

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Anna Šamajová, DiS.

*Profese sociálního pracovníka v multidisciplinárním
týmu mobilního hospice*

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, Ph.D.

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci, 15. 4. 2022

Bc. Anna Šamajová, DiS.

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doc. PaedDr. Tatianě Matulyové, Ph.D. za vedení této práce, pomoc, cenné připomínky a čas, který mi věnovala. Děkuji také pracovníkům mobilního hospice, kde probíhal výzkum, za jejich otevřenost a ochotu se zapojit. Můj nemalý vděk si také zaslouží mí přátelé a rodina, kteří mě nepřestali povzbuzovat a podporovat v průběhu psaní této práce.

Obsah

1. Místo týmové spolupráce v paliativní péči.....	8
1.1. Mobilní specializovaná paliativní péče	8
1.2. Podstata fungujícího týmu v hospici	11
2. Profese sociálního pracovníka.....	15
2.1. Identita, atributy a prestiž sociální práce.....	15
2.2. Kompetence sociálního pracovníka.....	19
3. Sociální pracovník v týmu hospice	22
3.1. Úloha sociálního pracovníka v hospici	22
3.2. Vnímání role sociálního pracovníka v týmu	26
3.3. Profesionalizace a vzdělávání sociálních pracovníků v hospici.....	27
4. Spolupráce v multidisciplinárním týmu.....	29
4.1. Týmové kompetence	29
4.2. Multidisciplinární tým v mobilním hospici.....	31
4.3. Model interdisciplinární spolupráce od Laury Bronstein.....	33
5. Metodologie.....	37
5.1. Cíl výzkumu a výzkumná otázka	37
5.2. Metodologie výzkumu.....	38
5.3. Výzkumný soubor	39
5.4. Způsob zpracování dat.....	40
6. Výsledky výzkumu	42
6.1. Specifika fungování zkoumaného hospice	42
6.2. Role sociálního pracovníka	43
6.2.1. Dílčí závěr	46
6.3. Kompetence a sociálního pracovníka v hospici	47
6.3.1. Dílčí závěr	50

6.4. Očekávané znalosti sociálního pracovníka.....	50
6.4.1. Dílčí závěr	52
6.5. Dovednosti.....	52
6.5.1. Dílčí závěr	54
6.6. Týmová spolupráce se sociálním pracovníkem.....	55
6.6.1. Dílčí závěr	57
6.7. Rozhovor se sociálním pracovníkem	58
6.7.1. Dílčí závěr	62
6.8. Rozdíly ve vnímání profese sociálního pracovníka	62
6.8.1. Dílčí závěr	65
6.9. Pozorování na setkání multidisciplinárního týmu	66
6.9.1. Dílčí závěr	67
6.10. Zúčastněné pozorování	67
6.10.1. Dílčí závěr.....	71
6.11. Analýza dokumentů.....	71
6.11.1. Dílčí závěr.....	72
6.12. Vzdělávání sociálních pracovníků v týmové spolupráci	73
7. Diskuse	74
8. Závěr.....	79
Seznam literatury.....	81
Seznam tabulek a obrázků	88
Přílohy	89
Příloha č. 1	89
Příloha č. 2	90

Úvod

Sociální práce patří je stále rozvíjející se profesi, která musí ve své praxi úzce spolupracovat s různými jinými obory. Multidisciplinarita v současné době narůstá na významu. Jsme svědky toho, že propojování sociálních a zdravotních služeb je ideálem, který předchází mnohým komplikacím v péči o nemocné. Jednou ze služeb, kde je multidisciplinární spolupráce nevyhnutelná, je mobilní hospicová péče. Mobilní hospice pečují o umírající a jejich rodiny, kteří potřebují komplexní podporu. Umírání je totiž proces, který se hluboce dotýká všech složek osobnosti člověka – biologické, sociální, psychické i duchovní. Již dávno víme, že neexistuje odborník, který by byl schopen řešit veškeré tyto oblasti sám, mimo jiné i proto, že sociální problémy začínají být širší a komplikovanější než v minulosti, kdy i sociální stránku klienta často ošetřila právě zdravotní sestra. Skutečnost, že sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu hospice, je v současné době obecně známá, ne vždy však v praxi dostatečně aplikovaná. V 90. letech u nás vznikla iniciativa rozvoje hospiců především ze strany zdravotních profesí a dlouho se mělo za to, že sociální pracovník není v týmu potřebný, eventuálně že má na starosti pouze zatěžující administrativu. V mobilním hospici může být role sociálního pracovníka o to složitější. V roce 2018 se otevřela možnost založit mobilní hospice v rámci tzv. lékařské odbornosti 926 (péče je tedy částečně finančně pokryta zdravotní pojišťovnou) a nově vznikající hospice se mohou potýkat s otázkou, kde v týmu má sociální pracovník své místo.

Sociální práce jako taková prochází určitou krizí identity. Veřejnost si často neumí pod touto profesí představit nic konkrétního a samotní sociální pracovníci mají problém se definovat. Mezi sociálními pracovníky se objevuje požadavek lepšího vzdělávání v otázkách spolupráce v multidisciplinárním týmu, a vzhledem k tomu, že v tomto týmu je potřeba mít jasně definované hranice a kompetence, se do této spolupráce může krize sociální práce promítat. Klient a jeho rodina mohou mít pocit, že sociálního pracovníka nepotřebují, protože jeho stav vyžaduje hlavně zdravotní péči, a nemají představu, co jim takový sociální pracovník může nabídnout. Je proto důležité, aby odborníci v týmu hospice měli jasně nastavené kompetence a věděli, co jiný odborník dělá a co může rodině nabídnout, aby na něj mohli odkázat. Otázkou tedy je, co může sociální pracovník nabídnout v péči o umírajícího a jeho rodinu? Jak na něj nahlízejí ostatní odborníci v týmu? Jaké jsou jeho kompetence a role? Jaké nároky klade práce v této oblasti na sociálního pracovníka? V jakých oblastech by měl mít přehled?

Tématem této diplomové práce tedy je profese sociálního pracovníka uvnitř multidisciplinárního týmu hospice. Je zaměřena na dovednosti, které pro spolupráci v týmu potřebuje, a také na to, zda je možné budoucí sociální pracovníky na práci v týmu připravit. Cílem je *objasnit, jaké znalosti, dovednosti a kompetence očekávají členové multidisciplinárního týmu v hospici od sociálního pracovníka*. K naplnění tohoto cíle je využit kvalitativní výzkum, a to formou polostrukturovaných rozhovorů se členy týmu vybraného charitního mobilního hospice a také formou zúčastněného pozorování na pracovišti a obsahové analýzy poskytnutých dokumentů hospice. Aplikačním cílem práce je zjistit, jak je možné sociální pracovníky lépe vzdělávat, aby byli dostatečně vybaveni pro práci v týmu hospice.

Konceptuální část práce se zabývá úvodem do paliativní péče a týmové spolupráce, která je pro tuto péči nepostradatelná. Dále se věnuje profesi sociálního pracovníka a jeho kompetencím. V jedné z kapitol se také budeme věnovat konkrétní práci sociálního pracovníka v hospici. V neposlední řadě jsou zde popsána specifika multidisciplinární spolupráce v hospici a potřebné aspekty pro dobrou spolupráci. Poslední kapitola této práce představuje model interdisciplinární spolupráce Laury Bronsteinové jakožto vůbec jeden z mála nástrojů pro zavedení vhodné týmové spolupráce.

Empirická část se zabývá kompetencemi, schopnostmi a dovednostmi sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu hospice a pohledem ostatních profesionálů v týmu na něj. Popisuje cíl a metodologii výzkumu, prezentaci výsledků, na niž navazuje diskuse, která výsledky práce zasazuje do kontextu odborné literatury.

Diplomová práce čerpá z české i zahraniční literatury, a to především z oblasti sociální práce či hospicové a paliativní péče. Nebyl nalezen žádný výzkum věnující se pohledu ostatních profesionálů na sociálního pracovníka uprostřed týmu; i z toho důvodu je práce zaměřena na toto téma. Na problematiku sociálního pracovníka uprostřed multidisciplinárního týmu hospice se zaměřuje velmi malé množství literatury. Neexistuje například žádné číslo časopisu Sociální práce, které by se problematikou multidisciplinární spolupráce zabývalo. V částech věnujících se týmové spolupráci proto čerpáme z literatury oboru managementu, řízení lidských zdrojů a týmové spolupráce. Dále pak v oblasti úlohy sociálního pracovníka v týmu hospice vycházíme ze Standardů mobilní specializované paliativní péče, kompetencí dle Evropské asociace paliativní péče (dále jen EAPC), z nedávno vytvořených profesiogramů v rámci výzkumu PROSO¹ či studentských diplomových prací. Využíváme také poznatků ze sborníku odborné konference konané v Hradci Králové zaměřené na spolupráci v sociální práci

¹ Projekt Profesionalizace sociální práce.

a čerpáme také ze zahraničních odborných časopisů jako je Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative care, nebo American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Odborné články z časopisu Sociální práce využíváme především v kapitolách věnujících se sociální práci jako profesi.

1. Místo týmové spolupráce v paliativní péči

Na začátku se tato práce věnuje tématu paliativní péče a jejím formám, především mobilní specializované paliativní péči (popř. mobilnímu hospici), protože právě ta hraje hlavní roli ve výzkumu této práce. Dále se pak tato kapitola zabývá týmovou spoluprací. Ta je klíčová pro práci v hospicové péči a zároveň se jedná o náročnou formu spolupráce, kdy je nutné znát základní principy fungování týmu, aby byla tato spolupráce vůbec možná. Jsou zde vysvětleny důležité termíny pro tuto práci, jako je paliativní péče, mobilní specializovaná paliativní péče, tým a synergický efekt, který v něm vzniká. Mezi další pojmy, kterými se zde zabýváme, patří multidisciplinární tým a pojmy dovednost, schopnost a kompetence, protože ty jsou využívány především v empirické části práce a jejich význam se může zdát být podobný. Tato kapitola tedy tvoří základ, od něhož se odvíjí zbytek práce.

