámci vyhlášky o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků definuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Přímo zaměřen na výkon zdravotně-sociálního pracovníka je poté §9. Ten, podle vyhlášky 55/2011 Sb., koná sociální prevenci a depistážní působení, která se věnují včasnému vyhledávání osob, které se díky nemoci své či svých blízkých nacházejí v nepříznivé sociální situaci.

Zdravotně-sociální pracovníci mohou také provádět průzkumy mezi pacienty za účelem posouzení životních podmínek pacienta ve vztahu k jeho onemocnění nebo jeho následkům a poté řešit případné sociální služby – např. služby domácí péče. Dále se zabývají spoluprací s orgány veřejné správy a dalšími subjekty a na základě zjištěných skutečností zpracovávají zprávu o posouzení životní situace klienta. Sociálně-zdravotní pracovník poskytuje také sociálně-právní poradenství související s nemocí a jejími následky. Další nezbytnou náplní práce sociálně-zdravotního pracovníka je zapojení se do integrace pacientů, kteří tuto pomoc potřebují, zejména z hlediska snížení tělesných, duševních či sociálních schopností a z nich vyplývajících problémů. Při integraci pacientů musí sociální pracovníci získat aktivní účast pacientů a jejich sociálního prostředí. Důležitou činností sociálního pracovníka je činnost přípravy pacienta na propuštění včetně poskytování následné péče a služeb, které jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách (Vyhláška o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, §9).

5.4 Další podpůrné zákony v sociálně-zdravotní práci

Tato část definuje principy podpory, kterou mohou sociálně-zdravotní pracovníci při své práci využívat.

Profesní vymezení sociálně-zdravotních pracovníků není pouze otázkou zákonodárství v sociálně-zdravotní práci, ale i nepostradatelných podpůrných legislativních pramenů. Podmínkou pro výkon kvalifikovaného sociálního poradenství je tak právě jejich znalost. Díky ní jsou sociálně-zdravotní pracovníci schopni řešit širokou škálu klientů a jedinečné problémy jednotlivých pacientů.

Důležitými zákony z oblasti zdravotnictví související s činnostmi sociálně-zdravotního jsou zákon č. 258/2000 Sb. zákon o ochraně veřejného zdraví, zákon č. 101/2000 Sb. zákon o ochraně osobních údajů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

Dalším právním předpisem vycházejícím z právních norem, který může klientům pomoci řešit nepříznivé sociální podmínky, je zákon č. 110/2006 Sb. Zákon o životním a existenčním minimu, zákon č. 111/2006 Sb. Zákon o pomoci v hmotné nouzi (zákon pomáhá osobám s nedostatečným příjmem a sociálním a majetkovým znevýhodněním) a zákonem č. 117/1995 Sb. Zákon o státní sociální podpoře (zahrnuje dávky především na podporu rodin, dále lze zmínit vzhledem k tématu i porodné a pohřebné).

Kromě výše uvedených zákonů je potřeba znát práva pacientů, práva hospitalizovaných dětí, Deklaraci práv duševně postižených a Chartu práv tělesně postižených (Kuzníková, 2011, s. 30, 53, 54).

5.5 Vnitřní předpis nemocnice

Dalším důležitým předpisem vztahujícím se k tématu Nedostatečných kapacit sociálního oddělení je i vnitřní předpis dané okresní nemocnice. Vnitřní řád této nemocnice seznamuje pacienty především se základními informacemi o nemocnici, hospitalizaci, nutnými doklady, které s sebou pacient při přijetí musí mít apod. I přesto v sekci, „Pomoc pro vás“ můžeme nalézt odstavec, který pacienta informuje o možnosti pomoci zdravotně-sociální pracovnice při řešení obtížných životních otázek a situací.

5.6 Etické kodexy a etika v sociálně-zdravotní práci

Kromě všech výše zmíněných legislativ je však důležité připomenout i etický kodex sociálních pracovníků a etický kodex sester.

Sociální pracovník ve své praxi nevychází totiž jen z legislativní úpravy, ale i z obecně uznávaných etických pravidel a norem dané společnosti. Eticky při tom posuzuje jednání svých klientů a zároveň musí respektovat etické principy, které jsou při výkonu tohoto povolání nezbytné. Hlavní etická dilemata, se kterými se sociální pracovník setkává, jsou například kdy zasahovat do života jedince, rodiny či komunity, který sociální případ upřednostnit, kolik pomoci klientům poskytnout, aby mu pomohla ke změně postojů a jednání a zároveň ho tím nevedla ke zneužívání a kdy naopak přestat se sociální terapií a skýláním služeb nebo dávek sociální péče (Novotná, Schimmerlingová, 1992)

Etické principy jsou uvedeny v etických kodexech, které poskytují rámec a zásady chování, kterými by se měl profesionální sociální pracovník řídit. Etické kodexy jsou určeny různým profesním skupinám a vymezují nejvýznamnější hodnoty profese, které vykonavatele chrání, protože určují postup v eticky citlivé dilematické situaci. Význam etických kodexů vyjadřuje poslání dané profese a také je průvodcem dobré praxe tím, že nabízí pravidla správného jednání. Kodexy jsou významné pro hodnocení praxe, kterými je možné posuzovat stížnosti a v případě profesionálního pochybení přistupovat k disciplinárním účelům. Kodexy chrání klienty před zneužíváním moci a zanedbáním péče, pro pracovníky je významný svým přínosem ke zdůraznění statutu profese, a to již samotnou existencí. Vymezení etiky v pomáhajících profesích je velmi obtížné, protože každý řešený případ má své specifické rysy a v oblasti sociální práce ve zdravotnictví je to ještě komplikovanější tím, že sociální pracovníci musejí brát ohled na kodexy dva, a to kodex sociálních pracovníka a kodex sester (Kutnohorská a kol., 2011, s. 81-82).

Etický kodex sociálních pracovníků byl schválen Společností sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a je účinný od 20. 5. 2006. Obsah kodexu je orientovaný na etické zásady, pravidla chování sociálně-zdravotního pracovníka jak ve vztahu ke klientovi, zaměstnavateli, ke kolegům, tak ve vztahu ke své profesi a své odbornosti, tak i ke společnosti obecně. Kodex také popisuje etické problémové okruhy a postupy při řešení etických problémů (Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR [online]).

Ve vztahu k etickému kodexu se také poukazuje na devět zásad, kterých by se měl každý sociální pracovník při práci s klientem držet. Jedná se o nezávislost, osvobození od útlaku a podřadných životních podmínek, zachování proti diskriminačního přístupu, podpora demokracie a lidských práv, spoluúčast klientů, ochrana integrity, sebeurčení, odpor proti násilí a osobní zodpovědnost (Gulová, 2011, s. 40).

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester byl přijat v roce 1953 a poslední revize proběhla v roce 2000. Zdravotní sestry v České republice se Etickým kodexem Mezinárodní rady sester řídí od 29. března 2003. Základní povinnosti kodexu jsou, pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám, komunitám a koordinují služby se službami z jiných oborů (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]).

6 Rešerše zdrojů

Zdroje byly vyhledávány pomocí databází Web of Science, EBSCO, PubMed, Google Scholar a Google. Časovým obdobím, ve kterém byl proveden sběr dat, byl únor 2023 až duben 2023. Pro relevanci byl počátečním rokem zvolen rok 2010. viz. přílohy, rešeršní graf. **Rešeršní otázka** zní: Jaký je počet zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích s ohledem na velikost nemocnice?

Klíčová slova

- Zdravotně sociální pracovník/ Health and social worker
- Sociální práce v nemocnicích/ Social work in hospitals
- Počet sociálních pracovníků v nemocnicích/ Number of social workers in hospitals
- Sociální práce ve zdravotnických zařízeních/ Social work in health care facilities

Vzhledem k zaměření se analýzy potřebnosti byly použity informace z webových stránek nemocnic v olomouckém kraji, které jsou dále rozpracovány v tabulce níže.

Název nemocnice	Počet pracovníků sociálního oddělení	Počet klientů na jednoho pracovníka
Nemocnice AGEL Přerov (354 lůžek)	1 zdravotně – sociální pracovník	354 klientů
Nemocnice AGEL Šternberk (238 lůžek)	1 zdravotně – sociální pracovník	238 klientů
Nemocnice AGEL Jeseník (133 lůžek)	1 zdravotně – sociální pracovník	133 klientů
Nemocnice AGEL Prostějov (502 lůžek)	2 zdravotně – sociální pracovníci	251 klientů
Vojenská nemocnice Olomouc (265 lůžek)	3 zdravotně – sociální pracovníci	88 klientů
Fakultní nemocnice Olomouc (1 215 lůžek)	6 zdravotně – sociálních pracovníků	202 klientů
Thomayerova nemocnice v Praze (1 063 lůžek)	9 zdravotně – sociálních pracovníků	118 klientů

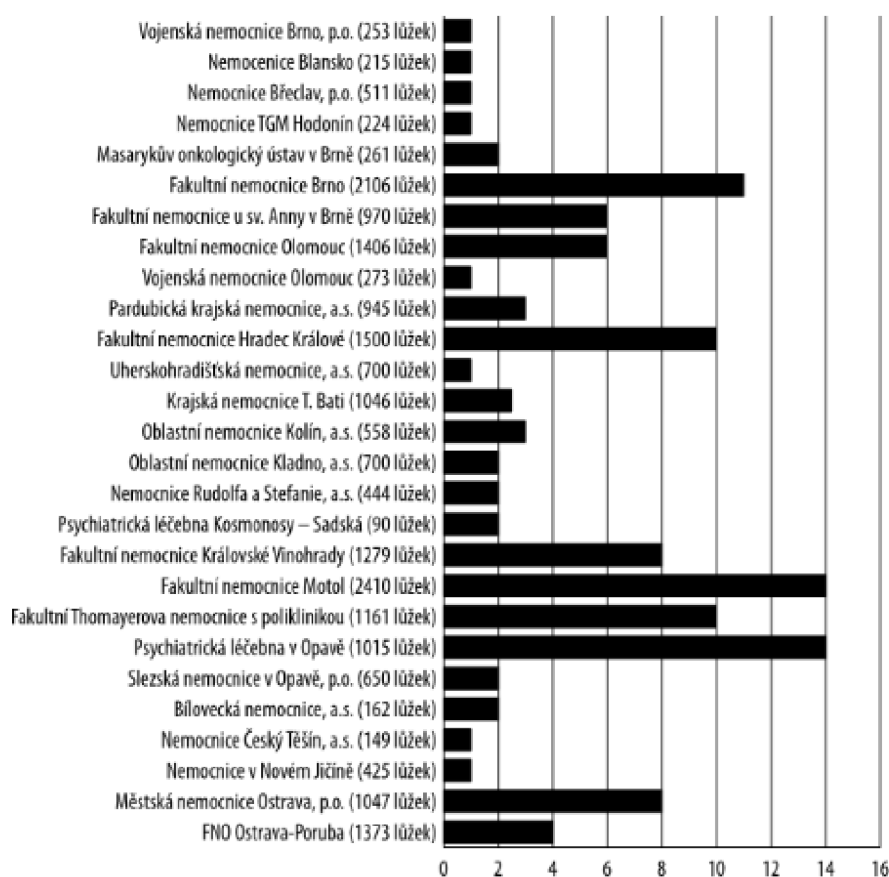
Tabulka 1 Počet pracovníků v sociálních odděleních nemocnic.

Pozornost je kladena především na velikost nemocnice (počet lůžek) a počet sociálně zdravotních pracovníků v sociálním oddělení.

Po kontaktování Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze, kde vedoucí oddělení ochotně odpovídala na dotazy a sama uvedla, že jejich dosavadní rozdělení je funkční a počet pracovníků dostačující, je nemocnici pro porovnání uvedena taktéž (1 sociální pracovník má na starost přibližně 118 lůžek).

Z výše uvedené tabulky si můžeme povšimnout, že rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi jsou viditelné. Ráda bych upozornila především na rozdíl mezi nemocnicí AGEL v Přerově a Vojenskou nemocnicí v Olomouci. Počty lůžek u jednotlivých nemocnic jsou čerpány z aktualizovaných oficiálních webových stránek.

Dále jsou rozpracovány informace z knihy Sociální práce ve zdravotnictví od Kuzníkové I. a kol. Konkrétně graf znázorňující počet sociálních pracovníků na počet lůžek ve vybraných nemocnicích jejíž data pochází z roku 2010.



Graf 1 Sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních.

V tabulce bych ráda upozornila na kolonku týkající se Fakultní nemocnice Olomouc, kde můžeme vidět, že počet lůžek, ale i sociálních pracovníků v roce 2010 s porovnáním k roku 2023 je snížený. I přesto, ale při současných podmínkách, kdy 1 215 lůžek má na starost 6 sociálně zdravotních pracovníků je počet lůžek na 1 pracovníka přibližně 202.

Z metodického pokynu Ministerstva práce a sociálních věcí ze 4.12. 2006 však vyplývá, že na základě analýz činností a časových snímků pracovníků například dávkové oblasti sociální péče byly jednotlivými výzkumy a na základě stanovisek různých národních i mezinárodních institucí zjištěny názory, že na jednoho odborného pracovníka by mělo připadat zhruba 50 až 150 klientů (Metodický pokyn MPSV č.1/2006 ze dne 4.12. 2006).

Dále MPSV č. 1/2018 k realizaci činností sociální práce na pověřených obecních úřadech, obecních úřadech obcí s rozšířenou působností a krajských úřadech (dále jen „DP č. 1/2018“) doporučuje, že na jednoho sociálního pracovníka by mělo připadat maximálně 120 až 150 klientů.

Pokud tyto informace přeneseme do zdravotnické oblasti, tak zjistíme že optimální počet klientů na jednoho zdravotně sociálního pracovníka je v mnoha nemocnicích dlouhodobě nedodržován, a to i přesto, pokud by všechna lůžka, která pod jednoho pracovníka spadají nebyla plně obsazena.

7 Analýza potřebnosti

Na začátku většiny projektů stojí nápad, tvůrčí myšlenka jednoho či více lidí, kteří předpokládají určitou potřebu ve společnosti, na což posléze reagují tvorbou projektu. Tento postup není špatný, ovšem tvůrci projektu by nikdy neměli zůstat pouze u předvídání potřeb vybrané skupiny osob. Je zapotřebí projektem skutečně reagovat na reálné potřeby cílové skupiny osob – základním předpokladem pro úspěšnost projektu, je jeho reálná potřebnost ve společnosti, jinými slovy: „Analýza potřeb je připomínkou toho, abychom nevytvářeli nabídku tam, kde není poptávka.“ (Rada Evropy a evropská komise, 2000, s. 43-44).

Analýza potřebnosti se zabývá problematikou nedostačujících kapacit pracovníků sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice. Popisuje příčiny problému, příklady řešení u nás, ale i zahraničí, základní informace o velikosti cílové skupiny a popisuje metody získaných dat, které jsou předloženy jako podklad pro tuto práci.

7.1 Příčiny problému a jeho důsledky/dopady na cílovou skupinu (v obecné rovině) a společnost obecně

V nemocnicích se můžeme setkat s mnohými pacienty, kteří byli hospitalizováni následkem své složité životní situace, nebo se do složité životní situace dostali právě díky hospitalizaci.

Příklady těchto situací jsou různé. Jedná se například o lidi bez domova, kteří jsou přijímáni do nemocnice v zimních měsících z důvodu omrzlin či o pacienty s omezením či úplnou ztrátou soběstačnosti po chirurgických výkonech atd.

Všichni tito lidé, tak náhle nepotřebují jen pomoc zdravotnickou, ale i sociální, které se jim nedostává z důvodu nízkého počtu sociálních pracovníků.

Celá nemocnice sčítá několik oddělení, ale i ambulancí s čímž souvisí pestrost cílových skupin.

Pacienti si neuvědomují, jaké možnosti pomoci mají a ani netuší u koho o pomoc požádat, což ve většině případu zapříčiní, že své problémy odsunou do pozadí a přestanou je řešit.

S neřešenými problémy jednotlivců však souvisí i dopady na společnost. Příkladem mohou být neřešené situace seniorů. Mnoho z nich přichází po propuštění z nemocnice o velkou část soběstačnosti. Díky tomu se až příliš často stává, že tito lidé končí v péči rodiny, která se o ně nevhodně stará, čímž způsobuje, že se do nemocnice opakovaně vrací v horším zdravotním stavu. Tyto opakované hospitalizace pak nejen finančně zatěžují celý systém nemocnice, ale především se těmito opakovanými hospitalizacemi, kdy se lečí příčiny například špatného polohování seniora nebo jeho špatné výživy apod.,

zabírají lůžka pro ostatní, kteří pomoc potřebují také, ale nemocnice již nemá kapacity na to je hospitalizovat.

Všechny tyto problémy, ale i mnoho dalších by však bylo možné vyřešit, kdyby se v nemocnici nacházelo více sociálních pracovníků nejlépe různého zaměření. Vzhledem k velikosti nemocnice by bylo vhodné zaměstnat další dva sociální pracovníky, kteří by byli rozděleni na akutní a následná lůžka. Zároveň v případě toho, že by dva pracovníci byli v terénu nemocnice, by bylo užitečné stávající sociální pracovníci přiřadit roli vedoucí. Díky tomu by mohla mít na starost sociální poradenství propouštějících se klientů a ostatní úkony související s personální oblastí sociálního oddělení, aby se pracovníci zabývající se následnými a akutními lůžky mohli soustředit na práci s klienty.

Další problém související se zaměstnáním jediného sociálního pracovníka v nemocnici je ten, že nemocnice jsou zařízení, kde funguje nepřetržitý provoz. V momentě, kdy je však v sociálním oddělení zaměstnán pouze jediný pracovník, který onemocní či si vezme dovolenou, pacienti již nemají nikoho, s kým by svou sociální situaci řešili.

Zároveň nedostatečné kapacity sociálních pracovníků v nemocnicích souvisí s problémy nepropojenosti multidisciplinárního týmu, nízké odborné podpory pro sociální pracovníky apod.

7.2 Příklady řešení dané problematiky (v projektech či činnostech) v ČR nebo v zahraničí

Tato část uvádí příklady řešení dané problematiky ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze a v nemocnici UKM – University Hospital Münster, která se nachází v Německu.