1.1. Mobilní specializovaná paliativní péče

Říká se, že způsob, jakým společnost zachází s umírajícími, ukazuje na její zralost. Paliativní péče je obecně vzato filozofie, kterou je možné využít nejen v hospicích, ale v také v celé škále zdravotnických zařízeních či nemocnicích. „*Dnes je čím dál zřejmější, že má co nabídnout i v mnohem dřívějším stádiu průběhu progresivních chorob, a to nejen chorob onkologických.*“ (Munzarová, 2005, s. 61). Přestože mnoho lidí umírá na dlouhodobé chronické či onkologické onemocnění, faktem zůstává, že více než 95 % pacientů na péči v hospici vůbec nedosáhne, nebo ji využije až posledních dnech života (Kabelka, 2017, s. 20).

Paliativní péče je v podstatě komplexní přístup zaměřený na kvalitu života u lidí trpících závažným nevléčitelným onemocněním. Zaměřuje se především na mírnění obtěžujících symptomů, které onemocnění doprovázejí a negativně ovlivňují kvalitu života. Jejím cílem je podpora důstojnosti člověka a podpora jeho blízkých. Tento přístup bere umírání jako přirozenou součást života, která je u každého člověka individuální, a z toho důvodu vychází z potřeb nemocného. Protože umírání se týká všech oblastí života (sociální, psychologické, zdravotní i duchovní), paliativní péči poskytuje multidisciplinární tým. (Sláma a kol., 2013, s. 5).

Definice paliativní péče, potažmo hospice, kterou je možné nalézt v zákoně č. 372/2011 Sb. o Zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, není ideální. Chybí jí totiž

dostatečná specifikace a za poskytovatele této péče je možné označit i to, co se tím v původním slova smyslu nemíní (Fórum mobilních hospiců, 2021, s. 10).

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Tou obecnou je v podstatě dobrá praxe zdravotníků, kteří včas rozpoznají nevyléčitelné onemocnění a adekvátně reagují na klientovy potřeby s cílem zachovat co největší kvalitu jeho života. Poskytují ji praktičtí lékaři i třeba agentury domácí péče². Teprve v případě, kdy klientovy symptomy svou závažností přesahují možnosti obecné paliativní péče, přichází na řadu specializovaná paliativní péče. Tu poskytuje tým odborníků, kteří jsou přímo v paliativní péči odborně vzděláni a mají potřebné zkušenosti. Tyto služby jsou poskytované ve specializovaných zařízeních pro tuto péči určených (Kabelka, 2017, s. 21).

V České republice to jsou například lůžkové hospice, mobilní specializovaná paliativní péče (domácí hospic) či paliativní ambulance. Každá forma nabízí jiné možnosti rozsahu péče. Tento rozdíl je lépe patrný z tabulky č. 1 (MZCR, 2017, s. 24.).

Ve výzkumu této práce se specificky věnujeme formě mobilní specializované paliativní péče, jež ještě donedávna nebyla hrazena ze zdravotního pojištění. Na základě pilotního projektu VZP (Tichý, 2016, [online]) byla v roce 2018 vytvořena nová odbornost 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu (Cesta domů, 2018 [online]). Díky této odbornosti je mobilní specializovaná paliativní péče alespoň částečně hrazená ze zdravotního pojištění. Služby, které mají se zdravotní pojišťovnou nasmlouvanou tuto odbornost, mohou vykazovat dva kódy, které udávají částku na den poskytované péče. Tato odbornost také určuje podmínku poskytování péče pod vedením paliativního lékaře. Lékaři a sestry musí držet pohotovost 24 hodin denně 7 dní v týdnu a zároveň musí být splněny počty úvazků sester a lékaře. Počty jiných odborníků nejsou stanoveny. Pacienti musí splňovat tzv. paliativní škálu (MZCR, 2017).

Charita v České republice má potenciál stát se největším poskytovatelem mobilní specializované paliativní péče (Centrum paliativní péče, 2019 [online]). Mobilní hospic, v němž probíhal výzkum k této diplomové práci, vznikl v momentě, kdy se otevřela možnost zavedení odbornosti 926.³

² Tzv. odbornost 925 neboli domácí zdravotní péče.

³ Do té doby byla tato Charita jako většina ostatních v České republice přes 20 let poskytovatelem domácí zdravotní péče (odbornosti 925), která se snažila doprovázet pacienty, kteří chtěli zemřít doma i v terminálním stádiu za pomoci praktických lékařů.

Tabulka č. 1, Formy a typy paliativní péče, Zdroj: MZCR (2017, s. 24.)

Forma zdravotní péče (§ 7-10 zák. 372/2011 Sb.)	Typ paliativní péče	
	OBEČNÁ: (80 - 90%)	SPECIALIZOVANÁ: (10 - 20%)
Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)	registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby	
Specializovaná ambulantní péče (§ 7 odst. 2 b)	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
Lůžková péče (§ 9)	paliativní péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti	lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení
Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10)	lékař ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie; agentury domácí péče, návštěvní služba ambulantním specialistou	MSPP neboli paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra, kde je odborným garantem lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína

Každá forma paliativní péče klade jiné požadavky na spolupráci multidisciplinárního týmu. Zatímco v lůžkovém hospici mají odborníci své zázemí a mohou pacienta libovolně často navštěvovat, v mobilním hospici je spolupráce odborníků náročnější a pracovníci mnohem více limitováni časem. Čas je přitom dle Kobayashi (2016, s. 221) velmi důležitým aspektem, který ukazuje na kvalitu práce. V každé formě paliativní péče by však měl multidisciplinární tým nějakým způsobem figurovat (viz kapitola 4.2.).

Paliativní péče komplexně doprovází umírající a jejich rodiny s cílem zkvalitnit jejich život. Pracovníci mobilní hospicové péče jsou limitováni financemi a prostředím, kdy vstupují k umírajícím do jejich soukromého prostředí, kde jsou doma. Podíváme-li se na pozici sociálního pracovníka v této formě specializované paliativní péče, může pro něj být obtížnější se k rodině a klientovi dostat. Na rozdíl od zdravotníků totiž nemusí být považován za tolik potřebného člena týmu a záleží tak na schopnostech pracovníka, nabídce služeb, s jakou k rodině přichází, a také na celkové situaci rodiny, která někdy nemusí sociálního pracovníka potřebovat. Jeho potřebnost je tedy přímo závislá na kompetencích, které v daném hospici má.

1.2. Podstata fungujícího týmu v hospici

Hospicová péče předpokládá nejen péči o pacienta jako takového. Vychází se z faktu, že smrt a umírání zasahuje všechny roviny člověka, ale také jeho nejbližší a okolí. Do hospicové péče tedy patří rovněž podpora příbuzných a pečujících pacienta. *„Blízcí příbuzní našich pacientů to nemají jednoduché. Na jedné straně se od nich očekávají plné nasazení v doprovázení umírajícího, na druhé straně i oni potřebují být doprovázeni“* (Svatošová, 1998, s. 25). Péči také potřebují pozůstalí, kterým odešel blízký. Platí přitom, že většina pozůstalých je schopna smířit se se smrtí blízkého téměř bez pomoci odborníka a postačí jim například jeden podpurný rozhovor. Dle Svatošové (1998, s. 26) však obvykle jedna třetina pozůstalých potřebuje další formu pomoci. Bývá tak často učiněno prostřednictvím setkání pro pozůstalé, což je v podstatě svépomocná skupina, kde vzniká prostor pro rozhovor, naslouchání a uzavření prožitých situací.

Situace každého pacienta je výsostně individuální, a proto je *„nutnost dokonalé interdisciplinární spolupráce, zajištěné patřičným týmem, evidentní. Je však třeba, aby veškeré aktivity byly doprovázeny nadšením, bez něhož lze stěží rozsévat znalosti, dovednosti a postoje a pokračovat tak v započatém díle“* (Munzarová, 2005, s. 61). Spolupráce v multidisciplinárním týmu však není jednoduchá. Dobře fungující tým předpokládá, že každý člen týmu ví, co vlastně slovo „tým“ znamená a jaké aspekty vedou k jeho efektivní práci a umí tyto znalosti uvést do praxe. V týmu hraje nemalou roli jasné rozdělení kompetencí a právě v úzce spolupracujícím týmu mohou některé rozdíly mezi profesemi mizet, jak podotýká Svatošová (1998, s. 24): *„Při každodenní konfrontaci se smrtí se rozdíl mezi profesemi stírá, což samozřejmě vůbec není překážkou odbornosti. Kompetence zůstávají přesně vymezeny*

a nejsou tím ani trochu dotčeny (...). Každý v týmu je stejně důležitý, nikdo nepocituje nějakou nadřazenost nebo podřazenost. “ Tohoto ideálu však reálně není jednoduché dosáhnout.

Abychom dokázali dobře definovat multidisciplinární tým, je potřeba vyjasnit si pojem tým jako takový. Ten lze označit za uskupení lidí, kteří společně sledují stejný cíl, jehož naplnění je pro všechny prioritou. V týmu funguje otevřená komunikace orientovaná na cíl, důvěra a loajalita. Práce v týmu je pro jeho členy prioritní vůči ostatním povinnostem. Počet členů v týmu při tom musí být takový, aby mohl každý z nich vyjádřit svůj názor a aby byla skupina dostatečně dynamická a efektivní (Krüger, 2004, s. 14).

Plamínek (2000, s. 252) definuje tým jako „*skupinu vzájemně závislých lidí*“, tedy těch, kteří dospěli k přesvědčení, že společně a díky určité závislosti na ostatních lidech jsou schopni mnohem lépe a rychleji dosáhnout společného cíle. Mezi členy není konkurenční boj, existuje tam jasná organizace práce a vzájemná důvěra. Členové týmu jsou na sobě závislí.

Týmová práce je do jisté míry opakem hierarchického uspořádání. Tým bývá často označován za jedno z nejefektivnějších typů řízení. Důvodem je vytváření tzv. **synergického efektu**, který vzniká ve chvíli, kdy tým projde stádií vývoje a dostatečně vyzraje a kdy jsou „*specifické vlastnosti jednotlivce plně využity v kontextu specifických vlastností ostatních členů týmu*“ (Plamínek, 2008, s. 128). Pro vytvoření synergického efektu je právě důležitá **dostatečná rozmanitost a diverzita** týmu, stejně jako **správné rozdělení rolí**. Tým by neměl postrádat důležité vlastnosti, jimiž jsou užitečnost, stabilita, dynamika a efektivita (Plamínek 2000, s. 249).

Synergický efekt do jisté míry odmítá matematická pravidla. Ztvárňuje možnost, že mezi jednotlivými členy týmu a jejich odlišností vzniká jakýsi prostor pro přidanou hodnotu jejich společné práce, kdy se v týmu vytváří energie posunující tým směrem k cíli. Synergie nemůže vzniknout, aniž by v týmu existovaly kvalitní vztahy mezi jejími členy. Ty dovolují, aby rozdíly mezi členy týmu vytvářely „*nové hodnoty a jejich síly vzájemně podporovaly*.“. Rozdílnost členů týmu je tedy pro vznik synergie taktéž velmi důležitá. Pomáhá ve vytváření potřebné týmové dynamiky (Plamínek 2000, s. 251).

Aby byla týmová práce opravdu účinná, musí být jejími zásadními prvky spolupráce, důvěra a soudržnost. Spolupráce se nejlépe buduje, když mají členové spoluzodpovědnost za společný úkol, na němž pracují. Důvěra je založena na tom, že vedoucí předává členům všechny důležité informace, snaží se zjišťovat a chápat odlišné názory, které bere v potaz při rozhodování a svěřuje členům úkoly, na nichž je nechá samostatně pracovat. Soudržnost se posiluje například udržováním malé skupiny, vytvářením prestiže týmu a vyzdvihováním společných zájmů a spolupráce (Bělohlávek, 2001, s. 537).

Je důležité si uvědomit, že toto vše by mělo fungovat také v týmu hospice. Tam je diverzita dána už pouhou růzností profesí, které spolu spolupracují, o to však může být obtížnější vzájemná komunikace, důvěra a správné rozdělení rolí. Synergie v týmu může vzniknout pouze za předpokladu dobrých vzájemných vztahů. Upevňování vztahů v týmu navíc samozřejmě narušují jevy jako je fluktuace zaměstnanců a podobně.

V souvislosti s hospicovou péčí se využívá termín multidisciplinární tým. Dle Pstružiny (2007, s. 1–2) jde o přístup, který „*vyžaduje spoluúčast naprosto odlišných disciplín. Jde o společné prostředí, v němž jsou zkoumány zcela odlišné fenomény přímo vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín.*“ V zahraniční literatuře se mnohem častěji využívá termín interdisciplinární tým. Mnozí autoři upozorňují na neustálenost obsahu těchto slov (Kodymová, 2015, s. 5, Janebová, 2012, s. 336). V kontextu této diplomové práce není potřeba se drobnými odlišnostmi mezi těmito termíny příliš zabývat. Pro popsání spolupráce několika disciplín v jednom týmu je zde využíváno především slovo multidisciplinární, neboť v české literatuře je ve spojitosti s hospicovou péčí nejčastěji využíváné.

Multidisciplinární tým pečuje o klienta v mobilním i kamenném hospici. Nancarrow a kol. (2012, s. 14) označuje **multidisciplinární tým** za skupinu odborníků s odlišným vzděláním, kteří se pravidelně setkávají, aby koordinovali svou práci, jejímž cílem je poskytování služeb klientům v určité oblasti. Každý odborník v týmu řeší problém klienta zvlášť v rámci své profese. Nancarrow dále uvádí, že během práce v multidisciplinárním týmu jsou na sobě jednotlivé profese pracovně nezávislé a pouze sdílejí výsledky své práce s ostatními členy týmu. Členové týmu se soustředí především na cíl, nikoli na kolektivní pracovní proces.

Tématu spolupráce profesionálů v multidisciplinárním týmu se věnuje zahraniční autorka Laura Bronstein (viz kap. 4.3.), která vytvořila model interdisciplinární spolupráce. V české literatuře se tímto tématem žádný autor natolik nezabývá, přestože se jedná o velmi důležité téma, a to nejen v oblasti hospicové a paliativní péče.

Týmová práce vyžaduje, aby členové nepostrádali důležité schopnosti, dovednosti a kompetence. Právě tímto se zabývá výzkumná část této diplomové práce. Dává si za cíl zjistit, jaké schopnosti, dovednosti a kompetence má mít sociálního pracovník z pohledu ostatních profesionálů v týmu.

Dovednost je základní pojem převzatý z pedagogiky a je obtížně definovatelný. Jedná se o „*způsobilost člověka k provádění určité činnosti*“. Lze si ji osvojit vzděláním a je pozorovatelná (Průcha a kol, 2013, s. 59). Z toho vyplývá, že dovednosti sociálních pracovníků mohou být vzděláním ovlivněny. Budeme-li v dalších kapitolách hovořit o tom, jak lépe

vzdělávat sociální pracovníky, aby byli schopni efektivně pracovat v týmu hospice, zlepšení dovedností sociálních pracovníků může být jedním ze vzdělávacích cílů.

Při práci v týmu se klade důraz především na tzv. měkké dovednosti. Zatímco tvrdé dovednosti (hard skills) jsou ty, které můžeme nalézt v životopise, tedy vzdělání a zkušenosti, měkké dovednosti (soft skills) jsou nehmatatelné, netechnické a u každé osobnosti specifické. Ukazují na silné stránky jako vůdcovství, schopnost řešení konfliktů, vyjednávání a naslouchání. Měkkým dovednostem se nelze naučit, ale je možné je rozvinout skrze vhodný trénink, přesto však je po lidech s těmito dovednostmi velká poptávka (Alex, 2009, s. 3–4). Dle Národní soustavy povolání (NSP, měkké kompetence [online]) mezi ně patří efektivní komunikace, spolupráce, kreativita, flexibilita, plánování a organizování práce, aktivní přístup, zvládání zátěže, vedení lidí apod.

Vedle dovedností, které lze získat tréninkem, jsou v týmu důležité i schopnosti. Ty jsou do značné míry vrozené. Jejich rozvoj není možné podpořit jinak než příznivým prostředím, kde se mohou formovat. Schopností se myslí „*individuální potenciál člověka pro provádění určité činnosti v budoucnu*“, je ovlivněna vrozenými předpoklady, které se mohou a nemusí rozvinout v závislosti na prostředí (Průcha a kol, 2013, s. 262).

K dobré týmové spolupráci patří také jasně rozdělené kompetence. Za kompetenci je považována „*schopnost, dovednost, způsobilost úspěšně realizovat nějaké činnosti, řešit určité úkoly zejména v pracovních a jiných životních situacích.*“ (Průcha a kol, 2013, s.129). Má se za to, že kompetence lze nabýt nejen vzděláním, ale také do jisté míry charakterizují profesi jako takovou. Jasná charakteristika profese a jejích kompetencí v multidisciplinárním týmu je přitom zásadní pro úspěšnou spolupráci. O konkrétních vlastnostech potřebných pro spolupráci v týmu bude řeč v kapitole 4.1.

2. Profese sociálního pracovníka

Sociální práce je profese poměrně mladá a v mnohých ohledech je ve společnosti stále nedostatečně jasně, co vše je náplní práce sociálního pracovníka. Můžeme se domnívat, že pokud není jasně definovaná, nejsou si sociální pracovníci jisti tím, co vše může být v jejich kompetencích, což může vést k tím větší nejistotě při spolupráci v týmu. Přesto, že je obecně zřejmé, že je této profesi potřeba, ba mnozí i obdivují ty, kteří tuto práci vykonávají, je velmi obtížné vůbec definovat, kdo sociální pracovník je. Sociální práce se zabývá širokou škálou problémů a situací, do nichž se různí lidé dostávají a potřebují podporu a pomoc. Sociální pracovníci nepracují pouze v sociálních službách. Svou roli zastávají v ziskovém i neziskovém sektoru, na úradech, v komunitách či zdravotnických zařízeních. Takovýmto zdravotnickým zařízením je i hospic. V hospicích zajišťuje péči o klienta celý multidisciplinární tým a sociální pracovník je považován za jeho nedílnou součást. I když je tato skutečnost brána v literatuře za samozřejmou, tato profese si mnohdy těžce vybojovává svou pozici mezi ostatními profesemi v týmu. Cílem této kapitoly je shrnout téma identity, atributů a prestiže sociální práce, neboť při spolupráci v multidisciplinárním týmu se tato témata sociálních pracovníků velmi živě dotýkají. Teprve lepší pochopení těchto témat může pomoci snáz pochopit místo sociálního pracovníka v týmu hospice.