Zároveň popisuje náplně běžných pracovních dnů sociálních pracovníků zaměstnaných v FTN v Praze a sociální pracovníce v nejmenované okresní nemocnici. Důvod proč tato kapitola obsahuje i náplně běžných pracovních dnů pracovníků je ten, že se snaží poukázat na náročnost této profese a na to, že zvládat všechny níže zmíněné úkony není možné pouze v jednom zaměstnanci.

7.2.1 ČR – Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

Příkladem řešení dané problematiky související s nedostačujícími kapacitami personálního obsazení sociálního oddělení je například Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze.

Zdravotně sociální oddělení této nemocnice zaměstnává celkem 8 sociálních nebo zdravotně sociálních pracovníků a ještě 1 sociální pracovníci, která se nachází v roli

vedoucí. Každá pracovnice má na starosti vlastní pavilon jednotlivých oddělení, přičemž vedoucí zajišťuje chod sociálního poradenství pro pacienty.

Níže je popsána pracovní náplň běžného dne, sociálních či zdravotně sociálních pracovníků včetně vedoucí oddělení, která sama potvrzuje, že toto rozdělení na pavilony, ale i počet zaměstnanců sociálně zdravotního oddělení je dostačující. Zároveň běžná náplň dne pracovníku FTN může posloužit jako inspirace pro budoucí projekt.

Běžná náplň pracovního dne vedoucí sociálního oddělení FTN:

- Kontrola zápisů v sociálních kartách pacientů. (Každá sociální pracovnice vede u svých pacientů sociální kartu, kde je zaznamenáno veškeré dění týkající se sociální oblasti pacienta.)
- Komunikace se zaměstnanci – individuální řešení konkrétních situací u pacienta.
- Návštěva oddělení – komunikace s lékaři, staniční sestrou.
- Návštěva pacientů – pouze těch, které mají pracovnice řešit – po předchozí domluvě s lékařem.
- Vedení zápisu do sociálních karet u pacientů, které mají v péči.
- Konzultace s rodinami pacientů – poskytování sociálního poradenství.
- Komunikace s agenturami domácí zdravotní péče – navazování spolupráce.
- Komunikace s vedením FTN – předávání informací o dění na zdravotně sociálním odd.
- Vedení statistických údajů – kolik pacientů bylo přeloženo na LDN, RHB, propuštěno do domácí péče apod. (1x týdně)
- Náplň bývá každý den samozřejmě trochu jiná. Někdy vedoucí řeší více dění u pacientů, někdy naopak řeší více personální oblast – čerpání dovolených, rozvrh zástupů apod.

Běžná náplň pracovního dne sociálně – zdravotního pracovníka FTN:

- Sociální pracovnice v ranních hodinách komunikují s lékaři a zdravotnickým personálem na odd.
- Nemocnice má informační systém, do kterého sociální pracovnice obdrží žádost o sociálním šetření. Na základě této žádosti jde sociální pracovnice navštívit odd. a konkrétního pacienta, kde provede sociální šetření. Následně po domluvě s lékařem a pacientem řeší, jakým způsobem se u pacienta bude dále postupovat, zda bude propuštěn domů s domácí zdravotní péčí, zda bude podaná žádost na LDN, do RHB zařízení, do azylového domu apod.
- Následně sociální pracovnice kontaktuje rodinu pacienta – sjedná si osobní konzultaci, popřípadě řeší situaci ohledně pacienta po telefonu.
- Veškeré tyto informace následně zavede do informačního systému „sociální karta“

- Některé sociální pracovnice se pravidelně zúčastňují primářských vizit (týká se to odd. Geriatrie a následné péče, Neurologie, Revmatologie a následné rehabilitace.)

7.2.2 Zahraničí – University Hospital Münster, Německo

UKM fakultní nemocnice se nachází ve městě Münster v Německu a je dobrým příkladem řešení daného problému.

Sociální služby této nemocnice zaměstnávají celkem 51 pracovníků, kteří dokončili vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce. Nemocnice sčítá 53 nejrozličnějších oddělení a ambulancí, kde můžeme nalézt velkou pestrost cílových skupin jako jsou děti, senioři, lidé s psychickými poruchami apod. Z tohoto důvodu se tak v nemocnici setkáme nejen s lidmi, kteří jsou odborníky v oblasti sociální práce ve zdravotnictví, ale i sociálního managementu, sociální pedagogiky či psycho – onkologie, a to vždy podle toho na jaké oddělení se jednotlivý pracovníci zaměřují.

Důvod, proč je ale UKM uvedena jako dobrý příklad praxe ze zahraničí není jen personální obsazení sociálního oddělení, ale i darovací služba, kterou nemocnice poskytuje.

I UKM stejně jako FTN zavedla rozdělení sociálních pracovníků dle pavilonů, ráda bych se proto soustředila na vytváření projektu, který se zabývá právě tímto. A informace o službě Darovat či případových manažerech bych zde odložila jako nápady na to, jak okresní nemocnice i na dále rozvíjet do budoucna.

Sociální služba s názvem Darovat spočívá v solidaritě k pacientům, jejichž pobyt vedl k osobním či finančním problémům. Aby sociální služba alespoň trochu odlehčila případnou mimořádnou situaci, vytvořila sociální fond. V individuálních případech lze proto dofinancovat pomoc při denních potřebách nebo ubytovat příbuzné pacienta v blízkosti kliniky. Na stránkách nemocnice tak lze nalézt číslo účtu na které je možné finanční dary posílat a pomáhat tak lidem v tíživých životních situacích.

Zároveň nemocnice vytvořila pracovní místa pro takzvané případové manažery. Tito manažeři provází pacienty od přijetí přes pobyt v nemocnici až po následnou péči. Díky tomu podporují nemocné ve všech procesech souvisejících s pobytem v nemocnici. Jsou spojovacím článkem mezi lékaři, sestrami, sociálními službami a externími poskytovateli následné péče. Díky všemu výše zmíněnému, tak pomáhají lidem zbavit se organizačních úkolů souvisejících s hospitalizací, ale i všemi otázkami souvisejícími s pobytem v nemocnici, které pacienti mohou mít.

7.3 Základní informace o velikosti a případných specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému

Primární cílovou skupinou problematiky nedostačujících kapacit jsou sociální pracovníci ve zdravotnictví. I přesto bych tuto kapitolu, alespoň částečně chtěla věnovat pacientům v nemocnicích, kteří jsou také důležitou součástí.

Okresní město sčítá okolo 50 000 obyvatel, přičemž v samotném okrese města můžeme nalézt více než 150 vesnic. V nemocnici je tak ročně ošetřeno několik desítek tisíc pacientů.

Spektrum cílových skupin je zde tedy skutečně pestré i díky tomu, že nemocnice jako taková sčítá přibližně 20 ambulancí a více než 20 oddělení. Seniori, lidé se závislosti na alkoholu či drogách, oběti domácích násilí, lidé s postižením, lidé bez domova ale třeba i děti z problémových rodin jsou všechno osoby, které potřebují pomoc sociálního pracovníka.

Vzhledem k již zmíněné pestrosti potencionálních klientů není možné zabývat se všemi cílovými skupinami podrobně. Proto jsou klienti nastíněni do skupin dle toho, k jakému sociálnímu pracovníkovi by dle vytvořeného projektu spadali. Zvláštní pozornost je však věnována sociálním pracovníkům na následných lůžkách, kde se nejčastěji setkávají s cílovou skupinou seniorů, jenž je ze všech výše zmíněných největší.

Pacienti na akutních lůžkách

Akutní lůžko je běžné lůžko v nemocnici například na chirurgii, interně, kožním oddělení atd. Akutní lůžka se podle stupně a náročnosti péče dále dělí na základní, JIP a ARO. Na těchto typech lůžek se proto nejčastěji můžeme setkat s pacienty, kteří jsou hospitalizováni krátkodobě. Nejvíce poté s dětmi a oběti domácích násilí. Není však výjimkou se na těchto typech oddělení potkat i s lidmi se závislostí, handicapem apod.

Pacienti na následných lůžkách

Druhým typem jsou lůžka následné péče, určená pacientům, kteří již nepotřebují akutní péči. V tomto případě jsou základním typem lůžka v léčebně dlouhodobě nemocných a dalšími typy lůžka pro dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči či dlouhodobou intenzivní péči například v případě pacientů na ventilátoru na ARO. I zde se můžeme potkat se širokou skupinou klientů v jejichž životních situacích se může prolínat více problémů najednou. I přes to nejčastěji hospitalizovanými na těchto lůžkách jsou starší lidé.

Specifika práce s cílovou skupinou seniorů

Na lůžkách léčen dlouhodobě nemocných je největší potřebnost sociálně zdravotního pracovníka. Nejpodstatnější skupinu zde tvoří právě senioři. Nemocnice má celkem 4 tato oddělení, přičemž každé z nich má 30 lůžek určené pro pacienty. Lidé mohou být na těchto lůžkách hospitalizováni maximálně po dobu 3 měsíců, pak je potřeba hledat místo nové. Není však výjimečné, že propuštění lidé se do nemocnice opakovaně vrací. V praxi to díky neřešeným životním situacím seniorů většinou funguje tak, že člověk je propuštěn do ambulantní péče – domů, kde se jeho zdravotní stav zhorší natolik, že je znovu přijat k hospitalizaci na lůžko akutní, ze kterého se opět vrací na lůžko následné.

Sociální pracovník by s využitím metod a poznatků sociální práce měl být schopný pomáhat seniorům v jejich tíživých životních podmínkách. Dále jim poskytovat odborné sociální poradenství, sledovat jejich potřeby, zjišťovat a řešit důsledky a dopady zdravotního problému na život pacienta nejčastěji v oblasti bydlení, financí apod., také by měl jednat a spolupracovat s příslušnými orgány a institucemi, zajišťovat následné sociální služby a komunikovat s rodinou či s dalšími blízkými, což se momentálně vzhledem k nedostatečným kapacitám sociálního oddělení neděje.

7.4 Popis metod získání předložených dat

Tato část pomocí tabulky představuje popis metod předložených dat s konkrétními příklady.

Metoda	Konkrétní příklady
Vlastní zkušenost/ Pozorování:	<ul style="list-style-type: none">– Praxe na odděleních jako studentka Střední zdravotnické školy.– Práce na interním oddělení nemocnice jako praktická sestra.
Rozhovor:	<ul style="list-style-type: none">– S nelékařským zdravotnickým personálem. (staniční sestra interny, vrchní sestra Interny, všeobecné sestry, ošetrovatelský personál.)– Se sociální pracovníci nemocnice– Se sociální pracovníci Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze.– S lékaři
Analýza kapacit sociálního oddělení okresní nemocnice s porovnáním ostatních nemocnic:	<ul style="list-style-type: none">– Informace byly čerpány především z oficiálních stránek nemocnice AGEL v Přerově, Šternberku, Jeseníku a Prostějově, Vojenské nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Olomouc a Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze.

Tabulka 2 Popis metod získání předložených dat.

7.5 Specifikace stakeholderů – subjektů zapojených do problematiky v různých rolích (ostatní subjekty zapojené do projektu mimo cílovou skupinu)

Problém nedostačujících kapacit sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice má několik stakeholderů, jenž jsou zapojeny do problematiky nedostačujících kapacit sociálního oddělení nemocnice.

Níže zmíněné stakeholdery mohou v budoucím projektu participovat na pomoci klientům, kteří jsou propuštěni z nemocnice a potřebují být přeloženi do jiného zdravotnického zařízení s určitou specializací, potřebují ošetření zubaře, pomoc soudů či u dětí škol apod. Stakeholdery jsou rozděleny do několika skupin.

První skupinu tvoří subjekty soukromého zřizovatele nemocnic a jeho spolupráce s ostatními zdravotnickými zařízeními. **Agel a.s** je poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. Jen v České republice v současné době provozuje 14 nemocnic, síť poliklinik, síť lékáren, laboratoří, distribuční společnosti a další specializovaná zdravotnická zařízení. Agel v Olomouckém kraji, který by mohl participovat na projektu rozšíření kapacit sociálního oddělení, a to například částečnou finanční podporou projektu, spoluprací při odkazování pacientů do dalších zdravotnických zařízení či poradenstvím mezi zaměstnanci těchto zařízení je například Poliklinika AGEL Olomouc, nemocnice AGEL Prostějov, nemocnice AGEL Přerov, nemocnice AGEL Šternberk, nemocnice AGEL Jeseník či AGEL Gynekologické centrum s.r.o.

Druhá skupina představuje subjekty spadající pod oblast zdravotnických zařízení poskytujících pobytové služby, kam řadíme Vojenskou nemocnici Olomouc, odborný léčebný ústav v Pasece, Internu Zábřeh a nemocnici Šumperk. Dále sem patří ambulantní lékaři a zubaři či stakeholdery související se sociální oblastí jako jsou sociální služby pro seniory, hospice, azylové domy, ubytovny, komunitní centra či dětské domovy nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Třetí skupinu tvoří stakeholdery, jenž mohou být do problematiky zapojeny v obecném měřítku a nezapadají do oblastí zdravotnictví ani sociální péče. Jsou to zejména soudy, policie, zdravotní pojišťovny, státní správy, OSPOD, sociální kurátoři, široká veřejnost, rodiny a školy, statutární města, města, kraje a další.

Všechny výše zmíněné stakeholdery mohou participovat na zvětšování kapacit sociálního oddělení okresní nemocnice, a to především finanční podporou projektu.

7.6 Závěr řešerše

Jaký je tedy ideální počet klientů spadajícího na jednoho sociálního pracovníka? Z metodického pokynu Ministerstva práce a sociálních věcí ze 4.12. 2006 vyplývá, že na

základě analýz činností a časových snímků pracovníků dávkové oblasti sociální péče byly jednotlivými výzkumy a na základě stanovisek různých národních i mezinárodních institucí zjištěny názory, že na jednoho odborného pracovníka by mělo připadat zhruba 50 až 150 klientů (Metodický pokyn MPSV č.1/200 6 ze dne 4.12. 2006).

Dále MPSV č. 1/2018 k realizaci činností sociální práce na pověřených obecních úřadech, obecních úřadech obcí s rozšířenou působností a krajských úřadech (dále jen „DP č. 1/2018“) doporučuje, že na jednoho sociálního pracovníka by mělo připadat maximálně 120 až 150 klientů. Hranice je tak v obou případech stejná. Všechny tyto informace však můžeme převést i do oblasti sociální práce ve zdravotnictví.

Je totiž evidentní, že nároky kladené na sociální pracovníky se neustále zvyšují a pracovníci řeší celou řadu složitých a náročných situací, které vyžadují nemalé množství času a pracovního nasazení. A právě dostatek času, věnovaný ze strany sociálního pracovníka klientovi, je klíčový pro úspěšnou a profesionální práci. Především z toho důvodu, aby bylo možné navázat důvěru, ve které by byl klient ochoten a schopen otevřeně hovořit o své tíživé zdravotní a sociální situaci, a často také proto, aby se ve své nové životní situaci spojené se zdravotní komplikací dokázal sám zorientovat.

Pro tento účel potřebují mít sociální pracovníci přiměřenou agendu klientů, kterým věnují svůj čas. Je jistě dobrým příkladem praxe, když sociální pracovníci mají svou agendu rozdělenou dle jednotlivých nemocničních oddělení či klinik a zároveň vzájemně znají práci jeden druhého pro potřeby nutného (krátkodobého) zastoupení. Naopak kvalitní práce sociálního pracovníka v nemocnici je jen těžko myslitelná v situacích, kdy v celé nemocnici působí pouze jeden sociální pracovník a sám spravuje agendu všech oddělení (MPSV, sešit sociální práce, Sociální práce ve zdravotnictví, str.60).

8 Představení projektu s názvem Inovace sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice

Projekt Inovace sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice si klade za cíl na základě odborných zdrojů a vypracované analýzy potřebnosti z práce absolventské vytvořit projekt, který usiluje o zefektivnění procesů a rozšíření kapacit sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice s cílem zkvalitnit poskytované služby pacientům této nemocnice.

Projekt vytváří například nová pracovní místa pro sociálně zdravotní pracovníky a snaží se pomocí klíčových aktivit propojit multidisciplinární tým. Cíl projektu je definovány podle Smart podmínek. To znamená, že je specifický, měřitelný, akceptovaný a reálný. Specifický cíl musí být definován přesně a v tomto případě se týká zefektivnění procesů a rozšíření kapacit sociálního oddělení. Splnění cíle musí být měřitelné, aby bylo možné změřit, zda byl cíl skutečně dosažen. Cíl musí být také akceptovaný odpovědnou osobou, aby byl projekt úspěšný. A konečně, cíl musí být reálný, aby bylo možné ho dosáhnout.

9 Popis a analýza potřeb cílové skupiny

Analýza cílových skupin slouží k vymezení očekávání (potřeb, požadavků atd.) jednotlivých aktérů, skupin a dalších zainteresovaných osob a také k návrhu opatření. K provedení analýzy se používá tabulka s navrženými sloupci (Půček, 2020 [online]) viz. Tabulka 4 Struktura analýzy cílových skupin.

Dále tato kapitola obsahuje popis cílových skupiny, jež jsou rozděleny do dvou částí. První skupinu tvoří přímý příjemci, kteří z realizace projektu mají prospěch přímo z klíčových aktivit projektu. Druhou skupinu poté tvoří příjemci nepřímý, kterých je podstatně více. Jedná se totiž o skupinu příjemců, která z realizace projektu bude mít užitek nepřímo, a nebo následně.