2.1. Identita, atributy a prestiž sociální práce

V současné době se vychází z definice Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW [online]), která definuje sociální práci takto: „*sociální práce je praktická profese a vědecký obor, které podporují sociální změnu, sociální soudržnost, práva a svobodu lidí. Zásady sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektování rozdílností jsou základem sociální práce. S pomocí teorií sociální práce, sociálních věd, humanitních oborů a tradičních (původních) poznatků, sociální práce zapojuje lidi a struktury do řešení problémů života a do posilování sociálního blaha.*“ Ač se jedná o všeobecně uznávanou definici, můžeme vidět, že je stále obtížné si pod ní představit něco konkrétního.

Samotná snaha sociálních pracovníků definovat svou vlastní profesi není jednoduchá. Jedním z problémů, které vedou k nejasné identitě sociální práce, může být nejednoznačnost některých pojmů. Jak podotýká Elichová (2017, s. 21), samotná slova obsažená v definici mohou vést

k nepochopení vzhledem k možnosti různého chápání jejich různých významů. Jednou z příčin může být také to, že sociální práce je široce zaměřený obor, který se nesespecializuje – nemá jasně dané hranice (Janebová, 2014, s. 7). Zatímco pod jinými profesemi si lze představit konkrétní činnost, nebo konkrétní osobu, sociální pracovník dělá různé činnosti v různých oblastech společnosti, a ne každý člověk má se sociálním pracovníkem konkrétní zkušenost, nebo často tuto profesi nedokáže někam zařadit.

Každá skupina, včetně té profesní, má určitou identitu, kterou je charakterizována. Identitou sociální práce se rozumí „*sebepojetí skupiny lidí, kteří považují za žádoucí sledovat cíle a jednat při tom způsoby specifickými pro sociální práci.*“ Identita sociálních pracovníků se v průběhu let rozvíjela a stále se rozvíjí. V USA se v souvislosti s rozvojem sociální práce toto téma objevilo v 60. letech minulého století, v Evropě až v 80. letech. Tento proces přitom zdaleka není u konce. V současné době lze říct, že cílem sociálních pracovníků je pomoc klientům ve zvládnání nárocích sociálního prostředí (Musil, 2013, s. 512).

Havrdová (1999, s. 9) popisuje, že identita profese sociálního pracovníka je v neustálém napětí mezi společenskou situací, situací klientů a situací v profesi. Toto napětí ji neustále nutí se dále rozvíjet. I na základě toho tvrzení můžeme usuzovat, že hledání identity sociálních pracovníků není vůbec jednoduché. Přispívá k tomu i fakt, že společnost se v současné době vyvíjí velmi rychle.

Každá profese nese určité znaky, díky kterým je možné ji takto označovat. Je-li sociální práce profesí, měla by tyto znaky mít. Podle Greenwooda (1957, s. 45) existují atributy, které má profese obsahovat. Mezi ně patří systematická teoretická základna, profesní autorita, respekt komunity, etický kodex a profesní kultura. Greenwood upozorňuje, že v méně vyvinutých profesích, mezi něž patří i sociální práce, se tyto atributy nejeví jako příliš zřetelné.

Podíváme-li se na tyto atributy v kontextu sociální práce v České republice, pak vidíme, že má svou teoretickou základnu, která je dána minimálními standardy vymezenými Asociací vzdělavatelů sociální práce. Sociální práce má i určitou profesní autoritu, tedy to, čím je specifická od jiných profesí – mnohdy si to ale samotní sociální pracovníci neuvědomují (Janebová 2014, s. 19). Určitá profesní autorita také existuje, a to v podobě vymezení sociální práce zákonem č. 108/2006 Sb., který mimo jiné stanovuje minimální požadavky na vzdělání. Jak ale ve svých zjištěních udává Kaňková (2018, s. 91), právě nešťastné znění tohoto zákona přispívá k pocitu nejasné identity sociálních pracovníků. Problematické je nejen to, že se jedná o zákon o sociálních službách⁴, v němž je profese sociálního pracovníka definována, ale také

⁴ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

celá další řada nevhodných znění. Profesi sociálního pracovníka mohou například zastávat i osoby s jiným vzděláním např. sociální pedagogové. V tomtéž zákoně je také definován pracovník v sociálních službách, což vede k velmi častému zaměňování těchto zásadně odlišných profesí.

Stále se proto čeká na zákon o sociálních pracovnících, který by sociální práci jasněji definoval. O dostatečně vyvinuté profesní kultuře v našich podmínkách nelze příliš hovořit, i když zde existuje hned několik profesních organizací zabývajících se sociální prací (Janebová, 2013, s. 22). Etický kodex sociálních pracovníků existuje, ale není nijak závazný a sociální pracovníci nadále nemají povinnost patřit do profesní komory (Janebová, 2014, s. 21).

Samotní sociální pracovníci mají různé názory na potřebu vzniku profesní komory. Mnozí jsou proti tomu, někteří reflektují potřebu větší informovanosti o této problematice. Jako pozitivum uvádějí schopnost hájit zájmy sociálních pracovníků, zvýšení vážnosti profese a v neposlední řadě také sebevědomí samotných sociálních pracovníků, protože profesní komora by jasně definovala kompetence a pravomoci sociálních pracovníků (Vojtíšek, 2017, s. 158).

Sociální práce obecně není považována za příliš prestižní profesi. Příčinou může být *„neschopnost sociálních pracovníků vysvětlit, co je to sociální práce a k čemu je ve společnosti užitečná. Slovo „neschopnost“ je psáno v uvozovkách zcela záměrně, protože nemusí být spojováno nutně s nekompetentností sociálních pracovníků, ale i s faktem, že vymezit sociální práci není vůbec jednoduché.“* (Janebová, 2014, s. 6–7).

Janebová (2014, s.10) dále uvádí tři důvody nízké prestiže. Mluví o tom, že sociální práce ještě stále není jako profese dostatečně vyvinutá. Dalším důvodem je zkreslování jejího obrazu médií, kde se sociální pracovník objevuje buďto negativně, nebo vůbec. Třetím důvodem jsou špatné zkušenosti sdílené klienty, kteří nerozumějí tomu, *„co s nimi sociální pracovníci dělají a proč to dělají.“* Janebová (2014, s. 6) upozorňuje, že nízká prestiž může vést k neschopnosti sociálních pracovníků klientům efektivně pomáhat.

Otázce zvýšení prestiže se věnovali i sociální pracovníci ve výstupech z diskusí věnujících se profesionalizaci a identitě sociální práce (Vojtíšek, 2017, s. 156). Vyjadřovali se k možnostem zvýšení prestiže na úrovni individuální, společenské i politicko-ekonomické. Tématu zvýšení prestiže svého oboru se věnuje také Janebová (2017, s. 23).

Student a kol (2006, s. 31) ale upozorňuje na to, že studie zabývající se názorem veřejnosti na sociální pracovníky obvykle ukazují to, že jsou pro veřejnost důležití a mnozí je obdivují. Pokazuje tak na zajímavý fakt: *„Sociální práce se snaží vypořádat se svým enormním záběrem a požadavky pomocí různých odborných a vzdělávacích strategií, zvláště jsou-li*

problémy v postmoderním světě čím dál komplexnější a protkány psychosociálními faktory. Profesionální identita je ostatně nejasná a křehká, přičemž spíše sebekritický obrázek a rozšířená uplakanost stojí tváří v tvář podivuhodně pozitivnímu náhledu zvenčí.“

Samotní sociální pracovníci považují svou profesi za málo prestižní, nicméně sami jsou na svou profesi hrdí, což se zdá být velmi pozitivním zjištěním. Pro zvýšení prestiže navrhuji například medializaci úspěšných intervencí. Vyplynulo tak ze zjištění diplomové práce Kaňkové (2018). Tento kvalitativní výzkum, který se týkal identity sociálních pracovníků, ukázal několik dalších překvapivých zjištění. Dle sociálních pracovníků má tato profese určitou kolektivní identitu, která stojí na hodnotách sociální práce (rovnost přístupu, partnerský vztah ke klientovi, respekt k jeho potřebám, právo na sebeurčení) a snaze pomoci lidem, kteří řeší sociální problém. Z výzkumu vyplynulo, že jsou sociální pracovníci schopni degradovat vlastní vzdělání tím, že považují vysokoškolské vzdělání za nedůležité ve své profesi a tvrdí, že důležitější jsou charakterové vlastnosti pracovníka. Dle Kaňkové to hovoří o nejasné profesní identitě a nedostatečné profesní suverenitě. Jak říká Matoušek a kol. (2019, s. 32), „*profesionální výkon sociálních pracovníků nelze nahradit dobrovolníky*“.

Je patrné, že identita sociálních pracovníků se stále hledá. Multidisciplinární tým hospice může být také na druhou stranu v tomto ohledu pro sociálního pracovníka přínosem, protože přenáší možnost jiného náhledu na vlastní roli v týmu (Gendron a kol., dle Hrdá, 2018, s. 14).

Nejasná identita sociálních pracovníků se může odrážet v jejich každodenní praxi. Přestože sociální práce do jisté míry splňuje atributy profese, i v samotném zákoně č. 108/2006 Sb. se nachází spousta faktů nepodporujících rozvoj identity sociálního pracovníka. Identita je budována také pomocí společných hodnot. Ty jsou do jisté míry definovány v Etickém kodexu společnosti sociálních pracovníků (2006), ten však není závazný. Specificky v multidisciplinárním týmu hospice si pak sociální pracovník musí být vědom své role a musí být schopen ji obhájit i před ostatními profesemi, jejichž hranice a profesní kompetence jsou mnohem jasnější. Zároveň právě práce v takovémto týmu může profesi rozvíjet. V mobilním hospici může být také pro sociálního pracovníka náročnější se dostat k rodině a plně využít potenciál své profese. A protože právě kompetence a vědomí jejich hranic je tak podstatné pro spolupráci v multidisciplinárním týmu, je potřeba, aby si jich byli vědomi nejen sociální pracovníci, ale také ostatní členové v týmu.

2.2. Kompetence sociálního pracovníka

Každá profese vyžaduje nabytí kompetencí, které se získávají vzděláváním. Stejně jako jiné profese má i sociální práce specifické kompetence, které využívá při své práci. Na sociální práci lze dle Navrátilové, Navrátila (2016) nahlížet prostřednictvím čtyř diskurzů: evidence-based diskurzu, reflexivního diskurzu, kompetenčního diskurzu a sociálně-pedagogického diskurzu. Tato práce tak i vzhledem ke svému cíli nahlíží na sociální práci především skrze kompetenční pojetí, které se také nejvíce odráží v rámcovém vzdělávacím programu oboru a má za cíl vychovat sociální pracovníky schopné vyřešit problém klienta.

V multidisciplinárním týmu je nutné jasně určit hranice kompetencí jednotlivých odborníků, proto se tato kapitola zabývá kompetencemi sociálního pracovníka tak dopodrobna. Sociální práce je v tomto oproti jiným profesím mírně znevýhodněna. Samotné slovo kompetence pochází z latiny a obecně znamená „být schopen, hodit se k něčemu“⁵. Snahy definovat v literatuře kompetence sociálního pracovníka nejsou příliš časté. Nejznámější definice kompetencí v kontextu sociální práce je od Havrdové (1999, s. 42), která považuje kompetence za „*funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“

Matoušek a Navrátil (2021, s. 24) tvrdí, že „*znalosti a dovednosti tvoří jádro profesní výbavy specialisty, tedy kompetence v užším slova smyslu.*“ Kompetence v širším významu jsou využitelné i mimo specializovaný obor.

Havrdová (1999, s. 42) mluví v kontextu sociální práce o praktických kompetencích, tedy takových, které se projevují v konkrétních situacích při práci s klientem. Vytvořila soustavu šesti kompetencí (nebo také trefněji oblastí profesionální role) sociálního pracovníka. Každá tato kompetence obsahuje několik kritérií, kde je také komentována jejich náročnost.

První a také klíčová kompetence sociálního pracovníka je podle Havrdové (1999, s. 50–60) **schopnost rozvíjet účinnou komunikaci**. Sociální pracovník by měl znát a ovládat verbální i neverbální komunikaci. Důležitá je také schopnost navázat kontakt a přizpůsobit komunikaci individualitě klienta (např. nepoužívat příliš odborné termíny). Náročným kritériem pro účinnou komunikaci, které prověřuje nejen schopnost naslouchat, je také rozeznávání toho, jaké má klient hlediska a hodnoty a schopnost je respektovat. V neposlední řadě je také důležité vhodně rozvrhnout čas pro komunikaci, aby byl dostatečný prostor pro

⁵ Nebo také způsobilost srov. Matoušek, 2021.

vyjádření názorů a cílů klienta. Mezi důležitá kritéria taky patří usnadňování komunikace např. mezi rodinou a motivace k překonávání překážek.

Další důležitou kompetencí je **orientovat se a plánovat postup**. Sociální pracovník má být schopen se orientovat v potřebách klientů, legislativě a společenských podmínkách, má vědět, kde získat informace a dokázat s nimi pracovat. Mezi další kritéria patří například rozeznávat rizikové faktory a stanovit meze nebo vést klienta k porozumění důsledků rozhodnutí. (Havrdová, 1999, s. 60).

Úkolem sociálního pracovníka je také dle Havrdové (1999, s. 69–79) **podporovat a pomáhat k soběstačnosti**, kdy sociální pracovník poskytuje především emoční podporu, dokáže najít silné stránky klienta. Dále dokáže obhajovat práva klienta a edukuje ho o možnostech jejich uplatnění apod. Další kompetencí je umění **zasahovat a poskytovat služby**. Tím se myslí nejen vědět, jaké služby existují a mohou pomoci, ale také schopnost poskytnout krizovou intervenci a aktivně se zapojovat do zlepšování podmínek pro důstojný život.

Sociální pracovník má být také schopen **přispívat k práci organizace**. Má rozumět tomu, jak organizace funguje, jaký sleduje cíl a jaké má pravidla. Důležitá je znalost otázky etiky a vlastního místa v organizaci a schopnost získávání zpětné vazby. (Havrdová, 1999, s. 87). Poslední kompetence sociálního pracovníka je podle Havrdové (1999, s. 97) **odborný růst**. Tato otázka je obecně zmiňována jako nezbytná pro profesionalizaci.

Mimo toto nejznámější rozdělení podle Havrdové se i jiní odborníci snaží tyto kompetence definovat a kategorizovat. Levická (2005) například dělí kompetence sociálního pracovníky na ty, které se vztahují k vědecké praxi a studiu, ty, které jsou potřebné k sebereflexi a na kompetence profesní (tedy vztahující se výhradně k danému oboru). S jinou kategorizací kompetencí sociálních pracovníků přišel například Mlčák (2005).

V zahraničních dokumentech je možné se setkat s jiným pojetím kompetencí sociálního pracovníka. Znamé je pojetí Malcolma Payna (2014) nebo Charlese Zastrowa (1989). Samotní sociální pracovníci v odborných diskusích (Vojtíšek, 2017, s. 155) hovořili nejčastěji o těchto kompetencích: „*vědomě a metodami sociální práce řeší nepříznivé situace rodin; vyhodnocují nepříznivé sociální situace, propojují zdroje pomoci; plánují postup intervence; mají porozumění vůči klientovi a jeho společenskému okolí i různým úrovním okolí (rodina, komunita, společnost); umožňují klientovi porozumět a poznat svou situaci; prosazují zájmy klienta.*“

Dle Janebové (2014, s. 34) sociální pracovníci musí mít kromě kompetencí i určité osobnostní znaky. Mezi ty nejdůležitější patří zralost, autenticita a transparentnost, schopnost

komunikace a práce s emocemi (jak se svými, tak s emocemi klienta, rodiny či okolí), schopnost udržení profesních hranic a adekvátní práce s autoritou a mocí apod.

Téma kompetencí sociálního pracovníka je problematické především z důvodu neexistence shody v tom, jaké konkrétní kompetence má sociální práce obsahovat. Je to dáno nejen spletností otázek, jimiž se sociální práce zabývá, ale také neustálou změnou nároků na sociální práci ze strany společnosti (Matoušek, 2013). Přestože kompetence sociálních pracovníků nejsou stále jasně definovány, mají podle Havrdové (1999, s. 20) důležitou funkci, neboť formují představu o profesní roli. Jejich nejasnost proto odráží krizi identity sociální práce, o níž již byla řeč. Vojtíšek (2017, s.155) upozorňuje, že *„zatímco v ostatních profesích je výstupními kompetencemi hluboká znalost konkrétního vědního oboru (...), výstupní kompetencí sociálního pracovníka je právě schopnost uplatňovat základy teorie a praktikovat metody vlastní dalším oborům.“*

Kompetence jsou důležitou součástí každé profese. Určují to, co je na jednotlivých profesích specifické a čím se od sebe odlišují. Nejednoznačností a nevykrytalizovaností kompetencí sociální práce se mohou tyto odborníci dostávat do situací, kdy si nebudou jisti, co je jejich práce. Tato nejistota může vést k nízkému sebevědomí sociálních pracovníků. V multidisciplinárním týmu je potřeba mít jasně dané hranice kompetencí tak, aby byly respektovány kompetence každé profese, včetně profese sociálního pracovníka. Můžeme se tedy domnívat, že pokud samotný sociální pracovník nemá vyjasněné své kompetence, může pro něj být práce v takovémto týmu problematická.

3. Sociální pracovník v týmu hospice

Každý člen multidisciplinárního týmu je součástí týmu právě pro své důležité profesní dovednosti a schopnosti a hraje v týmu svou nepostradatelnou roli. Sociální pracovník taktéž, ačkoli se může zdát, že povahou problémů, které řeší, je do jisté míry zastupitelnější než ostatní profese. Je to ale pouhé zdání. V této kapitole se pokusíme tuto jeho nezastupitelnost ozřejmit tím, že shrneme činnosti a úkoly sociálního pracovníka v hospici. Tomuto tématu se věnuje velká část bakalářských a diplomových prací, což značí určitou nejistotu v tom, co je rolí sociálního pracovníka v hospici. Existuje také nemalé množství výzkumů na tuto problematiku. Některé z nich jsou v této kapitole shrnuty. Mobilní hospic, v němž byl prováděn výzkum této diplomové práce, čerpá ze Standardů mobilní paliativní péče, proto i zde čerpáme z tohoto dokumentu.

Hospicové hnutí se v České republice začalo rozvíjet až v 90. letech 20. století. Sociální práce nebyla na počátku profesí, která rozvíjela hospicovou péči. Na rozdíl od Spojených států amerických, kde byla sociální práce hodně spojena s psychologickou pomocí, nebylo v českém prostředí zřejmé, co by měl sociální pracovník v hospici dělat, a tak byl často využíván pouze pro nutnou administrativní práci. Ostatně komunistický režim v minulém století přetvořil sociální pracovníky na úředníky. Teprve s rozvojem vzdělávání sociálních pracovníků se role sociálního pracovníka v hospici lépe vyjasnila (Student a kol 2006, s. 9–11).