Č.	Název cílové skupiny	Požadavky ze strany vybrané okresní nemocnice	Očekávání cílové skupiny	Způsob komunikace	Opatření
1	Sociálně-zdravotní pracovníci vybrané okresní nemocnice jako přímí příjemci projektu	<ul style="list-style-type: none"> Zvýšení kvality poskytované sociální péče Profesionální přístup sociálně-zdravotních pracovníků Odborná znalost sociálně-zdravotních pracovníků Osobnostní předpoklady sociálně-zdravotních pracovníků k vykonávání dané profese Celoživotní vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků 	<ul style="list-style-type: none"> Přístup ke zdrojům a materiálům Podpora od vedení nemocnice Jasně vymezení profesionální role sociálně-zdravotního pracovníka a náplně práce Podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany nemocnice Průběžná supervize Omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby Dostatečné personální obsazení sociálního oddělení Kombinace přímé práce s klienty a jinými činnostmi, jež nezahnují přímou práci s klienty Provázanost multidisciplinárního týmu 	<ul style="list-style-type: none"> Webové stránky nemocnic Odborná literatura Osobní rozhovory Běžné kanály komunikace 	<ul style="list-style-type: none"> Propojení zdravotnického a sociálního systému Nastavení provázanosti multidisciplinárního týmu Odstatek financí Vytvoření dokumentů s jasně definovanou náplní práce sociálně-zdravotního pracovníka
2	Pacienti vybrané okresní nemocnice jako nepřímí příjemci projektu	<ul style="list-style-type: none"> Snížení doby hospitalizace u pacientů Snížení nákladů na hospitalizaci pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitní sociální péče Dostupnost sociální péče Informovanost o možnosti využití sociální péče Možnost zpětné vazby Možnost zapojení se do řešení vlastní náročné životní situace Profesionální přístup Dostatek času sociálně-zdravotního pracovníka na pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> Osobní rozhovory Odborná literatura 	<ul style="list-style-type: none"> Letáčky o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků vyčleněné po nemocnici Kvalitně nastavené sociální oddělení Schránka důvěry jako možnost zpětné vazby před místností, kde bude probíhat sociální poradenství
3	Rodiny pacientů vybrané okresní nemocnice jako nepřímí příjemci projektu	<ul style="list-style-type: none"> Dostatečná informovanost rodinných příslušníků o možnostech řešení náročné životní situace pacienta Aktivní zapojení se do řešení náročné životní situace pacienta 	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitní sociální péče o pacienta Informovanost rodinných příslušníků o stavu pacienta Možnost zapojení se do řešení náročné životní situace pacienta Možnost zpětné vazby 	<ul style="list-style-type: none"> Osobní rozhovory Sociální sítě 	<ul style="list-style-type: none"> Letáčky o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků vyčleněné po nemocnici Kvalitně nastavené sociální oddělení Schránka důvěry jako možnost zpětné vazby před místností, kde bude probíhat sociální poradenství
4	Nelékařský zdravotnický personál vybrané okresní nemocnice jako nepřímí příjemci projektu	<ul style="list-style-type: none"> Dostatečná informovanost o možnostech řešení náročné životní situace pacienta Aktivní zapojení se v multidisciplinárním týmu 	<ul style="list-style-type: none"> Méně sociálních hospitalizací Provázanost multidisciplinárního týmu 	<ul style="list-style-type: none"> Osobní rozhovory Osobní zkušenost 	<ul style="list-style-type: none"> Předávání informací o sociálním oddělení při nábírání nových nelékařských zdravotnických pracovníků do zaměstnání Propojení zdravotnického a sociálního systému Nastavení provázanosti multidisciplinárního týmu
5	Lékařský zdravotnický personál vybrané okresní nemocnice jako nepřímí příjemci projektu	<ul style="list-style-type: none"> Dostatečná informovanost o možnostech řešení náročné životní situace pacienta Aktivní zapojení se v multidisciplinárním týmu 	<ul style="list-style-type: none"> Snížení povinnosti lékařů Více času na pacienty, díky odpadnutí povinnosti řešení sociálních situací pacientů Provázanost multidisciplinárního týmu 	<ul style="list-style-type: none"> Osobní rozhovory 	<ul style="list-style-type: none"> Předávání informací o sociálním oddělení při nábírání nových lékařů do zaměstnání Propojení zdravotnického a sociálního systému Nastavení provázanosti multidisciplinárního týmu

Tabulka 3 Struktura analýzy cílových skupin.

9.1 Sociálně-zdravotní pracovníci vybrané okresní nemocnice jako přímí příjemci projektu

Zdravotně-sociální pracovník je profesí, která se pohybuje na pomezí regulace zdravotní a sociální péče mezi oběma právními úpravami, tj. zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních a zákonem o sociálních službách je řada vztahů a odkazů (Brůha, Prošková, 2011, s.226). **Odborná způsobilost** je tak jednou ze základních potřeb,

kteřá pracovníkovi může pomoci vyřešit složité situace se kterými se ve svém zaměstnání může setkat.

Příkladem těchto situací mohou být například obtíže v interakci mezi klientem a určitou organizací (např. nemocnicí). Aby sociálně-zdravotní pracovník porozuměl působení těchto okolností na průběh interakce mezi klientem a lidmi v dotyčné organizaci (např. lékaři a zdravotními sestrami), potřebuje použít některé pojmy medicíny a psychiatrie, rámcově se vyznat v dynamice inflace a kupní síly dávek sociální pomoci, na klientův životní styl pohlížet bez předsudků pomocí termínů sociologie kultury a na účinky rodinných vztahů nahlížet z hlediska sociální psychologie (Matoušek a kol., 2013, s. 507). S potřebou odborných znalostí však souvisí i **přístup ke zdrojům a materiálům** jako jsou příručky, brožury a další informační zdroje, které pracovníkům umožní poskytnout pacientům a jejich rodinám relevantní a aktuální informace.

Podpora od vedení nemocnice je nezastupitelnou součástí práce sociálně zdravotního pracovníka. Jasná definice poslání organizace (nemocnice) a metod práce, jasné **vymezení profesionální role pracovníka a náplně práce**. Existence programů osobního rozvoje a **podpora dalšího vzdělávání** pracovníků ze strany nemocnice například v rozvoji komunikace, která tvoří velkou součást sociálně-zdravotní práce. Průběžná **supervize**. Omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby s čímž souvisí **dostatečné personální obsazení** sociálního oddělení. Kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty mohou sloužit jako **prevence syndromu vyhoření** nímž sociálně-zdravotní pracovníci vzhledem k nejen velké emoční zátěži mohou trpět. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

9.2 Pacienti vybrané okresní nemocnice jako nepřímý příjemci projektu

Nemoc člověka je provázena obvykle nepříjemnými pocity, nejistotou, někdy i úzkostí, strachem. Ať už se jedná o banální onemocnění – virózu, anginu, nebo o operační zákrok, obvykle znejistíme, trochu ztrácíme půdu pod nohama. Absence v práci, nezvládnutí učiva, pobyt v nemocnici, izolace od blízkých lidí, to vše nám bere pocit jistoty a bezpečí (Trachtová a kol., 2001, s. 141).

Aby byl sociálně-zdravotní pracovník schopný snížit tyto pocity pacientů je důležité, aby vůči pacientům měl vždy **profesionální přístup** a **dostatek času** na konkrétní sociální situaci pacienta, což je i hlavní přínos propojení multidisciplinárního týmu ze strany sociálně-zdravotních pracovníků. Sociálně-zdravotní pracovníci by měli pacientovi vždy předávat **pravdivé a řádné informace** o jeho sociální situaci a možnostech jejího řešení. (Matoušek a kol., 2005)

Zároveň by pacienti měli **umožnit** aktivně **se podílet** na řešení těchto situací, aby je podněcovali a dali mu prostor na **zpětnou vazbu** týkající se kvality a dostupnosti poskytování pomoci od sociálně-zdravotních pracovníků.

9.3 Rodiny pacientů jako nepřímí příjemci projektu

Rodina, jako nejstarší základní společenská skupina či společenství, nejtěsněji spjatá nejrůznějšími vztahy uvnitř i navenek. Funkcemi, činnostmi zabezpečujícími potřeby svých členů a společnosti jako celku, prochází celou svou historií neustálými změnami co do své velikosti, významu i začlenění do společnosti. Adaptuje se přitom na její nejrůznější proměny či vývojové stupně. Přizpůsobujíc se jim, udržuje život člověka prakticky ve všech jeho sférách a cyklech (Dunovský, 1999, str. 91-92).

Právě z těchto důvodů je důležité, aby rodina pacienta, pokud si to pacient sám přeje byla **informována** o jeho stavu či o **možnostech zapojení** se do řešení jeho složité životní situace. Zároveň je důležité vědomí rodiny, že jejich rodinnému příslušníkovi je poskytována **kvalitní sociální péče**. V neposlední řadě by i rodina pacienta stejně jako pacient sám měla mít možnost dát nemocnici, konkrétně sociálně-zdravotním pracovníkům **zpětnou vazbu**.

9.4 Nelékařský zdravotnický personál vybrané okresní nemocnice jako nepřímí příjemci projektu

Nelékařská zdravotnická povolání jsou upravena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Na rozdíl od lékařských povolání se v případě nelékařů jedná o heterogenní skupinu, čítající 42 povolání s velmi variabilními požadavky na absolvované vzdělání. Někteří z těchto pracovníků jsou připraveni vykonávat své povolání bezprostředně po absolvování odborné přípravy. U jiných je samostatný výkon povolání vázán na další odborný růst v podobě specializačního vzdělávání. (NZIP [online]).

Nejčastěji jsou v kontaktu s pacienty však všeobecné sestry. Mezi potřeby a očekávání těchto příjemců tak patří **méně sociálních hospitalizací** a **zvýšení provázanosti multidisciplinárního týmu**.

9.5 Lékařský zdravotnický personál jako nepřímý příjemci projektu

Lékařská zdravotnická povolání jsou upravena zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (NZIP [online]).

Ve vybrané okresní nemocnici se však nejčastěji setkáváme s lékaři, a to nejrůznějšího zaměření. Mezi hlavní potřeby a očekávání lékařů související s rozšířením sociálního oddělení nemocnice patří **zvýšení provázanosti multidisciplinárního týmu a méně sociálních hospitalizací** s čímž souvisí snížení povinnosti lékařů a **více času na pacienty**. V současných podmínkách nedostačujících kapacit sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice, to totiž vypadá tak, že sociální situace pacientů často řeší lékařský zdravotnický personál, což by měla být kompetence právě sociálně-zdravotního pracovníka.

9.6 Vedení vybrané okresní nemocnice jako nepřímý příjemci projektu

Vedení vybrané okresní nemocnice se sestává s celkem devíti členů, mezi které můžeme zařadit například předsedkyni představenstva dané nemocnice, hlavní personalistku, informatika, správkyni sestru či manažera kvality a další.

Mezi očekávání, ale i potřeby této skupiny související s rozšířením sociálního oddělení můžeme řadit **zvýšení kvality poskytované sociální péče, profesionální přístup** sociálně-zdravotních pracovníků, tak aby reprezentovali vybranou okresní nemocnici. S čímž souvisí i **odborná znalost pracovníků** jejich **osobnostní předpoklady** k vykonávání dané profese a **ochota se celoživotně vzdělávat**, tak aby neustále zkvalitňovali poskytovanou sociální péči pacientům.

10 Klíčové aktivity a indikátory projektu

Pro kvalitní řízení projektu je nezbytné, aby všichni, kdož se podílejí na realizaci projektu, znali všechny klíčové úkoly a cíle daného projektu. Pro toto informování je nezbytné, aby všichni měli klíčové aktivity projektu k dispozici a měli možnost se na pravidelných setkáních týmu seznamovat s výstupy jiných klíčových aktivit. Klíčové aktivity jsou hlavní náplní projektu a zároveň slouží jako prostředek k dosažení cíle projektu. (Evropská unie, MŠMT [online])

Indikátory jsou určeny pro monitorování průběhu a výsledku realizace projektů, oblastí podpory a prioritních programů vzhledem ke stanoveným cílům. Seznam sledovaných indikátorů schvaluje monitorovací výbor a je součástí prováděcího dokumentu. (Naviga 4 [online])

Níže uvedená tabulka pro lepší přehlednost uvádí klíčové aktivity společně s návazností na indikátory a krátkým popisem. Každá klíčová aktivita je poté podrobněji popsána v jednotlivých podkapitolách.

Klíčové aktivity	Popis	Indikátory
Schůzka s vedením nemocnice	Schůzka s vedením okresní nemocnice, kde by se probral záměr a jednotlivých cílů projektu.	Vyhotovený dokument
Vytvořit inzerát pracovní pozice sociálně-zdravotního pracovníka	Vytvoření inzerátu na pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka s popisem nabízených výhod práce, ale i požadavků od uchazečů o zaměstnání.	1 inzerát publikovaný na 2 internetových portálech sloužících k hledání zaměstnání. (Jobs.cz, Práce.cz)
Výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka	Výběrové řízení by probíhalo v délce přibližně dvou měsíců včetně hledání zájemců o pracovní pozici, tak, aby projekt na rozšíření sociálního oddělení mohl začít, co nejdříve.	Poznámky z výběrových řízeních, e-maily od případných zájemců.
Informovat personál nemocnice o rozšíření sociálního oddělení	Po úspěšném výběrovém řízení by probíhalo informování personálu nemocnice o rozšíření sociálního oddělení s možností využití jeho služeb. Předání informací by probíhalo formou hromadných e-mailů, přes hlavní/ vrchní a následně i staniční sestru.	Odeslané e-maily zaměstnanců, podepsané dokumenty o předání informací od hlavní sestry a vrchních a staničních sester.
Informovat pacienty a veřejnost o rozšíření sociálního oddělení a možnosti jeho využití	Po úspěšném výběrovém řízení a informování personálu nemocnice by probíhalo informování pacientů a veřejnosti. Toto informování by opět mohlo mít několik podob, a to skrze výstup v místní televizi či díky letáčkům, které by po areálu nemocnice a blízkém okolí byly rozvěšeny. Další možnosti, kde by se pacienti o rozšíření sociálního oddělení mohli dozvědět by byly aktualizované webové stránky vybrané okresní nemocnice.	1 televizní vstup Aktualizované webové stránky

Tabulka 4 1.část klíčových aktivit

Vytvořit dokument s jasně definovanou náplní práce pro sociálně-zdravotní pracovníky	Dokument bude sloužit pro sociálně-zdravotní pracovníky jako podklad toho, co přesně skýtá jejich náplň práce a co je v jednotlivé dny potřeba udělat.	1 dokument s jasně definovanou náplní práce jednotlivých sociálně-zdravotních pracovníků
Zajistit a naplánovat další vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků	Celoživotní vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků by mělo každoročně obsahovat nejméně 24 hodin v případě plného pracovního úvazku.	24 hodin dalšího vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků za 1 rok
Zajistit supervizora a naplánovat pravidelnou supervizi pro sociálně-zdravotní pracovníky	Smyslem supervize je rozvíjet profesní dovednosti účastníků, posilovat vztahy v pracovním týmu a nacházet řešení problematických situací s nimiž se každodenně sociálně-zdravotní pracovníci potýkají.	2 supervize pro sociálně-zdravotní pracovníky ročně
Vytvoření a následné roznesení letáčku informujících o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků	Vytvoření a následné roznesení letáčku spočívá ve zvýšení informovanosti pacientů o sociálním oddělení vybrané okresní nemocnice.	Vytisknuto a rozneseno 50 informačních letáků o možnosti využití sociálně-zdravotních pracovníků po nemocnici a blízkém okolí nemocnice (3 ostatní služby jako jsou domovy pro seniory apod.)
Zajištění financí	Jedním z možných způsobů, jak získat finance, je hledání grantů nebo dotací od nadací a veřejných institucí, které podporují zdravotnické projekty a iniciativy v oblasti sociální péče.	Dostatek financí na zajištění projektu
Zajištění techniků – propojení systému zdravotnického se sociálním	Vybraná okresní nemocnice plánuje propojit sociální systém se zdravotnickým koncem července tohoto roku.	Propojený sociálně-zdravotní systém
Vytvořit schránku důvěry	Schránka důvěry bude umístěna před místnost, kde bude probíhat sociální poradenství a bude sloužit pacienty jako možnost zpětné vazby či připomínek k pobytu a ošetření vybrané okresní nemocnice.	1 schránka důvěry, 50 dokumentů sloužící pro zpětnou vazbu, které budou vedle schránky důvěry.

Tabulka 5 2. část klíčových aktivit

10.1 Schůzka s vedením nemocnice

Schůzka s vedením vybrané okresní nemocnice je jednou z prvních klíčových aktivit projektu. Schůzka je nutná kvůli schválení a projednání jednotlivých kroků k úspěšnému zahájení inovování sociálního oddělení. Projekt je však předem nutné pečlivě naplánovat například pomocí logramu, který by sloužil jako podklad pro představení projektu a jeho záměru.

10.2 Vytvořit inzerát pracovní pozice sociálně-zdravotního pracovníka

Po schválení projektu vedením vybrané okresní nemocnice, by následovalo vytvořit inzerát na pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka do vybrané okresní nemocnice. Aby inzerát nejen oslovil správné uchazeče, ale aby jim poskytl i všechny potřebné informace, měl by obsahovat následující položky: název firmy a popř. její krátké představení název pracovní pozice, popis pracovní náplně, velikost úvazku, požadavky na kandidáta / kandidátku co nemocnice nabízí (benefity, bonusy), kontakt na kompetentní osobu (jméno, telefon, mail).

Pořadí jednotlivých bodů záleží na každém inzerentovi, v jaké logice chce poskládat informace v inzerátu. Výše zmíněné body jsou dobrým základem, ale lze ho doplnit i o tyto položky: stanovení termínu, do kdy je možné reagovat na inzerát, lokalita nebo místo výkonu práce a nabízený plat. (Dobrá práce [online]).