Z mnohých amerických studií je však patrné, že ani dnes se sociální pracovníci v týmu hospice necítí příliš komfortně. Mluví se o menší pracovní spokojenosti, menšímu pocitu propojení s ostatními odborníky v týmu, popřípadě přílišném zaměření na zdravotní stránku a méně na tu psychosociální v rámci setkání týmu (viz kap 3.2.). Problémové situace, které řeší lidé potřebující hospicovou péči, se přitom ve skutečnosti úzce prolínají se sociální prací a jejím zaměřením. Jedná se o témata, jako je osamocení, izolace, psychická zátěž či smrti jako společenské tabu (Student a kol. 2006, s. 32).

3.1. Úloha sociálního pracovníka v hospici

Role sociálního pracovníka v týmu hospice je široká. Jak říká Student a kol. (2006, s. 53), „žádná jiná profese nemá tak široké odborné vzdělání a zprostředkovací schopnost.“ Standardy hospicové paliativní péče (APHPP, 2016, s. 8) udávají, že sociální pracovník má vyhodnocovat

psychosociální situaci klienta, tedy zjišťovat jeho potřeby, vztahy v rodině a okolí a finanční zajištění. Sociální pracovník se také účastní porad **multidisciplinárního týmu**, podporuje **sociální síť kolem klienta** a předává informace ostatním v týmu. Důležitou součástí jeho práce je také **case management**, kdy pomáhá koordinovat a zajišťovat ostatní služby, které klient potřebuje – ať už je to pečovatelská služba, asistenční služba aj. **Podporuje rodinu a klienta, edukuje a doprovází.** Stará se o dokumentaci klienta a vyhodnocuje situaci v rodině, poskytuje sociální poradenství a spolupracuje s úřady. V případě potřeby zařizuje respitní péči a snaží se předcházet vyčerpání pečujících. Může poskytnout krizovou intervenci. Sociální pracovník by měl být schopen poradit v otázkách týkajících se pohřbu a poskytnout oporu a poradenství truchlícím a pozůstalým. Pracuje také s dobrovolníky a v případě, kdy je klient propuštěn z péče, koordinuje péči. Totéž můžeme nalézt ve Standardech specializované mobilní paliativní péče (2019, s. 18). Je nutné zmínit, že v České republice **není nikde přesně ustálená role sociálního pracovníka v hospici.** Záleží obvykle na každém jednotlivém hospici a tom, jak si zorganizuje práci. Podíváme-li se na fungování jednotlivých hospiců, velmi se liší například i podle zřizovatele. Charitní hospice mohou mít zcela odlišnou strukturu než hospice zřízené jinou neziskovou organizací.

Student a kol. (2006, s. 11–15) shrnul náplň sociální práce v paliativní péči do těchto bodů: **informační a poradenská služba, práce s dobrovolníky, administrativa a práce s ostatními členy týmu.** Právě práci s ostatními členy týmu se věnuje tato práce. Sociální pracovníci pracující ve zdravotnických zařízeních nejsou zvyklí na přílišnou pozornost od ostatních profesionálů. V hospici je tomu dle výše zmíněného autora naopak.

Nicméně podíváme-li se na realitu, budující se tým hospice zpravidla nemá takto jednoduše zažitá komunikační způsoby v týmu. Faktem zůstává, že hospice přijímají pracovníky – lékaře a sestry, zdravotníky, kteří z čistě zdravotnického prostředí vzešli, a proto i oni se musí postupně naučit týmové práci. Sociální pracovník má jistou výhodu, protože mu multidisciplinární podstata oboru, jeho zásady a hodnoty pomáhají při komunikaci v týmu. Zdravotníci ale v běžném nemocničním prostředí nejsou zvyklí naslouchat podnětům sociálních pracovníků či jiných nezdravotnických profesí a v hospicovém týmu se tedy tuto schopnost musí naučit. Jde o změnu zažitých způsobů přemýšlení a chování, což je samo o sobě nesnadné.

V rámci výzkumu PROSO⁶ byl vytvořen profesiogram sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči (Sociální práce [online]). Ten ukazuje, že sociální pracovník

⁶ Projekt profesionalizace sociální práce, více na stránkách www.socialniprace.cz

v hospici jedná se zájemci o péči, přijímá žádosti, provádí vstupní sociální šetření a seznamuje klienty s hospicovou péčí. Připravuje také smlouvu o hospicové péči. Sociální pracovník je dle profesiografu také facilitátorem multidisciplinárního týmu. Věnuje se pozůstalým, vyřizuje potřebné dávky a navazující služby. V případě přemístění klienta do jiné služby toto přeložení zajišťuje. Poskytuje podporu rodině, může poskytovat zprostředkování řešení konfliktů v rodině či dohledávání příbuzných. Uvedené tedy souhlasí se standardy paliativní péče, v praxi však záleží na každém hospici, jak je práce rozdělena a jaký prostor je sociálnímu pracovníkovi dán. Jedním konkrétním příkladem může být výzkum práce sociálních pracovníků v mobilním hospici Cesta domů (Nová, 2018, s. 50), kde kompetence sociálního pracovníka spočívají v komunikaci se zájemci o hospicovou péči, mapování jejich potřeb, zajištění návazných služeb, vedení dokumentace a rozhodování o tom, zda bude klient přijat do péče. Jeho práce je v souvislosti se zájemci o péči především telefonická a informační. Sociální pracovník má dle Nové také právo na zasahování v domácnosti, pokud vidí, že je potřeba využít například dalších služeb, či pokud jsou v rodině děti, které potřebují pomoc. Oproti role uvedené ve Standardech hospicové paliativní péče, či kterou zmiňuje Student a kol., není jeho role tak široká. Domníváme se, že je mnohdy i na iniciativě samotného sociálního pracovníka, jak moc chce využít možnosti své profese v týmu hospice. Jeho role v týmu spočívá především v kompletování dokumentace o klientovi, časném předávání informací, mapování situace u klienta a reagování na jeho potřeby a potřeby jeho rodiny. (Nová, 2018, s. 51).

Kompetence v paliativní péči jsou v zahraničí tématem některých článků. Například ve článku v časopise *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care* (Gwyther, 2005, s. 92) autor zmiňuje poměrně široký rámec vědomostí, které by měl mít sociální pracovník v paliativní péči pro spolupráci v multidisciplinárním v hospici. Pro zajímavost jako hlavní dovednost sociálního pracovníka považuje autor posouzení situace klienta, které je zásadní, protože na něj navazuje intervence nejen sociálního pracovníka, ale také celého týmu. Je přitom důležité si všimnout silných stránek, historie, struktur, rolí a dynamiky v rodině. Sociální pracovník musí rozumět různým diagnózám a možnostem zvládnutí symptomů nemoci. Specifickou vlastností sociálních pracovníků při intervencích je schopnost přizpůsobovat techniky jednotlivcům z různých skupin (věkových, etnických, kulturních, náboženských apod.). V USA se zdá být tato schopnost ještě naléhavější než v České republice, nicméně i zde je diverzita klientů velká a je potřeba k nim přistupovat individuálně. V rámci zlepšování práce v multidisciplinárním týmu pak sociální pracovníci mohou přispívat k efektivní komunikaci, dokumentování důležitých informací či **podporovat tým ve zvládnutí konfliktů**. Sociální

pracovníci by například měli být schopni sami vzdělávat ostatní, poskytovat supervize a pracovat na změnách v organizacích. Jinde (Head a kol., 2019) je zdůrazněno, že náplní práce sociálního pracovníka v hospici je case management, práce s dědictvím a finanční poradenství, či řešení etických problémů.

EAPC⁷ (Hughes, 2015) vytvořila kompetenční model, v Česku využívaný na školení sociálních pracovníků v paliativní péči, který se skládá z deseti kompetencí:

- aplikace principů paliativní péče do praxe sociální práce,
- posouzení situace,
- pomoc při rozhodování,
- plánování péče a odkazování,
- advokacie,
- sdílení informací,
- evaluace,
- interdisciplinární týmová práce,
- vzdělání a výzkum,
- reflexivní praxe.

Dle EAPC (Hughes, 2015) jsou ke každé kompetenci přiřazeny hodnoty, znalosti a dovednosti, na nichž stojí. Vzhledem k tématu této práce více rozebereme právě kompetenci interdisciplinární týmové práce. Tato kompetence stojí na hodnotách jako respekt k různým pohledům odborníků v týmu, důvěra v hodnotu a odbornost perspektivy sociální práce, důvěra a čestnost vůči kolegům. Sociální pracovník by měl mít **znalosti týkající se teorie týmového fungování**, vzniku a rozvoje týmu. Měl by znát jeho silné stránky a výzvy a také hranice rolí v týmu a oblasti jejich překrývání se s ostatními profesemi v týmu. Důležitá je též znalost synergického potenciálu týmového přístupu a strategií pro zvládání konfliktů v týmu. Sociální pracovník má mít dovednost rozvíjet týmovou práci, schopnost poukazovat na psychosociální aspekty péče a usnadňovat komunikaci mezi klienty, pečujícími, širší rodinou a týmem hospice. (Hughes, 2015, s. 43).

Z uvedeného můžeme usuzovat, že sociální pracovník má svou roli a své místo v týmu mobilního hospice. Jeho práce se skládá jak z administrativní části, tak z přímé práce s klientem či pozůstalými. Za součást jeho práce lze považovat i podporu týmu a vzájemnou spolupráci. Jak potvrzují některé výzkumy z praxe, sociální pracovník velmi často jedná se zájemci o hospicovou péči, což na něj klade určité nároky na schopnost komunikace a znalosti

⁷ Zkr. European Association for Palliative Care

jiných služeb a možnosti návazné pomoci. Jeho role v týmu může být rozšířená i o schopnost facilitace během setkávání multidisciplinárního týmu. To samozřejmě předpokládá určité schopnosti a především to, aby si sociální pracovník byl jistý svou vlastní rolí a profesními schopnostmi. Jsou si sociální pracovníci opravdu jisti svou pozicí?

3.2. Vnímání role sociálního pracovníka v týmu

Výzkumy sociálních pracovníků na vnímání své role v týmu nebo spíše pohledů ostatních profesionálů na tuto profesi v týmu hospice v českém prostředí prakticky nenalezneme. Zahraniční výzkumy ovšem skýtají poměrně zajímavé informace.

Ve výzkumu zabývajícím se pohledy profesionálů v hospici na spolupráci v multidisciplinárním týmu (Kobyashi a kol., 2014) vyšlo najevo, že sociální pracovníci jsou celkově méně spokojeni se svou prací a pracovním prostředím než ostatní profesní skupiny. Nebyly však nalezeny zásadní odlišnosti profesních skupin multidisciplinárního týmu ve vnímání spolupráce. Lékaři a sestry pocítovali svou pozici v týmu pozitivně a cítili porozumění a důvěru od ostatních profesionálů. **Sociální pracovníci** nejvíce ze všech profesionálů reflektovali negativní pocity, což vede k důkazu, že **se sociální pracovníci cítí méněcenní a méně propojení s ostatními členy týmu**. K této nespokojenosti může vést fakt, že i když sociální pracovníci mají vyšší stupeň vzdělání (magisterský), **jsou oproti lékařům a zdravotním sestrám významně méně kompenzováni**. Z ekonomických důvodů se navíc některé hospice snaží práci sociálních pracovníků omezit na nejnужnější činnosti. (Kobyashi a kol., 2014).

Ve výzkumu (Kobayashi a kol., 2016), který se zaměřoval na rozdíly ve vnímání interdisciplinární spolupráce z pohledu různých profesí, bylo zjištěno, že sociální pracovníci a spirituální poradci by **měli více obhajovat svou pozici v týmu**. Na rozdíl od zdravotních profesí si připadali stejně jako v předchozím výzkumu méně důležití, měli za to, že hospic je primárně zdravotní službou. Sociální pracovníci by měli aktivně obhajovat klienty a zavést pozornost na nezdravotnické potřeby klientů a měli by být schopni **vzdělávat ostatní členy týmu o přínosech zaměřených na nemedicínské potřeby**, čímž by posílili péči zaměřenou na klienta a individuální přístup k němu. Přesto sociální pracovníci cítili, že jsou pro tým důležití.

Kvalitativní analýza sdílení informací na setkání interdisciplinárního týmu (Washington a kol., 2017) překvapivě ukázala **nedostatek psychosociálního a spirituálního obsahu** na těchto setkáních. Ale právě tyto informace ostatní profesionálové v týmu shledali

jako velmi užitečné. Upřednostňování lékařských informací před psychosociálními a duchovními tedy nemůže být vysvětlováno nezájmem o tyto informace ze strany ostatních profesionálů. Sdílení na IDT je nezbytné pro optimalizaci týmové schopnosti poskytovat celostní péči, která je v souladu s cílem pacienta rodiny a uspokojuje jejich požadavky.

3.3. Profesionalizace a vzdělávání sociálních pracovníků v hospici

Vzdělávání sociálních pracovníků je upraveno zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tento zákon je z profesního hlediska nedostatečný, jak bylo již dříve řečeno. APVSP([online])⁸ stanovuje minimální standardy vzdělávání sociálních pracovníků, ty jsou však velmi obecné. Z výzkumu PROSO (Matoušek, 2020 [online]) je patrné, že faktická činnost sociálních pracovníků nedopovídá obsahu standardů vzdělávání dle APVSP.

Na otázku, jak tyto pracovníky lépe vzdělávat, mohou odpovídat výzkumy provedené například v rámci diplomových prací. Výzkum Nové (2018, s. 51) například za základní metody sociální práce využívané v této oblasti označuje případovou práci s rodinou i případovou práci s klientem. Sociální pracovníci využívají také různé techniky – mezi ty nejčastěji využívané jsou techniky „*krizové intervence, aktivního naslouchání, sociální poradenství či individuální plánování péče. Důraz kladou na otevřenou komunikaci, sledování neverbálních projevů, poskytování empatické podpory a respektu k důstojnosti klienta.*“ (Nová, 2018, s. 51)

Nedílnou součástí práce sociálního pracovníka v hospici je také úzká spolupráce s multidisciplinárním týmem. Dle Studenta a kol. (2006, s. 53) by sociální pracovníci měli být schopni pomáhat „*připravit pracovníky jiných oborů a podobně i dobrovolníky na umírajícího člověka v životní situaci*“⁹. Vychází také z toho, že pro sociální pracovníky v této oblasti jsou důležité nejen specifické schopnosti a dovednosti, ale také zkušenosti se zacházením s umírajícími, z nichž plyne dostatečná empatie.

V této diplomové práci si konkrétně klademe otázku, jak sociálního pracovníka lépe vzdělávat, aby dokázal spolupracovat v multidisciplinárnímu týmu hospice. Tato otázka vznikla mimo jiné na základě výsledků výzkumu PROSO (Sociální práce, [online]), kdy sociální pracovníci vyjádřili potřebu revize minimálních standardů vzdělávání a jako jedno z

⁸ Asociace poskytovatelů vzdělávání v sociální práci

⁹ Autorem této konfigurace je Gordon Hamilton.

chybějících témat ve vzdělávání označili právě multidisciplinární spolupráci. Právě ji označili za nedílnou součást své práce. Příprava na multidisciplinární spolupráci by tedy měla probíhat již při studiu a měla by obsahovat možnost setkání s ostatními odborníky a seznámení s modely multidisciplinární spolupráce. (Matoušek, 2020 [online]). Například výzkum zveřejněný v *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* (Kobayashi, 2014) ukazuje, že **vzdělávání v interdisciplinární spolupráci** může mít pozitivní vliv na fungování týmu. Navrhuje kurz interdisciplinární spolupráce pro studenty, který by byl postupně veden různými profesionály, tak aby studenti získali zkušenosti ve spolupráci s různými odlišnými profesionály, kteří mají jiné hodnoty a vzdělání. Toto se ukazuje jako model použitelný i v české prostředí. Ke zlepšení spolupráce v multidisciplinárním týmu může pomoci i přesné stanovení znalostí, dovedností, hodnot a jedinečnosti role sociálního pracovníka, jak můžeme vidět v mnohých zahraničních dokumentech a výzkumech (Gwyther, 2005, s. 92).

Jednou z možností je také snaha o vytvoření certifikace pro sociální pracovníky pracující v této oblasti jako například v USA. Na základě této snahy byl proveden výzkum (Head, 2019, s. 18.), který stanovil nejdůležitější úkoly sociálních pracovníků v hospicové a paliativní péči, z nichž by mohly vzejít kritéria pro případnou certifikaci. Obdobný výzkum může být také využit k vytváření směrnic pro vzdělávání sociálních pracovníků v této oblasti, či k vytváření popisu práce sociálních pracovníků. Dle autora (Head, 2019, s. 18.) **certifikace** indikuje vyšší level klinických kompetencí a může tak zlepšit profesionální důvěryhodnost. V podmínkách České republiky v současné době bohužel certifikace sociálních pracovníků neexistuje a neexistuje ani orgán, který by certifikaci zprostředkoval.

Domníváme se, že na otázku, jak vzdělávat sociální pracovníky v oblasti spolupráce v multidisciplinárním týmu hospice, je potřeba odpovědět několikerým způsobem. Za prvé je **potřeba jasně definovat roli a úkoly sociálního pracovníka v týmu**, na základě kterých bude v konkrétním týmu jasné, s čím se mohou ostatní profesionálové na sociálního pracovníka obrátit. Za druhé je důležité již při studiu sociální práce podporovat budoucí sociální pracovníky v **kompetencích potřebných pro práci v multidisciplinárním týmu**, což zahrnuje jak rozvoj měkkých dovedností, tak možnost setkat se s profesionály jiných disciplín a pochopit jejich profesní postoje a hodnoty. Vzhledem k tomu, že spolupráce v multidisciplinárním týmu hospice zahrnuje různé odborníky, je potřeba, aby také ostatní profese byly v tomto tématu vzdělávány. Za třetí je důležité **znát základní principy fungování týmu a ty umět rozvíjet a aplikovat do praxe**. Z tohoto důvodu se následující kapitola věnuje právě tomuto tématu.

4. Spolupráce v multidisciplinárním týmu

Samotná povaha sociální práce vede k nutnosti spolupráce sociálních pracovníků s jinými odborníky. V hospicové péči se tato spolupráce odehrává v multidisciplinárních týmech. Vzhledem k tomu, že se empirická část práce věnuje profesi sociálního pracovníka v týmu mobilního hospice, je potřeba zde krátce popsat, jaké podstatné procesy v týmu probíhají. V této kapitole bude řeč o specifických multidisciplinárního týmu v hospici a o vlastnostech a kompetencích, které jsou potřeba pro dobrou spolupráci v týmu. Představíme zde také model interdisciplinární spolupráce¹⁰ dle Laury Bronstein (2003), který je známý především v zahraničí, ale je zároveň jediným známým modelem spolupráce v multidisciplinárním týmu.