10.3 Výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka

Výběrové řízení představuje způsob zjišťování informací o zaměstnanci ve vztahu k zamýšlené práci. Výběrové řízení může obsahovat několik otázek, které personalistovi mohou pomoci se rozhodnout jakého kandidáta vybrat. Mezi tyto otázky můžeme řadit například: Co Vás inspirovalo-vedlo k tomu, že se hlásíte na toto místo? Jak jste se dověděl/a o tomto výběrovém řízení? Jakou máte představu o náplni na tomto místě? Jaké budou Vaše první kroky na novém místě, pokud se pro Vás rozhodneme? Čím a jak byste chtěl/a přispět k tomu, aby tato funkce byla přínosem pro naši nemocnici? Co považujete vzhledem k budoucí funkci za prioritní? Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti s přípravou, realizací a vyhodnocením projektů? Zúčastnil/a jste se již nějakým způsobem na nějakém projektu? Pokud ano, tak popište, o co šlo, jaká byla Vaše role, jak projekt dopadl, v čem byl dobrý a co se dalo dělat lépe. Jak jste doposud řešil/a situace, kdy bylo potřeba zajistit nějaký nadstandardní náročný úkol? Popište konkrétně o co šlo a jak jste postupoval/a.? Co můžete nabídnout ze svých znalostí, zkušeností, schopností a vlastností této funkci a této nemocnici? Jaká je Vaše představa o finančním ohodnocení Vaší práce na této pozici? Co očekáváte sám/sama pro sebe od této funkce? Apod. Zároveň by při pohovoru bylo důležité otázky i odlehčit a zajímat se o to, jak kandidát nejčastěji tráví volný čas či co ho naplňuje. (UPOL [online]).

10.4 Informovat personál nemocnice o rozšíření sociálního oddělení

Po úspěšném výběrovém řízení by následovalo informování personálu nemocnice o rozšíření sociálního oddělení s možností využití jeho služeb. Předání informací by probíhalo formou hromadných e-mailů a přes hlavní/ vrchní a následně i staniční sestru. Důraz by byl přitom kladen na to, aby zdravotnický personál, a to jak nelékařský, tak i lékařský v případě hospitalizování či ošetření pacienta na ambulanci, který by potřeboval využít služeb sociálně-zdravotního pracovníka byl skutečně na tyto služby odkázán.

10.5 Informovat pacienty a veřejnost o rozšíření sociálního oddělení a možnosti jeho využití

Informovat pacienty a veřejnost o rozšíření sociálního oddělení a možnosti jeho využití by probíhalo především díky aktualizovaným webovým stránkám vybrané okresní nemocnice, přes letáček či přes místní televizi, která by o rozšíření sociálního oddělení natočila a následně odvysílala krátkou reportáž pro obyvatelstvo města.

10.6 Vytvořit dokument s jasně definovanou náplní práce pro sociálně-zdravotní pracovníky

Tato klíčová aktivita je velmi důležitá správné rozdělení a popsání náplně práce jednotlivých sociálně-zdravotních pracovníků může pracovnícům pomoci efektivně zorganizovat činnosti, tak aby došlo k co největšímu pokrytí potřeb pacientům vybrané okresní nemocnice. Náplně dne pracovníku mohou být inspirovány Fakultní Thomayerovou nemocnicí v Praze.

10.7 Zajistit a naplánovat další vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků

Systematické vzdělávání pracovníků v sociálních službách je celoživotním úkolem. Sociální práce se stále vyvíjí, stejně jako metody, přístupy i potřeby cílových skupin. Nové teoretické poznatky dávají neustálé podněty k novým typům sociálních služeb a sociálních činností. Sociálně-zdravotní pracovníci by tak v rámci projektu měli naplánované kurzy v rámci celoživotního vzdělávání. Celkem by se jednalo o 24 hodin ročně. Kurzy mohou obsahovat úvod do problematiky sociálně patologických jevů či inkontinence apod.

10.8 Zajistit supervizora a naplánovat pravidelnou supervizi pro sociálně-zdravotní pracovníky

Supervize představuje důležitou oblast profesního růstu. Původně byla běžnou součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech je stále více žádána a oceňována i v dalších oblastech práce s lidmi – pomáhajících profesích, medicíně, školství, výchově, managementu, pracovních týmech apod. (Novotný [online])

Supervize je důležitá pro sociálně-zdravotní pracovníky z několika důvodů. Zaprvé, umožňuje pracovníkům diskutovat o složitých situacích, se kterými se mohou setkat v praxi, a získat zpětnou vazbu na svou práci. To může pomoci zlepšit kvalitu poskytované péče a předcházet potenciálním chybám.

Zadruhé, supervize může pomoci pracovníkům zvládat stres a emocionální zátěž, kterou mohou zažívat v důsledku práce s pacienty, kteří jsou v těžké životní situaci. Toto může vést ke snížení rizika vyhoření a k udržení psychického zdraví pracovníků.

Zatřetí, supervize může pomoci pracovníkům rozvíjet své dovednosti a kompetence, a tím zvyšovat kvalitu jejich práce. Tím se může také zlepšovat spokojenost pacientů a zvyšovat efektivitu poskytované péče. Celkově lze tedy říci, že supervize je důležitá součástí pracovního procesu sociálně-zdravotních pracovníků, která přispívá k zajištění kvalitní a účinné péče o pacienty a k udržení psychického zdraví a spokojenosti sociálně-zdravotních pracovníků.

10.9 Vytvoření a následné roznesení letáček informujících o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků

Vytvoření a rozšíření letáček informujících o možnostech využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků má několik důležitých funkcí: Pomáhá zvýšit povědomí pacientů a jejich rodinných příslušníků o existenci sociálně-zdravotních pracovníků a o tom, jak mohou pomoci během a po hospitalizaci. Dále umožňuje pacientům a jejich rodinám snadněji najít pomoc a podporu, kterou potřebují. Vytvoření letáček má také významný vliv na kvalitu poskytované péče, protože přispívá ke zlepšení komunikace mezi pacienty, rodinnými příslušníky a zdravotnickým personálem. Díky lepší informovanosti o službách sociální péče mohou pacienti a jejich rodiny lépe porozumět svému zdravotnímu stavu a přijmout efektivnější rozhodnutí ohledně svého léčebného plánu.

Rozšíření letáček přináší výhody pro samotnou nemocnici, protože umožňuje snížit počet sociálních hospitalizací a zkrátit dobu hospitalizace u pacientů, kteří vyžadují sociální péči, tím, že pacienty o existenci služby informuje. Návrh letáku viz. Příloha č. 8.

10.10 Zajištění financí

Zajistit finance na rozšíření sociálně-zdravotního oddělení je důležité, aby bylo možné poskytovat kvalitní sociální péči pacientům, kteří potřebují hospitalizaci ze sociálních důvodů, a snížit dobu jejich hospitalizace.

Získání financí na projekt může být však obtížné, protože všechny nemocnice mají omezený rozpočet. Jedním z možných způsobů, jak získat finance, je hledání grantů nebo

dotací od nadací a veřejných institucí, které podporují zdravotnické projekty a iniciativy v oblasti sociální péče.

Další možností je spolupráce s místními sponzory nebo firmami, které mají zájem podpořit zdravotnický sektor a sociální péči ve své komunitě. Významnou roli může hrát také fundraising – tedy sbírání finančních prostředků od veřejnosti. S pomocí mediální kampaně a osvěty o projektu by se mohla najít podpora mezi veřejností, ať už formou finančních příspěvků, nebo dobrovolnické práce. Je důležité být kreativní a hledat nové možnosti, jak získat finanční prostředky pro tento projekt. Také může být užitečné se obrátit na specialisty na získávání financí či spolupracovat s organizacemi, které mají zkušenosti s podobnými projekty.

10.11 Zajistit techniky

Propojení sociálního a zdravotního systému může přinést mnoho výhod pro pacienty a pro poskytovatele zdravotní péče. Technické řešení propojení umožňuje zdravotnickému personálu a sociálně-zdravotním pracovníkům snadno sdílet informace o pacientech, což vede k lepší koordinaci péče a zlepšení kvality péče. Pacienti se tak mohou těšit z rychlejších a účinnějších řešení svých zdravotních a sociálních potřeb.

Propojení sociálního a zdravotnického systému také umožňuje sledovat a analyzovat data o zdravotním stavu pacientů a jejich sociálních potřebách, což může vést k lepšímu porozumění a predikci vývoje jejich zdravotního stavu a včasnému poskytnutí potřebné péče. Taková data mohou také posloužit k výzkumu a vývoji nových zdravotnických technologií a metod, což může vést k většímu pokroku v oblasti zdravotní péče.

Financování technického řešení propojení sociálního a zdravotnického systému může být získáno například z evropských fondů, z dotací vlády nebo z rozpočtu zdravotnického zařízení. Kromě toho mohou být využity i soukromé zdroje financování, například investoři z oblasti zdravotnictví nebo filantropické organizace.

10.12 Vytvořit schránku důvěry

Zajistit/ vytvořit box jako schránku důvěry a umístit ho před místností, kde se poskytuje sociální poradenství, je důležité pro pacienty a jejich rodiny, které mohou mít mnoho otázek nebo obav týkajících se péče a léčby, ale ne vždy se chtějí nebo mohou zeptat ošetřovatelského personálu. Schránka důvěry může poskytnout pacientům a jejich rodinám možnost napsat své dotazy, obavy nebo návrhy a zaslat je zdravotnickému týmu. Dále může být schránka důvěry užitečná pro ty pacienty, kteří mají potíže s komunikací, studem nebo jsou omezeni v jiném ohledu.

11 Popis terénního průzkumu na potvrzení analýzy potřebnosti vybraných cílových skupin

V rámci projektu na Inovaci sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice byl proveden terénní průzkum na potvrzení analýzy potřebnosti vybraných cílových skupin v dané okresní nemocnici. Pro získání relevantních informací byla využita kombinace různých zdrojů dat. Kromě vlastní zkušenosti byly také uskutečněny rozhovory se sociální pracovníci, nelékařským zdravotnickým personálem a lékařským personálem. Tyto rozhovory poskytly cenné informace o potřebách a výzvách v oblasti sociální práce v nemocničním prostředí.

V rámci průzkumu bylo též kontaktováno vedení nemocnice. Nejprve komunikace probíhala přes e-mail, následně i na osobní schůzce. Všechny tyto kroky přispěly k získání relevantních informací týkající se projektu a získání uceleného pohledu na situaci, tak aby pomohly navrhnout efektivní opatření pro rozšíření sociálního oddělení v dané okresní nemocnici.

12 Management rizik projektu

Řízení rizik (Risk Management) je oblast řízení zaměřující se na analýzu a snížení rizika, pomocí různých metod a technik prevence rizik, které eliminují existující nebo odhalují budoucí faktory zvyšující riziko. Cílem řízení rizik je snížení výskytu nežádoucích situací a událostí. (Pokorná, 2023 [online])

Níže uvádím detailnější schéma managementu rizik včetně uvedení pravděpodobnosti vzniku daného rizika a jeho dopadu na budoucí projekt.

Předpokládané riziko	Pravděpodobnost (nízká, spíše nižší, spíše vyšší, vysoká)	Dopad (malý, spíše velký, spíše větší, velký)	Návrh předejítí	Návrh řešení
Nezájem vedení vybrané okresní nemocnice o projekt	Spíše nižší	Velký	Představení příznivého dopadu pro pacienty, ale i pracovníky.	Přeprocování představeného návrhu projektu.
Personál nemá zájem o spolupráci se sociálně-zdravotními pracovníky	Spíše nižší	Velký		
Nezájem o pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka	Spíše nižší	Velký	Kvalitně zpracovaný inzerát na pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka.	Změna inzerátu, prodloužení doby hledání nových sociálně-zdravotních pracovníků, zvýšení inzerátu na více internetových webů týkajících se hledání nového zaměstnání (Jobs.cz atd.)
Neúspěšné výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka – nevhodní uchazeči	Spíše nižší	Velký	Kvalitně zpracovaný inzerát na pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka s jasně definovanými požadavky	Změna inzerátu, prodloužení doby hledání nových sociálně-zdravotních pracovníků, zvýšení inzerátu na více internetových webů týkajících se hledání nového zaměstnání (Jobs.cz atd.)
Nezájem a stud ze strany pacientů použít služby sociálně-zdravotního pracovníka	Nízká	Velký	Představení této sociální služby, vytvoření letáčků, představení této služby na webových stránkách, odvysílaná reportáž v místní televizi	Vysvětlení pacientům přínosy pomáhajícího pracovníka.
Nedostatečně zpracovaný dokument s jednotlivými činnostmi sociálně-zdravotních pracovníků není	Spíše nižší	Velký	Konzultace s odborníky ohledně dokumentu. Inspirace zahraničními zdroji.	Přeprocování dokumentu.
Sociálně-zdravotníci pracovníci nemají zájem o zajištění celoživotního vzdělání	Spíše nižší	Velký	Uzpůsobení celoživotního vzdělání a potřebu sociálně-zdravotnických pracovníků. Zapojení pracovníků do plánování.	Představení příznivého dopadu celoživotního vzdělání pro pacienty, ale i pracovníky.
Sociálně-zdravotní pracovníci nemají zájem o využití supervize	Spíše nižší	Spíše větší	Zapojení celého pracovního týmu do plánování supervizi. Zjištění, co by v rámci supervizi potřebovali zajistit a proč.	Vysvětlení přínosu supervize pro jejich profesi. Návrh pro jiné pomocné metody (intervize...)
Nevhodný supervizor	Spíše nižší	Spíše větší	Konzultace se sociálně-zdravotními pracovníky o tom, jaký přístup vedení a komunikace jim vyhovuje.	Změna supervizora.
Nedostatek financí pro zajištění projektu	Spíše nižší	Velký	Žádost o granty, dary, veřejné sbírky. Představení přínosu pro financování tohoto projektu.	Pozměnění klíčových aktivit či propozic projektu.

Tabulka 6 Management rizik projektu

13 Výstupy a výsledky projektu na Inovaci sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice

Cílem projektu bylo rozšířit sociální oddělení vybrané okresní nemocnice, snížit dobu hospitalizace u pacientů, kteří jsou hospitalizováni ze sociálních důvodů a zvýšit kvalitu poskytované sociální péče o pacienty.

K tomuto účelu bylo nutné přinést konkrétní výstupy a výsledky projektu. Mezi hmatatelné výstupy může patřit například vytvoření tří pracovních míst pro sociálně-zdravotní pracovníky, aktualizace webových stránek vybrané okresní nemocnice, vytisknutí a roznesení 50 informačních letáků o možnostech využití sociálně-zdravotních pracovníků po nemocnici a v blízkém okolí. Kromě toho byl vytvořen i dokument s jasně definovanou náplní práce jednotlivých sociálně-zdravotních pracovníků, který pomáhá při orientaci a organizaci práce.

Další výstupy projektu zahrnují 24 hodin dalšího vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků za 1 rok, což jim umožňuje rozvíjet své dovednosti a zvyšovat kvalitu poskytované péče. Kromě toho budou sociálně-zdravotní pracovníci supervizováni 2krát ročně, což jim poskytuje možnost diskutovat o složitých případech a získat zpětnou vazbu na svou práci.

Výsledky projektu jsou rovněž důležité a zahrnují propojení sociálního systému se zdravotnickým a vytvoření schránky důvěry, před místností, kde bude probíhat sociální poradenství. Tento krok usnadňuje pacientům sdělení svých potřeb a umožňuje jim podat zpětnou vazbu na poskytovanou péči. Výsledky projektu přinášejí jasný přínos pro pacienty, nemocnici a celkově pro společnost. Zlepšená kvalita péče o pacienty a snížení doby hospitalizace znamená úsporu finančních zdrojů nemocnice a zvyšuje její efektivitu.

Díky schránce důvěry a vytvořeným informačním letákům se také zvyšuje povědomí o možnostech využití sociálně-zdravotních pracovníků a jejich role v procesu léčby. Celkově lze tedy říci, že projekt přispěl k lepšímu propojení zdravotnického a sociálního systému a k větší efektivitě poskytované péče.

14 Popis přidané hodnoty projektu

Projekt na inovaci sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice přináší celou řadu přidaných hodnot a pozitivních výsledků. Díky vytvoření tří nových pracovních míst pro sociálně-zdravotní pracovníky se v budoucnu může podařit snížit počet sociálních hospitalizací v nemocnici a tím zároveň snížit tlak na lůžka a personál nemocnice.

Kromě toho schránka důvěry může zlepšit kvalitu poskytované sociální péče a umožnit pacientům snadněji sdělit své potřeby a zpětnou vazbu na poskytovanou péči. Propojení sociálního a zdravotnického systému s sebou zase nese pozitivum v podobě podpoření propojenosti multidisciplinárního týmu.

Další přidanou hodnotou projektu je možnost 24 hodinového dalšího vzdělávání různého zaměření pro sociálně-zdravotní pracovníky za rok a supervize dvakrát ročně, což pracovníkům umožňuje rozvíjet své dovednosti a tím zvyšovat kvalitu poskytované péče pacientům. Vytvoření dokumentu s jasně definovanou náplní práce jednotlivých sociálně-zdravotních pracovníků také může pomoci při orientaci a organizaci práce.

Celkově lze říci, že projekt inovace sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice přináší mnoho přidané hodnoty a pozitivních výsledků pro pacienty, nemocnici i společnost jako celek. Snížení počtu sociálních hospitalizací v nemocnici a propojení sociálního a zdravotnického systému znamená menší tlak na lůžka a personál nemocnice a úsporu finančních zdrojů. Zlepšení kvality poskytované sociální péče pak přináší pacientům lepší zkušenosti s péčí a pomáhá jim lépe se zotavit.

15 Harmonogram – Ganttův diagram

30.4. 2023–30.4. 2024	KVĚTEN	ČERVEN	ČERVENEC	SRPEN	ZÁŘÍ	ŘÍJEN	LISTOPAD	PROSINEC	LEDEN	ÚNOR	BŘEZEN	DUBEN	KVĚTEN
Schůzka s vedením nemocnice, probrání záměru a jednotlivých cílů projektu	■												
Informovat personál nemocnice o rozšíření sociálního oddělení a možnosti jeho využití (zasílání hromadného e-mailu, předání informace hlavní sestře, vrchním sestřám, staničním sestřám, které informují své podřízené)					■								
Informovat pacienty a veřejnost o rozšíření sociálního oddělení a možnosti jeho využití (aktualizace webových stránek nemocnice, spojení se s místní televizí)					■	■	■						
Vytvořit dokument s jasně definovanou náplní práce pro sociálně-zdravotní pracovníky	■												
Vytvořit inzerát pracovní pozice sociálně-zdravotního pracovníka		■											
Výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka			■										
Zajistit a napláňovat další vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok v případě plného pracovního úvazku pracovníků		■	■										
Zajistit supervizora a napláňovat pravidelnou supervizi pro sociálně-zdravotní pracovníky		■	■										
Vytvoření a následné roznesení letáčku informujících o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků po areálu a blízkém okolí nemocnice					■	■							
Zajištění financí (granty, dotace, nadace, vlastní prostředky okresní nemocnice apod.)		■	■				■						
Zajistit techniky – propojení systému zdravotnického se sociálním		■	■										
Zajistit vytvořit box, který bude sloužit jako schránka důvěry a který se umístí před místnost, kde bude probíhat sociální poradenství. Vytvořit dokument s představením k čemu schránka důvěry slouží, nechat v dokumentu místo, kam pacienti, rodina pacientů apod. může v případě zájmu psát zpětnou vazbu, poznatky atd. Dokument vytisknout a několik kopií nechat vedle schránky. Zmínit existenci schránky důvěry i v letáčku informujícím o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků					■								
Závěrečná evaluace													■

Tabulka 7 Ganttův diagram

16 Rozpočet

Inovace sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice.					
POLOŽKA NÁKLADY	SPECIFIKACE	CENA ZA JEDNU MĚSÍC/DEN/ROK.OSOBU	CENA CELKEM	POZNÁMKY	MOŽNÉ ZDROJE FINANCOVÁNÍ
Personální náklady projektu					
Plat sociálně-zdravotních pracovníků		30 000 měsíčně na jednoho pracovníka Kč	108 000 Kč	30 000 x 3 = 90 000 Kč pro 3 sociálně zdravotní pracovníky měsíčně x 12 (měsíců, 1 rok) = 108 000 Kč	Vlastní zdroje vybrané okresní nemocnice. Evropský sociální fond Darujeme, <u>cz</u> , apod.
Supervizor	Najmutí supervizora na 2 setkání ročně, přičemž jedno setkání bude dlouhé 1 hodinu.	300 Kč za 1 hodinu	600 Kč za rok		
24 hodiny dalšího vzdělávání pro sociálně-zdravotní pracovníky		3 600 Kč za 16hodinový kurz – Obrana proti manipulaci (cena kurzu na jednoho sociálně-zdravotního pracovníka) 1 950 Kč za 8 hodin – Zvládní stresu a zásady psychohygieny (cena kurzu na jednoho sociálně-zdravotního pracovníka)	16 650 Kč	3 600 x 3 = 10 800 Kč 1 950 x 3 = 5 850 Kč Cena celkem za rok = 16 650 Kč Kurzy by se každý rok měnily, dle přání pracovníků a situace v nemocnici. Vždy by se však jednalo o dohromady 24 hodin	
Najmutí technika na propojení sociálního a zdravotnického systému a aktualizaci webových stránek		28 000 měsíčně (jednalo by se o 2 měsíce spolupráce)	56 000 Kč		
Materiální náklady projektu					
Tisk letáků na propagaci	50ks	16 Kč za kus	800 Kč	Barevný tisk A3, jednorázový výdaj	
Škřítek na schránku důvěry	1 kus	1 200 Kč	1 200 Kč	jednorázový výdaj	
Tisk dokumentů ke schránce důvěry	50 ks	2,00 Kč za kus	100 Kč	Černobílý tisk A4, jednorázový výdaj	
Další kancelářské materiály/ potřeby (docházkové listy, dokumenty o náplni práce sociálně-zdravotního pracovníka, psací potřeby)	?		1 000Kč	Výtrazeno 1 000 Kč na další potřebu	
Celková cena projektu			184 350 Kč		

Tabulka 8 Rozpočet

17 Logframe projektu

1. listopad	2. listopad	3. listopad	4. listopad
	Objektivní ověřitelné ukazatele	Zdroje ověření ukazatelů	Předpoklady a rizika
Záměr <ul style="list-style-type: none"> Narytí kapacity sociálního oddělení a tím zvýšit poskytovanou kvalitu sociální péče pro pacienty. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 pracovní místa pro sociálně-zdravotní pracovníky Maximální počet klientů na jednoho pracovníka nepřesáhne číslo 133. Snížení doby hospitalizace u pacientů hospitalizovaných ze sociálních důvodů a tím narytí finančních zdrojů nemocnice 	<ul style="list-style-type: none"> Přibližné vyhodnocování počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka díky dokumentaci sociálního oddělení Zdravotnický systém nemocnice propojený ze sociálním, kde lze vidět celkový počet pacientů za rok společně s dobou hospitalizace. Přibližné inventarizace finančního majetka a peněžních prostředků Statistický data 	X
Cíl <ul style="list-style-type: none"> Dostatečné personální obsazení sociálního oddělení (pozice vedoucí, jeden sociální pracovník pro slouži lékaře, jeden sociální pracovník pro následná lékařka) Osazení počtu případů, a samá je jeden pracovník v kontaktu během určité doby Jasně vymezené profesionální role sociálně-zdravotního pracovníka a náplň jeho práce Podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany nemocnice Zvýšení propojenosti multidisciplinárního týmu Přibližná supervize Snížení doby hospitalizace u pacientů Snížení finančních nákladů na hospitalizaci pacientů Možnost zpětné vazby pacientů 	<ul style="list-style-type: none"> Rozlišení sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice Snížení doby hospitalizace u pacientů, kteří jsou hospitalizováni ze sociálních důvodů a tím narytí finančních zdrojů nemocnice Zvýšení kvality poskytnuté sociální péče o pacienty Zvýšení provázání u multidisciplinárnímu týmu 	<ul style="list-style-type: none"> Projektová dokumentace Zaměstnanecké smlouvy Monitorovací zprávy funkčnosti sociálního oddělení Certifikát o absolvování kurzů či prezentační listiny při hodnocení dalšího vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků Prezentační listiny na supervizi Dokumentace klientů Účetní dokumentace Dokumenty s poskytnutou zpětnou vazbou pacientů klientů 	Předpoklady dosažení obecného cíle – záměru <ul style="list-style-type: none"> Zájem sociálně-zdravotních pracovníků zvýšit kvalitu poskytování sociální péče pro pacienty Zájem ze strany vedení vybrané okresní nemocnice o rozlišení sociální péče pro pacienty Dostatek finančních prostředků na narytí kapacit vybrané okresní nemocnice
Výstupy <ul style="list-style-type: none"> 3 sociálně-zdravotní pracovníci zaměstnaní v sociálním oddělení Aktualizované webové stránky vybrané okresní nemocnice Reportáž o nemocnici v místní televizi Informovaní veřejnost o možnosti využití sociálního oddělení nemocnice Informovaní personál o možnosti využití sociálního oddělení nemocnice Dokument a jasně definovanou náplň práce jednotlivých sociálně-zdravotních pracovníků Zaplnění další vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok v případě plnění pracovního úvazku pracovníků Zaplnění přibližné supervize Letáčky informující o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků vytištěné po nemocnici a blízkém okolí Propojený sociální a zdravotnický systém Schránka důvěry jako možnost zpětné vazby od pacientů, rodin pacientů apod. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 pracovní místa pro sociálně-zdravotní pracovníky Aktualizované webové stránky vybrané okresní nemocnice 1 reportáž o sociálním oddělení v místní televizi 1 dokument a jasně definovanou náplň práce jednotlivých sociálně-zdravotních pracovníků 24 hodin dalšího vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků za 1 rok 2 supervize pro sociálně-zdravotní pracovníky ročně Vytisknutá a rozemsená 30 informačních letáček o možnosti využití sociálně-zdravotních pracovníků po nemocnici a blízkém okolí nemocnice (ostatní jako jsou domovy pro seniory apod.) Propojený sociální systém se zdravotnickým 1 schránka důvěry před místností, kde bude probíhat sociální poradenství společně (pro zákonné) vytisknutými 50 dokumenty, kam pacienti mohou psát zpětnou vazbu 	<ul style="list-style-type: none"> Projektová dokumentace Zaměstnanecké smlouvy Aktualizované webové stránky Objevy články televizní reportáž Monitorovací zprávy funkčnosti sociálního oddělení (počet klientů, kam byli odfikováni apod.) Dokument o náplni práce sociálně-zdravotních pracovníků Certifikát o absolvování kurzů či prezentační listiny při hodnocení dalšího vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků Prezentační listiny na supervizi Dokumentace klientů Účetní dokumentace Dokumenty s poskytnutou zpětnou vazbou pacientů klientů Vytisknutá a rozemsená letáčky o možnosti využití sociálně-zdravotních pracovníků Sociálně-zdravotní systém nemocnice Schránka důvěry před místností, kde bude probíhat sociální poradenství 	Rizika výstupů <ul style="list-style-type: none"> Nezájem ze strany vedení nemocnice, má pocit, že vše funguje tak má Nezájem o pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka Nestápné výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka – nevhodní uchazeči o pozici Nezájem ze strany personálu nemocnice, neochota spolupracovat se sociálně-zdravotními pracovníky – nedostatečné provázání multidisciplinárního týmu Nezájem a snad ze strany pacientů použít služby sociálně-zdravotního pracovníka Nekonzistentní zpracovaný dokument a jednotlivými členy sociálně-zdravotních pracovníků Nezájem sociálně-zdravotních pracovníků o zaplnění celoživotního vzdělávání Nezájem sociálně-zdravotních pracovníků o možnosti využití supervize Metody supervize Nedostatek finanční, projekt nebude finančně podpořen krajem, městem, soukromými dárci apod.

Tabulka 9 1. část logramu

Aktivita <ul style="list-style-type: none"> Schůzka s vedením nemocnice, probírání záměru a jednotlivých cílů projektu Vytvoření internetové stránky nemocnice sociálně-zdravotního pracovníka Výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka Informovat personál nemocnice o rozlišení sociálního oddělení a možnosti jeho využití (zasílání kromadého e-mailu, předání informace lékařce sestře, vrchním sestřím, stážovníkům sestřím, které informují své podřízené) Informovat pacienty a veřejnost o rozlišení sociálního oddělení a možnosti jeho využití (aktualizace webových stránek nemocnice, spojení se s místní televizí) Vytvořit dokument a jasně definovanou náplň práce pro sociálně-zdravotní pracovníky Zajistit a naplánovat další vzdělávání sociálně-zdravotních pracovníků v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok v případě plnění pracovního úvazku pracovníků Zajistit supervizora a naplánovat pravidelnou supervizi pro sociálně-zdravotní pracovníky Vytvoření a následně rozemsení letáček informujících o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků po okolí a blízkém okolí nemocnice Zaplnění finanční (granty, dotace, náklady apod.) Zajistit techniky – propojení systému zdravotnického se sociálním Zajistit vytvoření box, který bude sloužit jako schránka důvěry a který je umístěn před místností, kde bude probíhat sociální poradenství. Vytvořit dokument a předat pacientům k tomu schránka důvěry (jazyk, nechat v dokumentu místo, kam pacienti, rodina pacientů apod. může v případě zájmu psát zpětnou vazbu, poznatky atd. Dokument vytisknout a několik kopií nechat vedle schránky. Zmínit existenci schránky důvěry i v letáčku informujícím o možnosti využití služeb sociálně-zdravotních pracovníků 	Zdroje <ul style="list-style-type: none"> Finanční zdroje vybrané okresní nemocnice, finanční podpora od kraje, města, granty apod. Projektová dokumentace Lidské zdroje (pracovníci, supervizor atd.) Kancelářské potřeby, materiální náklady 	X	Předpoklady aktivit <ul style="list-style-type: none"> Zájem ze strany vedení nemocnice Zájem o pracovní pozici sociálně-zdravotního pracovníka Úspěšné výběrové řízení na pozici sociálně-zdravotního pracovníka Zájem ze strany personálu nemocnice, ochota spolupracovat se sociálně-zdravotními pracovníky – dostatečné provázání multidisciplinárního týmu Ochota medií spolupracovat s nemocnicí Dostatečné informovanost pacientů a zájem o využití služby sociálně-zdravotního pracovníka Dostatečné informovanost veřejnost o možnosti využití sociálně-zdravotního pracovníka Dostatečné zpracovaný dokument a jednotlivými členy sociálně-zdravotních pracovníků Zájem sociálně-zdravotních pracovníků o celoživotnímu vzdělávání Zájem sociálně-zdravotních pracovníků o supervizi Vhodný supervizor Dostatek finanční, projekt nebude finančně podpořen krajem, městem, soukromými dárci apod. Dostatek materiálu na vytvoření letáček, dokumentů a schránky důvěry
X	X	X	Předběžné podmínky <ul style="list-style-type: none"> Projekt obtoží u vedení nemocnice, která schválí jeho realizaci Vhodní uchazeči o pozici sociálně-zdravotního pracovníka Personál nemocnice bude spolupracovat na zkrvalňování poskytování služeb sociálního oddělení Místní televize bude mít zájem o reportáž o rozlišení sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice Bude zaplněn supervizor, technika a kurzy dalšího vzdělávání pracovníků Projekt obtoží v konkurenci ostatních a bude finančně podpořen krajem, městem apod. Včasné dokončení administrativního procesu Zahájení realizace nepožději 30.4. 2024

Tabulka 10 2. část logramu

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat stávající situaci v sociálně-zdravotním oddělení vybrané okresní nemocnice a navrhnout opatření pro zlepšení poskytované sociální péče. Výzkumná zjištění ukázala, že stávající sociální péče má řadu nedostatků a je potřeba ji vylepšit. V současných podmínkách nedostačujících kapacit, kdy na jednu sociálně-zdravotní pracovníci připadá přibližně 400 lůžek, tudíž 400 potencionálních klientů není totiž možné sociální péči o pacienty vykonávat v kvalitní míře.

Je evidentní, že nároky kladené na sociální pracovníky se neustále zvyšují a pracovníci řeší celou řadu složitých a náročných situací, které vyžadují nemalé množství času a pracovního nasazení. A právě dostatek času, věnovaný ze strany sociálního pracovníka klientovi, je klíčový pro úspěšnou a profesionální práci. Především z toho důvodu, aby bylo možné navázat důvěru, ve které by byl klient ochoten a schopen otevřeně hovořit o své tíživé zdravotní a sociální situaci.

Pro tento účel potřebují mít sociální pracovníci přiměřenou agendu klientů, kterým věnují svůj čas. Je jistě dobrým příkladem praxe, když sociální pracovníci mají svou agendu rozdělenou dle jednotlivých nemocničních oddělení či klinik a zároveň vzájemně znají práci jeden druhého pro potřeby nutného (krátkodobého) zastoupení. Naopak kvalitní práce sociálního pracovníka v nemocnici je jen těžko myslitelná v situacích, kdy v celé nemocnici působí pouze jeden sociální pracovník a sám spravuje agendy všech oddělení (MPSV, sešit sociální práce, Sociální práce ve zdravotnictví, str.60).

Hlavním návrhem je proto vytvoření a rozšíření sociálně-zdravotního oddělení, které bude poskytovat kvalitní sociální a zdravotní služby pacientům, a tím snížit počet sociálních hospitalizací v nemocnici. Pokud by v sociálním oddělení byli zaměstnáni tři sociálně-zdravotní pracovníci, tak by se počet klientů na jednoho zaměstnance sociálního oddělení snížil ze 400 na 133, což nepřevyšuje doporučené množství klientů na jednoho sociálního pracovníka, které činí 150. (Metodický pokyn MPSV č.1/200 6 ze dne 4.12. 2006).

Důležitou roli zde hraje také propojení sociálního a zdravotního systému. Dalším navrženým opatřením je zajištění finančních prostředků na rozšíření sociálně-zdravotního oddělení či vytvoření schránky důvěry, která umožní pacientům a rodinám pacientů zanechat zpětnou vazbu a poznatky. Pro úspěšné zavedení navržených opatření je klíčová spolupráce mezi sociálními pracovníky, zdravotníky a pacienty. Je třeba také informovat odbornou i laickou veřejnost o možnostech využití sociálně-zdravotních služeb a o existenci schránky důvěry.

Závěrem by navržená implementace opatření měla přispět k vylepšení a zkvalitnění poskytované sociální péče ve vybrané okresní nemocnici.

Bibliografie

BEDNÁŘ M. 2012. Kvalita v sociálních službách. Olomouc: Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-3069-0

BRŮHA D., PROŠKOVÁ E. 2011. Zdravotnická povolání. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. ISBN 978-80-7357-661-5

Časopis Sociální práce. [online]. © 2020 Dostupné z <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>

Český červený kříž. Oficiální stránky českého červeného kříže. [on-line]. Dostupné z <https://www.cervenyriz.eu/>

Dobrá práce. © 2023. Dostupné z <https://www.dobraprace.cz/jak-napsat-pracovni-inzerat.php>

DUKOVÁ I., DUKA M., KOHOUTOVÁ I. 2013. Sociální politika. Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3880-2

DUNOVSKÝ J. a kol. 1999. Sociální pediatrie. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [on-line]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf [cit. 29.03.2023].

Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR [on-line]. Dostupné z: <https://www.dchp.cz/res/archive/001/000121.pdf?seek=1561454028pdf>

Fakultní nemocnice Olomouc. [on-line]. Dostupné z <https://www.fnol.cz/>

Fakultní Thomayrova nemocnice. 2016–2023 © ftn.cz. [on-line]. Dostupné z <https://www.ftn.cz/>

GLADKIJ, I., STRNAD. L. 2002. Zdravotní politiky. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-224-0500-8 pdf

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

HOLASOVÁ V. 2018. Podpora člověka bez domova pohledem sociálních pracovníků. Olomouc (bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta.

HOLMEROVÁ I. 2014. Průvodce vyšším věkem – manuál pro seniory a jejich pečovatele. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6

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

HUBÍKOVÁ. Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče. © Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. 2018. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4

JANEBOVÁ R. 2014. Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-374-1.

JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O. KOLÁČKOVÁ, J. KODYMOVÁ, P. (eds.) Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-262-0234-9

JÍLKOVÁ, J., 2011. Světový den Červeného kříže. Zdravotnické noviny. 60(10), 41. ISSN 0044-1996.

KNAUSOVÁ I. 2005. Vybrané kapitoly ze sociální politiky. Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. ISBN 80-244-1020-6

KREBS, Vojtěch a kol. 2005. Sociální politika. Vyd. 3. Praha: ASPI, a. s. ISBN 80-7357-050-5

KUBISOVÁ A. 2018. Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory. Zlín (bakalářská práce). Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

KUTNOHORSKÁ J., CICHÁ M., GOLDMANN R. 2011. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3843-7

KUZNÍKOVÁ I. a kol. 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3676-1

MATOUŠEK a kol. 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK O. a kol. 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367 002 X

MATOUŠEK O., MATULAYOVÁ T. 2020. Přehled pracovních činností sociálních pracovníků jako podklad pro formulování žádoucích výsledků učení.

MATOUŠEK, O. 2007. Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9

Médecins Sans Frontières, Lékaři bez hranic. [online]. Dostupné z <https://www.lekari-bez-hranic.cz/>

Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách, Společnost podané ruce o.p.s. [online]. 2019 Dostupné z https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wpcontent/uploads/2019/10/Metodika_moderni%CC%81ch_metod_socia%CC%81lni%CC%81pra%CC%81ce.pdf

MPSV, © Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/web/cz>

MPSV, Příručka praxe sociální práce. [online]. 2021. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864403/mpsv_prirucka+praxe+soc+prace_NET.PDF/

MPSV, Sešit sociální práce, Sociální práce ve zdravotnictví. [online]. 2019 Dostupné z <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>

Münster University Hospital. [online]. Dostupné z <https://www.ukm.de/university-hospital-muenster>

MZV, Ministerstvo zahraničních věcí. [online]. Dostupné z <https://www.mzv.cz/jnp/>

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

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

Nemocnice AGEL Jeseník. © 2023[online]. Dostupné z <https://nemocnicejesenik.agel.cz/pracoviste/oddeleni.html>

Nemocnice AGEL Prostějov © 2023[online]. Dostupné z <https://nemocniceprostejov.agel.cz/index.html>

Nemocnice AGEL Přerov. © 2023[online]. Dostupné z <https://nemocniceprerov.agel.cz/index.html>

Nemocnice AGEL Šternberk © 2023[online]. Dostupné z <https://nemocnicesternberk.agel.cz/index.html>

NOVOTNÁ J. Teorie sociální práce – skripta. Vysoká škola polytechnická Jihlava. [online]. Dostupné z <file:///C:/Users/simov/Downloads/TEORIE%20SOCIE%20LN%20D%20PR%20CE.pdf>

NOVOTNÁ V., SCHIMMERLINGOVÁ V. 1992. Sociální práce, její vývoj a metodické postupy. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-483-5

NOVOTNÝ J. Něco o supervizi – cíle, úkoly, smysl, postupy. [online]. Dostupné z <https://www.supervize.eu/wp-content/uploads/neco-o-supervizi.pdf>

Olomoucký kraj. © Krajský úřad Olomouckého kraje. [online]. Dostupné z <https://www.olkraj.cz/index.php>

POKORNÁ A. a kol. 2023. Management rizik – hodnocení závažnosti nežádoucích událostí. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. Dostupné z https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/management_rizik_hodnoceni_zavaznosti_2022_final_na_web.pdf

PŮČEK M. © 2020. Techniky efektivního řízení měst a obcí, část Analýza cílových skupin, metodika. Praha: Národní síť Zdravých měst ČR. [online]. Dostupné z https://www.dataplan.info/img_upload/f96fc5d7def29509aeffc6784e61f65b/analyza-cilovych-skupin-metodika_fin.pdf

Rada Evropy a Evropská komise. 2000. Řízení projektů T-kit. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT.

REILLY, HUGHES, CHALLIS, Case management for long-term conditions: implementation and processes, Copyright © Cambridge University Press 2009 Dostupné z <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/case-management-for-longterm-conditions-implementation-and-processes/7FAA47AD98100092F43C483AB1C73B48>

ŘEHÁČKOVÁ H. 2016. Výkon sociální práce na obci v Novém Bydžově ve spolupráci s dalšími návaznými subjekty. Hradec Králové (bakalářská práce). Univerzita Hradec Králové Ústav sociální práce.

SMUTEK, M. Gaudeamus 2014. Sociální politika. Dostupné z https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/smutek_-_socialni_politika.pdf

ŠATROVÁ, L. 2018. Práce sestry na zahraničních misích. České Budějovice. (bakalářská práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

ŠEBEK, T., 2015. Mise Afghánistán. Český chirurg v zemi lovců draků. Praha: Paseka, 312 s., ISBN 978-80-7432-656-1

ŠKRLOVI, Petr a Magda. 2003. Kreativní ošetrovatelský management. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion s.r.o. ISBN 80-7172-841-1

ŠVEJNOHA, J. 2008. Historie Mezinárodního Červeného kříže. Praha: Ústav Českého červeného kříže. ISBN 978-80-87036-28-0

TRACHTOVÁ E. a kol. 2001. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd.2. Adamov: MIKADA. ISBN 80-7013-324-8

UPOL. Vzory otázek při výběrovém řízení – přijímacím rozhovoru. [online]. Dostupné z http://www.pda.upol.cz/downloads/HO_PP_otazky_1.pdf

Vojenská nemocnice. © 2023 Webové stránky Vojenské nemocnice Olomouc. [online]. Dostupné z <https://www.vnol.cz/index.php/cs/>

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

WHO. [online]. © 2023 Dostupné z <https://www.who.int/>

Zákon č. 108/2006 Sb. (o sociálních službách). Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 96/2004 Sb. (o nelékařských zdravotnických povoláních). Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Seznam obrázků

Obr. 1 Myšlenková mapa, ekologický přístup.....	19
Obr. 2 Nástroje zdravotní politiky	26
Obr. 3 Principy sociální politiky.....	27

Seznam tabulek

Tabulka 1 Počet pracovníků v sociálních odděleních nemocnic	39
Tabulka 2 Popis metod získání předložených dat.....	48
Tabulka 3 Struktura analýzy cílových skupin.....	53
Tabulka 4 1.část klíčových aktivit	57
Tabulka 5 2. část klíčových aktivit	58
Tabulka 6 Managment rizik projektu.....	65
Tabulka 7 Ganttův diagram	71
Tabulka 8 Rozpočet	73
Tabulka 9 1. část logramu	75
Tabulka 10 2. část logramu	75

Seznam grafů

Graf 1 Sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních.	40
---	----

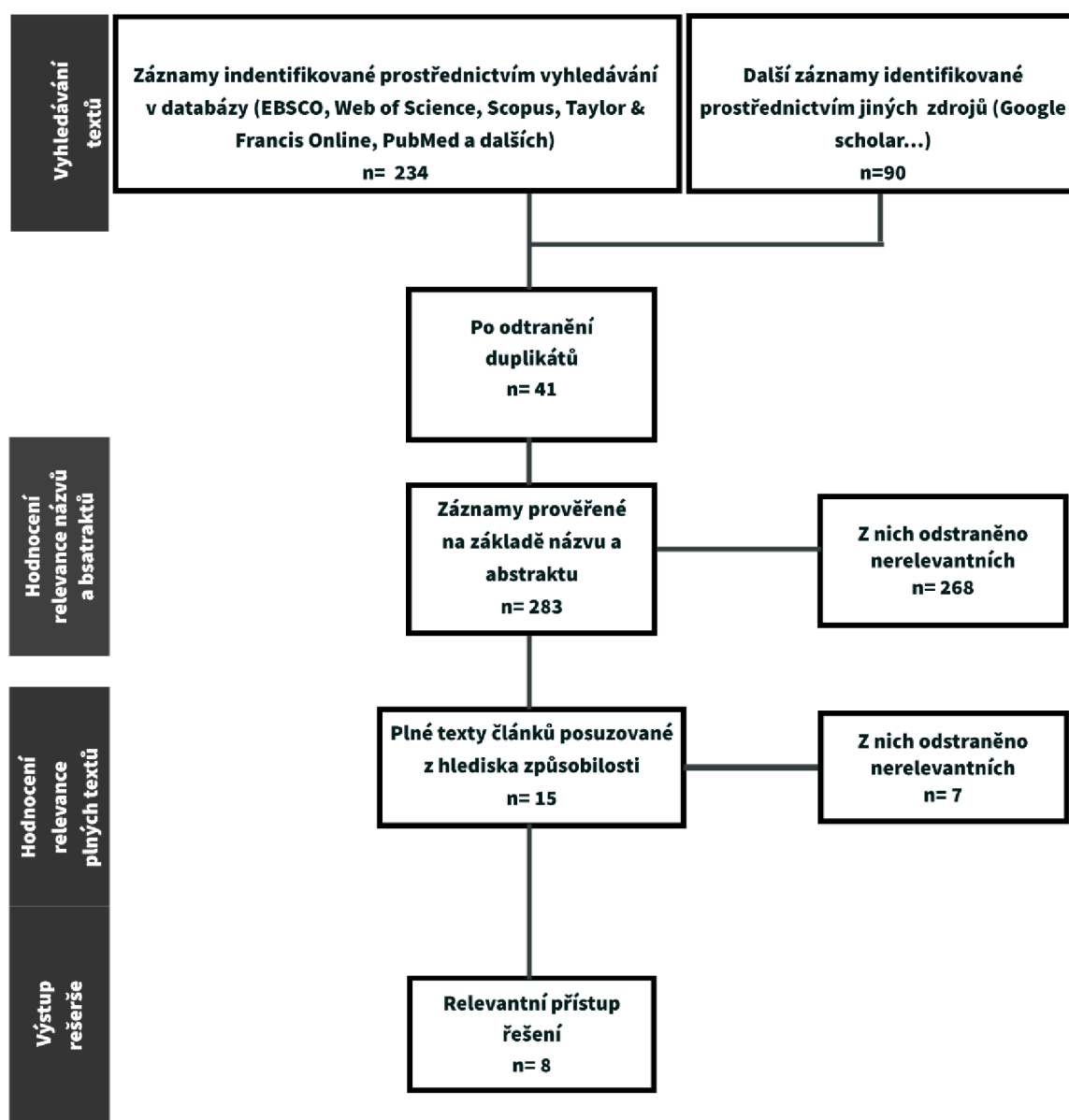
Seznam příloh

Příloha 1 Rešeršní graf.....	93
Příloha 2 Letáček sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice	94
Příloha 3 Profesiogramy, souhrn, cíl a koncepce.....	95
Příloha 4 Profesiogramy, analýzy pracovních činností	96
Příloha 5 Profesiogramy, koncepce přehledu pracovních pozic	97
Příloha 6 Metodika vytváření profesiogramů	98
Příloha 7 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků.....	99
Příloha 8 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků.....	100
Příloha 9 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků.....	101
Příloha 10 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků.....	102
Příloha 11 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků.....	103
Příloha 12 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků.....	104
Příloha 13 Profesiogramy, výsledky učení	105
Příloha 14 Profesiogramy, výsledky učení	106
Příloha 15 Profesiogramy, výsledky učení, závěr.....	107
Příloha 16 Profesiogramy, závěr, literatura	108

Přílohy

Následující přílohy představují rešeršní graf společně s dokumentem od Matouška a Matulayové (2020) Přehled pracovních činností pracovníků jako podklad pro formulování žádoucích výsledků učení.

V přehledu koncepce pracovních pozic jsou zelenou barvou zvýrazněny přehledy činností sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Sociálně-zdravotní pracovník se však ve svém zaměstnání může setkat i s jinými činnostmi viz. přehled pracovních činností pracovníků působících v domovech pro seniory, pro osoby s mentálním postižením, se zvláštním režimem, sociálních pracovníků v paliativní a hospicové péči a sociálních pracovníků v psychiatrických nemocnicích.



Příloha 1 Rešeršní graf

Odborné sociální poradenství

Kontakty na sociální pracovníky:

Bc. Jitka Malá, Dis.

Telefon: +420 482 726 916

E-mail: jitka.mala@okresni.nemocnice.cz

Bc. Stanislava Zelená

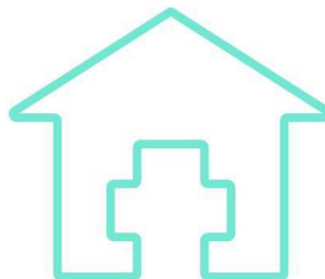
Telefon: +420 734 665 447

E-mail: stanislava.zelena@okresni.nemocnice.cz

Lenka Novotná, Dis.

Telefon: +420 697 334 756

E-mail: lenka.novotna@okresni.nemocnice.cz



Časový rozsah poskytované služby

Pondělí: 9:00 - 17:00 hod.

Úterý: 9:00 - 17:00 hod.

Středa: 7:00 - 15:00 hod.

Čtvrtek: 7:00 - 15:00 hod.

Pátek: 7:00 - 12:00 hod.

Kde nás najdete?

v kanceláři č. 37 na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) v prvním patře, budova G7. Osobní jednání lze dohodnout telefonicky, písemně nebo prostřednictvím mailové pošty.

Posláním sociální služby

je poskytovat odborné sociální poradenství osobám, které trpí závažným, život ohrožujícím onemocněním, v jehož důsledku se ocitly v nepříznivé sociální situaci, jejich příbuzným a blízkým, případně pozůstalým. Cílem je poskytovat klientům informace, které jim pomohou lépe zvládnout obtížnou životní situaci.

Ambulantní odborné sociální poradenství je určeno pro osoby v krizi, osoby s chronickým onemocněním, seniorům a dalším.

Odborné sociální poradenství je bezplatnou službou.

okresni.nemocnice.cz

Příloha 2 Letáček sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice



Přehled pracovních činností sociálních pracovníků jako podklad pro formulování žádoucích výsledků učení¹

Oldřich Matoušek², Tatiana Matulayová³

SOUHRN:

Článek podává v první části přehled činností, kterým se věnují sociální pracovníci v ČR v současnosti. Byl excerpován z pilotních verzí souboru profesiogramů, což jsou charakteristiky nároků vztažených k určité pracovní pozici. Takto získaný přehled činností sociálních pracovníků umožňuje formulovat požadavky na výsledky učení. Definování a formulace výsledků učení je v mezinárodním kontextu považováno za metodu, která ovlivňuje kvalitu vzdělávání. V druhé části článku jsou proto diskutovány některé charakteristiky současného vzdělávání sociálních pracovníků ve vztahu k plánované inovaci standardů vzdělávání.

SUMMARY:

The article gives an overview of activities that social workers in the Czech Republic are currently doing. The overview has been excerpted from pilot versions of profesiograms, which are sets of the demands for a job position. The overview of social workers' activities thus obtained makes it possible to construct a system of learning outcomes as an aid for the creation of educational programs. The second part of the article therefore discusses various aspects of current social worker education in relation to the innovation of educational standards.

CÍL A KONTEXT SDĚLENÍ

Článek je jedním z výstupů probíhajícího projektu Profesionalizace sociální práce v ČR (dále TAČR PROSO). Jedna větev projektu je zaměřena na posouzení stavu profesionalizace oboru sociální práce na základě kvantitativního průzkumu na reprezentativním vzorku sociálních pracovníků. Tuto větev doplní ještě kvalitativní data z fokusních skupin. Druhá větev pracující pouze s kvalitativními daty směřuje k popisu faktických činností sociálních pracovníků. Při sběru dat se využívaly rozhovory se sociálními pracovníky, popisy pracovních činností studenty sociální práce a údaje obsažené v závěrečných pracích škol, resp. ve výzkumných zprávách. Aplikační cíle projektu jsou: přispět k inovaci vzdělávacích standardů používaných Asociací vzdělavatelů v sociální práci, k návrhu specializačního studia a přispět k inovaci systému dalšího vzdělávání sociálních pracovníků v ČR.

- 1 Článek vznikl v rámci projektu TAČR TL01000146 — Profesionalizace sociální práce v ČR
- 2 Doc. PhDr. Oldřich Matoušek, Katedra sociální práce FF UK Praha. Kontakt oldrich.matousek@ff.cuni.cz.
- 3 Doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, PhD., Katedra křesťanské sociální práce, CMTF UP Olomouc.

ANALÝZY PRACOVNÍCH ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V ČR

Jedním z cílů probíhajícího projektu PROSO-TAČR je zjištění toho, co fakticky sociální pracovníci v ČR dělají, jaké předpoklady jejich práce má, jak jsou definovány cíle a výsledky jejich práce, co je při jejich práci stresuje.

Tématu byly v aktuální české odborné literatuře věnovány dvě obsáhlejší systematické studie. V první z nich si autoři (Musil, Bareš, Havlíková, 2017) kladli jako cíl zjistit o sociálních pracovnících v ČR „kdo, co, jak, s jakým ohodnocením včetně určení nákladovosti a v jakém počtu sociální práci provádí“. Výzkumná strategie spočívala v porovnání žádoucích a skutečných charakteristik sociální práce. Data pak byla analyzována zvlášť pro každý resort státní správy. Urban a kol. (2018) se zaměřili na čtyři typy sociální práce definované cílovými skupinami.

KONCEPCE PŘEHLEDU PRACOVNÍCH POZIC

V projektu jsme se rozhodli vytvořit přehled pracovních pozic ve formě tzv. profesiogramů. To jsou schematické popisy nároků na jeden typ pracovního místa, používané zejména v personalistice již nejméně půl století. Na této úrovni popis profese v českém prostředí zatím chyběl.

Strukturu profesiogramu jsme konstruovali podle dostupné české literatury, přičemž základní pramen představovaly příslušné oddíly Encyklopedie sociální práce (Matoušek a kol., 2013) a dvě výše citované systematické studie. Finální verze struktury profesiogramu byla konzultována a upravena M. Rymešem z FF UK Praha, který má s tímto postupem mnohaletou zkušenost v oblasti psychologie práce.

Struktura pilotní verze profesiogramů byla následující:

Název pracovní pozice, Smysl existence pracovní pozice, Sociální situace cílové skupiny a její hlavní potřeby, Systémový kontext (legislativa, standardy), Organizační rámce, Způsob definování cílů pro pracovníky, Popis jednotlivých pracovních činností, Popis návazností pracovních činností, Popis průběhu směny/průběhu pracovního týdne, Okruh spolupracujících subjektů, Typy výsledků, Nutná formální kvalifikace, Potřebné znalosti, Potřebné specifické dovednosti, Měkké dovednosti, Žádoucí postoje a hodnotová orientace, Využívané teorie, Přístupy a metody, Kritéria úspěchu v profesi, Zdroje stresu/vyhoření, Kritické a velmi náročné situace.

Do sestavy profesiogramů byly vybrány pozice, o nichž bylo možné předpokládat, že jich aktuálně na trhu práce existuje více nežli 30. Přesné ověření počtu pracovních pozic nebylo vždy možné, protože data týkající se personálního vybavení nestátních neziskových organizací nejsou dostupná.

Profese charakterizované profesiogramy byly tyto:

1. Koordinátor osobní asistence
2. Koordinátor vzdělávacích služeb (NNO)
3. Pracovník OSPOD — kurátor pro děti a mládež
4. Sociální pracovník OSPOD — náhradní rodinná péče
5. Terénní pracovník OSPOD
6. Poradce rané péče





7. Pracovník doprovázející pěstounské rodiny
8. Sociální pracovník v sociálně aktivizační službě pro seniory/osoby se zdravotním postižením
9. Sociální kurátor MÚ
10. Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem
11. Sociální pracovník v intervenčním centru pro osoby ohrožené domácím násilím
12. Sociální pracovník kontaktního centra pro drogově závislé
13. Sociální pracovník komunitního centra pro duševní zdraví
14. Terénní pracovník MÚ – oddělení sociální péče
15. Sociální pracovník – koordinátor pečovatelské služby
16. Sociální pracovník Úřadu práce pro agendu příspěvku na péči
17. Sociální pracovník Úřadu práce v agendě dávky pomoci v hmotné nouzi
18. Sociální pracovník v azylovém domě/Sociální pracovník v azylovém domě pro matky s dětmi
19. Sociální pracovník v denním centru pro osoby bez přístřeší
20. Sociální pracovník v domě na půl cesty
21. Sociální pracovník v institucionální výchově dětí a mládeže (DD, DgÚ, DDsŠ, VÚM, SVP)
22. Sociální pracovník v manželské poradně
23. Sociální pracovník NZDM
24. Sociální pracovník v občanské poradně
25. Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči
26. Sociální pracovník v pedagogicko-psychologické poradně (PPP) a ve speciálně pedagogickém centru (SPC).
27. Sociální pracovník/zdravotně-sociální pracovník v psychiatrické nemocnici
28. Sociální pracovník sociálně aktivizační služby pro rodiny
29. Sociální pracovník v terapeutické komunitě
30. Sociální pracovník v zařízení sociální rehabilitace/ v sociálně terapeutické dílně
31. Sociální pracovník ve státních a nestátních zařízeních pro migranty
32. Sociální pracovník zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)
33. Sociální pracovník ve stacionáři pro lidi s postižením, pro seniory
34. Sociální pracovník ve věznici
35. Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník
36. Úředník PMS

V několika případech se stalo, že profily původně navržených profesních pozic byly do té míry shodné, že jsme vytvořili širší definici jedné pozice, než jaká byla původně plánována. Těmito širšími pozicemi jsou: Sociální pracovník v domovech pro seniory + sociální pracovník v domovech se zvláštním režimem + sociální pracovník v domovech pro lidi s postižením; sociální pracovník ve zdravotnictví + sociálně-zdravotní pracovník; sociální pracovník v sociálně aktivizační službě pro seniory + sociální pracovník v sociálně aktivizační službě pro lidi s postižením; sociální pracovník ve státních zařízeních pro migranty + sociální pracovník v nestátních zařízeních pro migranty, sociální pracovník v pedagogicko-psychologické poradně + sociální pracovník ve speciálně-pedagogickém centru; sociální pracovník ve stacionáři pro seniory +



sociální pracovník ve stacionáři pro lidi s postižením. Jako téměř totožné z hlediska nároků práce se také ukázaly pozice sociálních pracovníků ve všech typech školských ústavních zařízení pro děti mládež, takže i ty jsme sloučili do jednoho profesiogramu. U pracovníků OSPOD je někdy k základní agendě připojen výkon opatrovnictví; není však žádná pozice na OSPOD, v níž by byla jedinou pracovní náplní. Tzv. terénní sociální pracovník OSPOD je pracovník, který je obvykle pověřován kolizním opatrovnictvím v rozvodu a šetřením v terénu v případech podezření na špatné zacházení s dítětem.

Profesiogramy byly konstruovány s předpokladem, že jde o pilotní verze. Soubor pilotních verzí bude na jaře roku 2020 publikován na webových stránkách časopisu Sociální práce/Sociálna práca, který vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Všichni uživatelé těchto webových stránek budou mít možnost profesiogramy komentovat a doplňovat. Tyto jejich příspěvky pak výzkumný tým zohlední při pravidelné redakci profesiogramů. Jde tedy o materiál, který bude „živý“, bude se měnit a má tudíž šanci ukazovat i dynamiku profese, pokud se podaří porovnat stav současný se stavem budoucím.

METODIKA VYTVÁŘENÍ PROFESIOGRAMŮ

Po metodické stránce představuje sestava profesiogramů 36 kvalitativních případových studií. Jako zdroje pro konstrukci pilotních verzí profesiogramů byly využity:

Strukturované rozhovory se zkušenými sociálními pracovníky, které sledovaly strukturu profesiogramu, vytvořily jádro materiálu. Výběr těchto pracovníků byl náhodný; šlo o pracovníky z Prahy, Královohradeckého kraje a Jihočeského kraje. U většiny z nich jsme měli referenci od kolegů, kteří je pokládali za zkušené a kompetentní. Někteří z těchto pracovníků vystoupili pak ještě na otevřeném semináři věnovaném profesní roli sociálních pracovníků na FF UK Praha. Jejich informace z prezentace a diskuse se studenty pak materiál z rozhovoru ještě doplnily. Pro jednu pracovní pozici byly k dispozici 1-2 rozhovory.

Dvojice kontrastních kazuistik, jimiž jeden zkušený pracovník popisoval dva své případy. Jedna kazuistika popisuje případ, který vyšel podle předpokladů pracovníka i podle toho, co si přál klient; druhý případ naopak nenaplnil předpoklady ani pracovníka, ani klienta. Na rozdíl od rozhovorů, které byly anonymizovány, jsou tyto kazuistiky identifikované celým jménem respondenta i jeho pozicí v organizaci i jménem organizace. Výběr těchto pracovníků byl rovněž náhodný, rozptýl jejich působišť byl ještě větší než u pracovníků, s nimiž byly prováděny strukturované rozhovory. Kontrastní kazuistiky byly aktuálně získány pro polovinu pracovních pozic. Jsou zveřejněny na webových stránkách časopisu Sociální práce/Sociálna práca. Budou i nadále doplňovány.

Další zdroj představovaly *návrhy profesiogramů vytvořené studenty* sociální práce na FF UK Praha a na CMTF UP v Olomouci. Pro jeden typ pracovní pozice byly v době publikace pilotních verzí profesiogramů k dispozici nejméně ve dvou verzích, maximální počet byl devět verzí studentských návrhů jednoho profesiogramu. Studenti tyto profesiogramy vytvářeli během praxí a využívali přitom jak pozorování, tak rozhovorů se zkušenými pracovníky. V několika případech byl jeden studentský návrh



profesiogramu dílem menší skupiny studentů, kteří na jeho konstrukci spolupracovali. Tyto skupinové návrhy vznikly pouze na CMTF UP v Olomouci.

Dalším zdrojem byly *závěrečné práce studentů vyšších odborných škol, bakalářského a magisterského studia sociální práce nebo příbuzných oborů na českých vysokých školách*, dostupné v otevřených zdrojích, jejichž témata byly popisy práce sociálních pracovníků v systému sociální ochrany v ČR.

Dalším zdrojem byly *výzkumné práce domácí provenience*, mezi nimiž převažují ty, které zadal a publikoval Výzkumný ústav ministerstva práce a sociálních věcí.

Pilotní verze profesiogramů tedy vznikaly postupným doplňováním výchozího jádra, kterým byla data z rozhovorů se zkušenými sociálními pracovníky. Téměř nikdy se nestalo, že by další zdroj uvedl něco zásadně odlišného od toho, co uváděl první zdroj. Naopak v případech, kdy bylo zdrojů hodně – typicky šlo o data od studentů – další zdroje už nic nového přinášet nemusely.

PŘEHLED PRACOVNÍCH ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

Tabulka 1 kategorizuje činnosti českých sociálních pracovníků podobným způsobem, jaký během posledních 40 let využívá americko-kanadská *Asociace komisí pro licencování v sociální práci* (Association of Social Work Boards, ASWB). Tyto komise žadatelům (obvykle čerstvým absolventům studia) vydávají licence k provádění sociální práce v obou zemích (viz 2017 Analysis, 2017), a to na základě důkladného testu znalostí a dovedností. Obsah zkoušky adeptů profese je v těchto zemích v posledních dekáдах založen na periodicky opakované analýze praxe sociální práce, kterou hodnotí expertní panel. Poslední analýza profesních činností byla provedena v letech 2015 až 2016.

Kategorie/činnost	Číslo profesiogramu
Hodnocení	
Zjišťování potřeb/kapacit klientů se sníženou soběstačností	1, 10, 15
Šetření v rodině dítěte při podezření na jeho ohrožení	3, 5, 22, 26
Rozhovor s dítětem o jeho situaci a hodnocení jeho názoru	3, 5
Hodnocení situace rodiny a dítěte	3, 5, 18, 21, 26, 28, 32
Hodnocení situace dítěte, které je v ústavní péči	3, 5
Hodnocení situace mladistvého, který je ve výkonu trestu odnětí svobody	3
Hodnocení míry ohrožení dítěte	4, 5
Hodnocení způsobilosti žadatelů o pěstounskou péči/adopci	4
Šetření v rodině žadatelů o pěstounskou péči/adopci	4
Hodnocení realizace plánu péče/IPOD	4
Hodnocení potřeb dítěte s postižením a jeho rodiny	6
Hodnocení vývoje dítěte v náhradní rodině/v ústavu	4, 7, 21
Hodnocení situace dospělého ve výkonu trestu	9



Kategorie/činnost	Číslo profesiogramu
Šetření v domácnosti žadatele o pobyt v domově pro seniory, se zvl režimem, s mentálním postižením	10
Hodnocení potřeb duševně nemocných	13, 27
Šetření v domácnostech osob v nepříznivé sociální situaci	14, 33
Šetření v domácnosti klientů pečovatelské služby	15
Šetření v domácnosti, případně v bytovém zařízení, u žadatele o příspěvek na péči	16
Hodnocení míry soběstačnosti klienta	16
Zkoumání příjmu, majetkových a sociálních poměrů, a také možnosti příjmy zvýšit	17
Zjišťování, jak rodiče zajišťují docházku dětí do školy	17
Hodnocení situace klienta bez domova (včetně rizik)	19, 20
Hodnocení situace klienta s jakýmkoli sociálně-psychologickým problémem	24
Hodnocení situace umírajícího klienta	25
Hodnocení efektu služby	26
Analýza potřeb a rizik na straně pachatele i oběti	36
Hodnocení potřeb nemocných	35
Hodnocení situace imigrantů	31
Plánování intervence	
Uzavírání smlouvy	1, 10, 15, 20, 23, 25, 28, 33
Zpracování individuálního plánu ochrany dítěte	3, 4, 32
Plánování péče o dítě s postižením	6
Plánování péče o seniory a osoby se zdravotním postižením	8, 10
Plánování péče o duševně nemocné	13, 27
Plán podpory klienta v azylovém domě	18
Plán podpory rodičovské role klienta	18
Plán podpory klienta bez domova	19, 20
Plánování péče o děti v ústavních zařízeních	21
Plánování podpory dítěte po odchodu z ústavního zařízení	21
Plán péče o umírajícího klienta	25
Vytvoření zakázky	28
Plán dohledu	36
Vstupní posouzení odsouzeného	34
Plánování postupu pro případ, že bude žádost o povolení pobytu v ČR zamítnuta	31
Přímé poskytování služby	
Poskytování poradenství o vzdělávání dětí	2, 7, 21, 31
Poskytování poradenství o péči o děti, o jejich výchově, výkonu rodičovské odpovědnosti	3, 7, 18, 21, 28, 29, 34, 32
Poskytování podpory rodinám, které mají dítě v ústavní péči	3, 21
Poskytování podpory pěstounským rodinám	4, 7

Příloha 8 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků



Kategorie/činnost	Číslo profesiogramu
Podpora dohody rodičů při rozvodu	5, 22
Poradenství pro rodiny dítěte s postižením	6
Podpora kontaktu mezi náhradní a biologickou rodinou dítěte	7
Podpora pěstounské rodiny při jednání se soudy a úřady	7
Nácviky dovedností (důležitých pro sebeobsluhu, případně i pro budoucí zaměstnání)	8
Podpora při hledání zaměstnání a navazování pracovního poměru	8, 18, 20, 23
Osobní asistence, přímá pomoc při zvládnutí běžných činností	8, 20
Podpora při vyřizování dokladů/jiných úředních záležitostí včetně povinného pojištění	8, 9, 14, 18, 20, 19, 27, 31, 23, 27, 34
Podpora při řešení obtíží v interpersonálních vztazích	8, 22, 27, 34
Nácvik komunikačních/sociálních dovedností	8, 20
Poskytování poradenství osobám ve výkonu trestu a po něm	9
Podpora klientovy schopnosti reflektovat vlastní situaci a rizika s ní spojená	9
Poradenství pro rodiny osob, které vycházejí z vězení	9
Zprostředkování přímé materiální pomoci	9, 18, 31
Asistence při nakládání s příjmem u klientů domovů pro dospělé	10
Podpora při podávání žádosti o dávky/důchody	10, 14, 18, 23, 27, 34
Účast na programech pro klienty domovů pro dospělé	10
Doprovázení k nutným jednáním klientů domovů pro dospělé	10
Zajišťování lékařské péče klientů domovů pro dospělé	10
Poradenské konzultace s oběťmi domácího násilí	11
Kontaktní/terénní práce s drogově závislými	12
Poradenské konzultace, motivační rozhovory s drogově závislými	12, 18, 19
Doprovázení drogově závislých k jednání na úřadech, do zdravotnických zařízení	12
Poradenské konzultace s blízkými osobami drogově závislých	12
Účast na programech pro duševně nemocné	13
Poskytování podpory osobám s duševní nemocí	13, 18
Poradenství pro rodiny duševně nemocných	27
Poradenství osobám v nepříznivé sociální situaci a jejich rodinám	14, 18, 22
Podpora při přechodu ze zařízení do samostatného života	14
Ovlivňování prostředí, v němž klient žije	14
Jednání s příbuznými klienta se sníženou soběstačností v mimořádných situacích a poskytování poradenství pro ně	15
Poradenství pro osoby se sníženou soběstačností (služby, kompenzační pomůcky)	16
Poradenství osobám v hmotné nouzi	17
Pomoc při řešení rodinných problémů	18, 19, 27, 28, 34
Pomoc při určování otcovství a získávání výživného na děti	18

Příloha 9 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků

Kategorie/činnost	Číslo profesiogramu
Pomoc při řešení dluhů, exekucí a při finanční stabilizaci klienta	18, 19, 20, 27, 29, 34
Pomoc při hledání bydlení, uzavírání nájemních smluv	18, 19, 20, 27, 29, 34
Účast na programech pro klienty azylového domu	18
Zprostředkování denního pobytu, stravy, možnosti vyprání prádla, hygieny	19
Zajištění lékařské péče u osob bez domova	19
Poradenství týkající se zdraví, hygieny, stravování	19
Poradenství týkající se dostupných sociálních služeb	19, 27, 35, 31
Vedení edukačních programů pro rodiče/děti zaměřených na vzájemné soužití	22
Streetwork zaměřený na děti a mladistvé	23
Vytváření programů pro děti a mladistvé rozvíjejících jejich pozitivní potenciál	23
Krizová/situační intervence	23, 31
Vytváření a realizace programů posilujících právní vědomí, řešení konfliktů, programů zaměřených na rizika spojená s užíváním návykových látek	23
Poradenství týkající se širokého spektra sociálně-psychologických problémů	24
Podpora rodiny umírajícího, podpora pozůstalých, organizování „posledního rozloučení“ se zemřelým, organizování setkání pozůstalých v hospici s odstupem od smrti klienta	25
Mobilizace podpůrných vztahů klienta s duševní nemocí	27
Doprovázení členů rodiny při jednání s jinými organizacemi, úřady	28
Účast na terapeutických programech pro drogově závislé/jejich blízké lidi	29
Poradenství při trestním stíhání drogově závislých	29
Mediace mezi pachatelem a obětí	36
Kontrola plnění podmínek uložených pachateli soudem	36
Organizace rodinných skupinových konferencí	36
Poradenství pro rodiny nemocných	35
Vyjednávání následné péče u nemocných	35
Dohled nad režimem splácení dluhů	34
Dohled nad sepsáním omluvných dopisů obětem	34
Zprostředkování kontaktu s místní komunitou	31
Vyjednávání o alternativách další péče u dětí ve ZDVOP	32
Informování dítěte o aktuální situaci v rodině a o následné péči	32
Účast na programech pro seniory/postižené ve stacionáři	33
Nepřímé poskytování služby	
Poskytování informací o službě zájemcům	26, 33
Vydávání stanovisek k propustkám dítěte z ústavní péče	3
Odkazování na jiné služby	2, 5, 7
Vyžádání zpráv o klientovi	3, 5





Kategorie/činnost	Číslo profesigramu
Zpracování návrhů/zpráv pro soud	3, 14, 21, 36
Poskytování informací rodičům o přestupkovém a trestním řízení, které se týká jejich dítěte	3
Podávání návrhů na zrušení ústavní výchovy	3
Ukládání výchovných opatření	3, 5
Přijímání oznámení o ohrožených dětech	4
Zpracování zprávy o žadatelích o pěstounskou péči/adopci pro KÚ	4
Podání návrhu na omezení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti	4
Výkon funkce opatrovníka a poručníka	4
Podání návrhu na zrušení pěstounské péče	4
Jednání se zájemci o službu, vedení evidence žadatelů	6, 10, 11, 15, 18
Zpracování zprávy pro OSPOD o průběhu pěstounské péče	7
Zprostředkování vzdělávání pro pěstouny	7
Vyřizování stížností klientů	10, 15
Sledování dodržování práv klientů	10, 32
Pomoc s vyřizováním pozůstalosti	10, 25
Zpracování přehledu o osobách pečujících o klienta	15
Zpracování a aktualizace přehledu o spolupracujících organizacích	11
Depistáž/vyhledávání klientů v terénu	13, 14, 19, 21
Zpracování návrhu na úpravu svéprávnosti klienta	14
Kontrola finančního hrazení péče, vybírání poplatků	15, 18, 21, 25
Pomoc s formulací žádosti o přezkumné řízení	16
Zpracování návrhu na dávku, vyhotovení rozhodnutí o dávce	17
Zpracování zprávy pro OSPOD o průběhu péče	21
Sledování vývoje dítěte v ústavní péči	21
Sledování života klienta v ústavním zařízení	10
Zpracování návrhů na pobyty dítěte mimo zařízení (u rodičů, jiných osob)	21
Vyjednávání s místními úřady o využitelných prostorách	23
Zprostředkování kontaktu mezi klientem a duchovním	25
Vyjednávání o překladi klienta do jiného zařízení/o následné péči	25, 27
Jednání s OSPODem o péči o děti zemřelého rodiče	25
Zpracování návrhu pro soud týkajícího se svéprávnosti psychiatrických pacientů	27
Komunikace s opatrovníky klienta	27
Účast na zařazovacích komisích u vězňů	34
Zpracování návrhů na extramurální aktivity vězňů, na dočasné opuštění věznic	34
Řízení	
Úkolování/řízení podřízených	1, 10, 15
Stanovování priorit v poskytovaných službách podle aktuální situace klientů a pracovníků	1
Zastupování podřízených při jejich výpadku	1

Příloha 11 Profesiogramy, přehled pracovních činností sociálních pracovníků



Kategorie/činnost	Číslo profesioqramu
Organizace porad	1, 2, 10
Organizace supervizí	1
Instruování a zacvičování nových pracovníků	1
Organizace vzdělávání pracovníků	1, 10, 15
Organizace doučování klientů (s využitím dobrovolníků)	2
Zavádění systému kvality práce	10
Hodnocení podřízených	10, 15
Nábor, zaškolování a koordinace činnosti dobrovolníků	10, 15, 20, 23, 27
Metodické vedení pracovníků	15
Plánování rozvoje organizace	15
Fundraising	15
Organizace programu pro klienty	19, 23
Instruktáž a koordinace činnosti stážistů	23
Rízení multidisciplinárního týmu	25
Konzultace, mezioborová spolupráce	
Organizace sítě spolupracujících subjektů	2
Organizace případových konferencí, účast na nich	3, 4, 18, 21, 28
Účast na výchovné komisi ve škole	3, 21
Účast při výslechu dítěte na policii	3, 21
Účast na soudních jednáních	3, 5, 28, 29
Spolupráce s jinými organizacemi na případě	4, 6, 9, 11, 12, 18, 22, 28, 34, 32
Účast na komunitním plánování	18
Návrhy legislativních změn	24
Prezentace vlastní činnosti vůči veřejnosti, osvěta	
Osvěta o potřebách cílové skupiny a o vlastní službě	6, 8, 12, 14, 15, 23, 24
Destigmatizační kampaně — organizace a účast na nich	13, 18, 31

TABULKA 1. Kategorizované činnosti českých sociálních pracovníků. (V tabulce nejsou obsaženy činnosti spočívající v administrativních záznamech, což je činnost, kterou vykonávají všichni sociální pracovníci.)

Činnosti obsažené v přehledu jsou vykonávány sociálními pracovníky, jejichž kvalifikace odpovídá Zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, tedy absolventy vyšších odborných škol, bakalářských a magisterských programů vysokých škol. Naše data neumožňují rozlišit, jakou úroveň vzdělání mají pracovníci zastávající určitou pracovní pozici.

Na první pohled je patrné, že činnosti sociálních pracovníků se liší v rozsahu nároků. Nejvyšší jsou zjevně v kategorii Řízení a v kategorii Konzultace, mezioborová spolupráce. Na opačném pólu jsou činnosti, které speciální kvalifikaci nevyžadují a náročné nejsou, jako např. Vyjednávání s místním úřadem o využitelných prostorech, nebo Zprostředkování stravy, vyprání prádla, hygieny.



Přehled pracovních činností získaný popsáním způsobem není reprezentativní v tom smyslu, že by z něj bylo možné usuzovat na to, jak často se v souboru sociálních pracovníků v ČR některá z uvedených činností provádí. Umožňuje však popsat množinu vykonávaných činností a v této množině nalézat takové, u nichž je pravděpodobné, že jejich zvládnutí je potřebné na více pracovních pozicích.

Přehled pracovních činností ne vždy odpovídá platným legislativním normám, činnosti jsou zde pojmenovány tak, jak je nazvali respondenti, resp. tvůrci využitých dokumentů.

VÝSLEDKY UČENÍ

V mezinárodním kontextu je metoda definování a formulace výsledků učení uplatňována v souvislosti s reformami vzdělávacích systémů a rozvojem hodnocení kvality vzdělávání. V Evropské unii jsou výsledky učení považovány za základní prvek kvalifikačních rámců, jejichž cílem je harmonizace terciárního vzdělávání.

Obecně jsou definovány jako souhlas měřitelných znalostí, dovedností a způsobilostí které by si student měl osvojit v rámci studia. Důležité je, že orientace na výsledky učení vyjadřuje změnu perspektivy. Tradiční vzdělávání se soustřeďuje na konstrukci obsahu vzdělávání, kdežto tento přístup pohlíží na vzdělávací proces především z perspektivy studenta, pro kterého je klíčové to, co se naučí.

Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání v ČR konkretizuje tři základní kategorie výsledků učení: odborné znalosti, odborné dovednosti a obecné způsobilosti. U odborných znalostí se hodnotí šířka a hloubka znalostí a porozumění znalostem. Odborné dovednosti jsou vymezeny jako schopnost jejich použití. Obecné způsobilosti pak zahrnují to, v jakém kontextu a s jakou mírou samostatnosti a odpovědnosti je absolvent schopen uplatňovat odborné znalosti a odborné dovednosti (Nantl, Černíkovský, 2010).

Kvalifikační standard se od popisu výkonu profese nutně liší — nabízí širší pohled na profesi, je obecnější a víc zaměřený na budoucnost.

Aktuálně jsou v ČR diskutovány strategické cíle vzdělávací politiky do roku 2030+, ke kterým patří právě zaměření vzdělávání na získání kompetencí, potřebných pro aktivní občanský, profesní i osobní život. Široce se diskutuje otázka kvality a transparentnosti vzdělávání. Pro kvalitu vzdělávání je pak zásadní formulování výsledků učení a jejich propojení s metodami a formami vzdělávání (Hlavní směry vzdělávací politiky; Definování, formulování a používání výsledků učení, 2018; Bienertová-Vašků a kol., 2016).

Postup definování a formulování výsledků učení musí odpovídat souvislostem a účelu použití. Pro rozvoj terciárního vzdělávání sociálních pracovníků je důležité reflektovat společenské změny, národní společenské podmínky, aktuální situaci v praxi sociální práce, specifika a perspektivu dalšího rozvoje sociální práce

Popisy výsledků učení vyjadřují záměr, žádoucí cíle vzdělávání. Jejich dosažení je možné rozpoznat až po ukončení procesu učení, např. při výkonu povolání. Pro úspěšné uplatnění metody výsledků učení je tak zásadní dialog mezi vzdělavateli, zaměstnavateli a těmi, kdo profesi vykonávají.



Rozbor kterékoliv z komplexnějších činností obsažených v tabulce 1. ukáže, že předpokladů k úspěšnému zvládnutí takové činnosti je celá řada. I bez takového rozboru je však zřejmé, že žádný z běžných vzdělávacích programů na školách poskytujících terciární vzdělávání nemůže celou šíři nároků na budoucí sociální pracovníky pokrýt.

Vzdělávání je celoživotní proces, v němž významnou roli vedle škol hrají i organizace zaměstnávající sociální pracovníky a také kurzy dalšího vzdělávání. Na jeho počátku však stojí systematické vzdělávání ve školách, která má dát příležitost k vytvoření základní výbavy budoucího profesionála. Kromě znalostí a dovedností má poskytnout i širší orientaci v relevantních kontextech (politika, právní systém, systém péče o zdraví, výzkum, mediální prezentace, vývoj oboru v Evropě a v globální perspektivě, aj.). Má také posílit hodnotové zakotvení adepta profese. Nejnáročnějším vzdělávacím cílem pak je naučit studenta zacházet s vlastní osobností.

Příprava na budoucí pracovní činnosti je tedy jeden aspekt přípravy studenta na vstup do světa práce. Aspekt, který je v domácí debatě o oboru dosti přehlížený a podceňovaný. Jde o aspekt, na který chce toto sdělení upozornit. Naši základní tezí je, že přípravě na výkon budoucí profese mohou napomáhat adekvátně formulované a prověřované výsledky učení propojené s tím, co absolvent v praxi bude dělat.

Výsledky učení se dají nejjednodušeji formulovat tvrzeními typu: pracovník zná..., pracovník dokáže... Těmito dvěma typy výroků se od sebe odlišují znalostní předpoklady a dovednostní předpoklady. V termínech popisujících znalosti a dovednosti jsou také obvykle formulovány profily absolventů soustavného studia oboru obsažené v žádostech o akreditaci. Konstrukce profilu absolventa však zatím není v našem prostředí důsledně prověřována ve vazbě na výstupy z učení v jednotlivých kurzech.

Ti, kdož poskytují systematické, dlouhodobé vzdělávání budoucím sociálním pracovníkům by tedy měli volit takové cíle vzdělávání, které jsou, pokud možno, univerzálně využitelné, a to s ohledem na různé úrovně studia.

Výše uvedený přehled může sloužit jako poklad pro expertní panel, který by měl přetřídit soubor činností na ty, u nichž se dá předpokládat, že k jejich zvládnutí bude nutná kvalifikační úroveň A nebo B nebo C. Takové přetřídění by mělo některé činnosti ze seznamu vyřadit, protože experti usoudí, že soustavná příprava na ně ve škole nutná není.

U zbývajících činností se ukáže, že některé se dají podřadit pod komplexnější činnosti. V takových případech bude možné předpokládat, že pokud student bude dobře připravený na komplexní činnost, zvládne i činnosti subsumované.

Jistou obtíž představuje fakt, že v řadě případů mají činnosti sociálních pracovníků stejný název, ale liší se cílová skupina. Tam nezbývá než prověřit překryv a jako univerzálnější typ přípravy doporučit přípravu na činnosti s většími překryvy, případně činnosti, kde bude více příležitostí je vykonávat vzhledem k očekávatelnému vývoji trhu práce.

Výsledkem těchto redukcí by mohla být formulace *základních studijních modulů* pro příslušné vzdělávací úrovně. Aby vzdělávání založené na takto konstruovaných modulech plnilo účel, musí být zároveň navržen způsob prověřování toho, že bylo skutečně dosaženo plánovaných výsledků učení. Vzdělavatelům přitom není nutné předepisovat cestu, jakou tohoto cíle mají dosáhnout.



Výsledky učení v pojetí zde doporučeném nejsou totožné s běžnými atestacemi. Atestace obvykle prověřují jen úroveň znalostí, zvláště pokud mají povahu zkouškového testu. Dovednost se z povahy věci dá prověřovat tím, že kandidát něco udělá — např. provede rozhovor s klientem, provede šetření v rodině s příslušnými výstupy, zorganizuje případovou konferenci s příslušnými výstupy atp.

Současný systém profilování studia využívá dva systémy. První, *vertikální*, je posuzování studijních programů akreditačními autoritami v rámci škol a posléze národní autoritou. Druhý, *horizontální*, se opírá o tzv. Minimální standard vzdělávání v sociální práci a o systém konzultací, které si poskytují pedagogové škol sdružených do Asociace vzdělavatelů v sociální práci, mezi sebou navzájem. V čem by bylo žádoucí oba systémy revidovat s přihlédnutím k přehledu činností sociálních pracovníků se dá podle našeho názoru vyjádřit v několika bodech:

- Chybí důraz na vazbu mezi profilem absolventa, výsledky učení a faktickými činnostmi sociálních pracovníků po nástupu do praxe; vzdělávání je zejména na vysokých školách příliš akademizované.
- Minimální vzdělávací standard je do velké míry profilován vedlejšími disciplínami (právo, sociologie, psychologie...) a je málo oborově specifický.
- Chybí důraz na vstupní hodnocení, plánování, průběžné vyhodnocování a na prakticky uplatnitelné nástroje pro zvládnutí těchto úkolů. Přitom tyto činnosti jsou denním chlebem praktikujících sociálních pracovníků.
- V Minimálním vzdělávacím standardu aktuálně chybí soubor doporučení pro magisterskou úroveň studia.

Při srovnání se zahraničními modely a cíli vzdělávání sociálních pracovníků (Zastrow, 2014; Coulshed a Orme, 2012; Adams, Dominelli, Payne, 2009; Payne, 2006) se ukazují další rozdíly zasluhující hlubší reflexi a reakci:

- V obsahu studia chybí důraz na kritickou reflexi fungování společnosti vůči hendikepovaným.
- Chybí vzdělávání v problematice péče o sebe, oblasti vlastního profesního rozvoje, vyhoření a možnostech jeho prevence...
- Chybí jako závazný obsah vzdělání některá velká univerzální témata současné sociální práce (environmentální problematika, interkulturní problematika, chudoba a sociální vyloučení, sexuální menšiny).
- Na vysokých školách se málo využívají modely „service learning“, „learning by doing“, které mají velký potenciál v propojování školní výuky s realitou praxe. Jde vlastně o řízené praxe s definovanými a kontrolovanými výsledky učení.
- Zaměstnavatelé ani profesní organizace prakticky nevstupují do procesu formování vzdělávacích programů.

ZÁVĚR

Domníváme se, že pro inovaci standardů vzdělávání v sociální práci v ČR jsou podstatné výsledky výzkumů referující o aktuálním stavu profese sociální práce v ČR.



Vedle toho je důležité využití zahraničních modelů a zkušeností s nimi i jasná formulace vize profese sociální práce pro ČR. Zásadním prvkem inovace by měla být orientace na adekvátně formulované výsledky učení. Tedy takové, které respektují realitu profese (zde popsanou přehledem profesních činností). Domníváme se, že takto je možné a žádoucí změnit kvalitu vzdělávání sociálních pracovníků. Změna však vyžaduje reorientaci klíčových aktérů vzdělávání — pedagogů ve školách poskytujících terciární vzdělávání. Předcházet samozřejmě musí kritická reflexe východisek a důkladná diskuse o možných změnách, což bude vyžadovat čas a trpělivost.

LITERATURA:

- Adams, R., Dominelli, L., Payne, M. (Eds.) (2009). *Critical Practice in Social Work*. 2nd Ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Biernetová-Vašková, J., Cejpek, V., Gavalcová, T., Pasáčková, E., Rajmon, R., Valová, L. (2016). *Využití výsledků učení na vysokých školách*. Praha: MŠMT.
- Coulshed, V., Orme, J. V. Ed. (2012). *Social Work Practice*. 5th Ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Definování, formulování a používání výsledků učení*. Evropská příručka. (2018). Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.
- Hlavní směry vzdělávací politiky ČR do roku 2030+*. Pracovní verze ze dne 31. 10. určena k diskusi. Dostupné: file:///H:/PROSO_30_3/brozura_hlavni_smery_6.pdf
- Matoušek, O. a kol (2013) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- Musil, P., Bareš, P., Havlíková, J. Eds. (2017). *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Nantl, J., Černíkovský, P. a kol. (2010). *Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání České republiky*. 2010. Praha: MŠMT. Dostupné: <http://casajc.ff.cuni.cz/Documents/Pdf/NKF.pdf>
- Payne, M. (2006). *What Is Professional Social Work?* Bristol: Polity Press.
- Urban, D. a kol. (2018) *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- 2017 Analysis of the Practice of Social Work*. Final report. (2017). Culpeper, VA: Association of Social Work Boards.
- Zastrow, Ch. (2014). *Introduction to Social Work and Social Welfare*. 11th. Ed. International edition: Brooks/Cole.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na inovaci sociálního oddělení vybrané okresní nemocnice s cílem zefektivnit procesy a rozšířit kapacity sociálního oddělení, aby se zlepšila kvalita poskytovaných služeb pacientům. Práce vychází z vlastní zkušenosti a provádí analýzy potřebnosti sociální péče v nemocnici a kapacit sociálních oddělení v Olomouckém kraji. V práci je ověřena hypotéza o nedostatku sociální péče v dané nemocnici, a nabídnuta komplexní forma řešení. Výsledkem práce je rozšíření informací o sociálně-zdravotnických pracovnících v nemocnicích a upozornění na nedostatečné kapacity sociálně-zdravotnických oddělení a jejich negativní vliv na kvalitu péče o pacienty.

Klíčová slova: sociální práce ve zdravotnictví, multidisciplinární tým, sociální pracovník, zdravotně sociální pracovník, malá paradigmatata sociální práce, ekologický přístup, sociální politika, zdravotní politika státu, sociální služby, humanitární pomoc, legislativní vymezení.

Annotation

The bachelor thesis focuses on the innovation of the social department of a selected district hospital in order to streamline processes and expand the capacity of the social department to improve the quality of services provided to patients. The work is based on own experience and analyses the need for social care in the hospital and the capacity of social departments in the Olomouc region. The thesis verifies the hypothesis about the lack of social care in the hospital and offers a comprehensive form of solution. As a result of the work, information about social health workers in hospitals is expanded and attention is drawn to the insufficient capacity of social health departments and their negative impact on the quality of patient care.

Keywords: social work in health care, multidisciplinary team, social worker, health social worker, small paradigms of social work, ecological approach, social policy, state health policy, social services, humanitarian aid, legislative definition.