4.1. Týmové kompetence

Ptáme-li se, jak dobře spolupracovat v multidisciplinárním týmu, je potřeba, aby každý člen týmu měl povědomí o základních principech, díky kterým tým funguje a měl potřebné vlastnosti a kompetence, které by jej uschopňovaly v takovémto týmu pracovat. Tým tvoří různí lidé a v konečném důsledku to jsou oni se svými schopnostmi a povahovými vlastnostmi, kdo rozhoduje o tom, zda bude spolupráce v týmu efektivní.

Dle Krügera (2004, s. 22–28) by měl mít tým mít **vedoucího, který bude schopen** tým koordinovat (aby jeho chod byl efektivní a transparentní), moderovat (aby se každý dostal ke slovu, vyvažovat komunikaci a předcházet konfliktům), radit členům týmu, prezentovat výsledky, reprezentovat tým navenek a jednat za něj. To samozřejmě vyžaduje velké schopnosti pro vedoucího týmu. Především se jedná o schopnost diplomacie, vyhýbání se dominanci, schopnost poznat chyby v komunikaci a jejich odstraňování, nedirektivitu, schopnost účelné vizualizace apod. Hanuš (2007, s. 5) uvádí, že by tuto vedoucí pozici v týmu měl mít právě sociální pracovník.

Vedoucí týmu musí mít **dostatečné sociální kompetence**, kontaktní schopnosti, musí umět spolupracovat a integrovat. Důležitá je i schopnost komunikovat a znalost technik komunikace. Musí být schopen sebekontroly a vyrovnanosti. (Krüger 2004, s. 22–28)

Schopnost pracovat v týmu musí mít všichni členové týmu, které je kvůli tomu potřeba důkladně vybírat. Krüger (2004, s. 40) uvádí, že rozhodně ne každý člověk má schopnosti pro

¹⁰Jedná se o překlad z A Model for Interdisciplinary Collaboration.

týmovou práci. Je potřeba rozeznat, kdo se pro týmovou práci hodí a kdo nikoli. **Kompetence pro týmovou práci** je možné rozvíjet pouze za předpokladu, že členové týmu vyhovují požadavkům pro týmovou práci. Mezi schopnosti důležité pro týmovou práci se řadí především měkké dovednosti, například schopnost otevřené komunikace, přijímání kompromisů, dodržování stanovených pravidel nebo naslouchání.

Hrdá (2018, s. 52) na základě zkušeností z praxe zpracovala návod, jak vytvořit fungující multidisciplinární tým. Přestože se v tomto případě jedná o tým v domově pro seniory, je možné tyto poznatky využít pro lepší pochopení, jak týmová spolupráce funguje v praxi. Člen multidisciplinárního týmu by podle Hrdé měl být „*empatický, autentický, respektovat sebe i druhé*“, dále mít „*chuť pracovat v multidisciplinárním týmu, rozumět jeho výhodám, umět je doceňovat, být ve spolupráci s dalšími členy týmu otevřený a chtít se sdílet, usilovat o partnerské nastavení a také se zajímat o to, co druhá profese dělá, chtít ji pochopit. Být pokorný – v souvislosti s respektem k druhému a důvěřovat.*“ Také upozorňuje, že pokud jeden člen chápe jiného odborníka týmu jako někoho, jehož práci dokáže bez problémů zastat, může docházet ke konfliktům.

Výzkum zaměřený na rozdílné pohledy na spolupráci v hospicovém týmu ukázal, že důležitými vlastnostmi spolupráce v multidisciplinárním týmu je respekt ke spolupracovníkům a kvalitní komunikace (Kobyashi a kol., 2014). To se může zdát jako logické, nicméně v realitě jsou právě komunikace a respekt mnohdy obtížně realizovatelné. V týmu je také nesmírně důležité sdílení informací. Sdílení se dá pokládat za klíčové pro fungování týmu, což potvrzuje i výzkum průběhu setkávání interdisciplinárních týmu hospiců v USA (Washington a kol, 2017).

Zkrátka, aby se tým dal opravdu takto označit, musí splňovat určité charakteristiky. Patří k nim rovnoprávnost členů, jasně vymezené role a odpovědnosti členů, společné úsilí o dosažení cíle, efektivní komunikace, účelné řešení konfliktů, dodržování domluvených pravidel, důvěra a otevřenost (Zahrádková, 2005).

Pro správně fungující tým je tedy potřeba mít velmi zdatného vedoucího, který je schopen efektivně řešit konflikty, dokáže tým vést správným a nedirektivním způsobem. Někteří autoři se domnívají, že sociální pracovník má právě ty správné schopnosti pro plnění této role. Sociální pracovník by tedy stejně jako ostatní členové týmu měl mít tyto potřebné předpoklady a schopnosti pro práci v týmu, jimiž jsou především dostatečně vyvinuté měkké dovednosti a znalost specifických technik komunikace. Tyto schopnosti vycházejí ze samotné osobnosti každého člena týmu, ale dají se také získat vzděláváním v této oblasti. Pro správně sestavený tým je také důležité správné řízení lidských zdrojů v organizaci.

4.2. Multidisciplinární tým v mobilním hospici

Multidisciplinární tým v hospici je do jisté míry specifické a poměrně náročné uskupení pro spolupráci. Je-li obtížné sestavit a rozvíjet fungující tým, tím náročnější je spolupráce v týmu multidisciplinárním, kdy na pomyslném jevišti vystupují zástupci zcela odlišných profesí. Centrem veškerého dění v týmu by měl být klient a jeho potřeby. Cílem péče je nejen klient, ale i jeho rodina, protože multidisciplinární tým vstupuje do jejich specifické a velmi citlivé životní situace a jedině skrze spolupráci s různými odborníky je schopen zajistit komplexní péči. A právě proto, aby v týmu nedošlo k opomíjení důležitých aspektů, které nemoc provázejí a ovlivňují umírajícího i jeho rodinu, je potřeba hojně využívat pohledu různých odborníků na různé situace. Rodina a její fungování je na rozdíl od kamenných hospiců v mobilním hospici zcela zásadní a bez ní není péče v domácnosti vůbec možná. Zároveň je potřeba říci, že práce s jakoukoli rodinou je ryze individuální a pokaždé se odborníci nacházejí ve zcela odlišných kontextech rodinných poměrů. Marie Svatošová (1995, s. 14) podotýká, že „*dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí.*“ Myšlenka komplexní péče v závěru života vychází mimo jiné z holistické definice zdraví WHO (2006), podle níž zdraví neznamená pouze stav absence nemoci, ale také celkový stav pohody. Nemocný má potřeby biologické, psychologické, sociální i spirituální. Sociální pracovník je vedle lékaře a zdravotní sestry považován za základního člena týmu (Standardy mobilní specializované paliativní péče, 2019, s. 14). Mezi další možné členy týmu pak můžeme zařadit psychologa, popřípadě psychoterapeuta, duchovního, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, arteterapeuta, nutričního specialistu, klinického farmaceuta, koordinátora dobrovolníků a pracovníka v sociálních službách.

Sociální problémy, které řeší sociální pracovník v týmu hospice, jsou široké a zasahují do různých oblastí života klientů. V současné době je kladen důraz na komplexní diagnózu a metody léčby. Jednotlivé profese se proto vzájemně potřebují, každá má své limity a nerozumí odbornosti jiných profesí. Není zkrátka možné dělat dobře svou práci bez spolupráce s jinými profesemi (Bronstein 2003, s. 297). Nemělo by být tedy pochyb o tom, že má-li být péče o umírajícího dostatečně kvalitní, je k tomu nezbytný multidisciplinární tým. Všichni členové týmu v hospici by tedy měli přijmout celostní pohled na člověka (Student a kol., 2006, s. 52.).

Standardy specializované paliativní péče (2019, s. 14) udávají, že tým v hospici společně vytváří plán péče a dbá na jeho realizování. Aby byla péče všech odborníků jednotná,

setkávají se v týmu obvykle jednou týdně, aby hovořili o situacích a potřebách pacientů a zajistili tak kontinuitu péče.

Výzkumy ukazují, že spolupráce v multidisciplinárním týmu funguje často dobře tam, kde hraje sociální pracovník roli koordinátora a svolavatele týmu. Zároveň **pohled ostatních profesionálů v týmu** nebývá vždy vůči sociálním pracovníkům respektující. Jak podotýká Vojtíšek (2017, s. 156): „*Sociální pracovník je na rozdíl od ostatních odborníků profesionálem s průřezovými kompetencemi, zná základy ostatních profesí, což může být v multidisciplinárních týmech dvousečnou zbraní. Na jedné straně mohou sociální pracovníci vyvažovat a korigovat práci ostatních profesionálů, na druhé straně se setkávají se zpětnými vazbami, že svým „fušováním do řemesla“ ostatních narušují spolupráci a úspěšnou práci s klientem.*“

Z literatury vyplývá několik zjištění. Sociální pracovník je základním členem multidisciplinárního týmu, ale zároveň je jeho role nedostatečně diferencovaná. Jak je patrné z článku Urbana (2013, s. 123–127), role a kompetence sociálního pracovníka nejsou zcela jasně stanovené. Tato profese se potýká s problémem, kdy musí obhajovat svou vlastní důležitost, a to i přes fakt, že je sociální pracovník v interdisciplinárním týmu jedním ze základních členů. Jak popisuje Vojtíšek (2017, s. 158) „*V tuto chvíli není odpovídající český teoretický dokument, který by popisoval specifika sociální práce jako oboru v multidisciplinárním přístupu při řešení obtížných sociálních situací člověka.*“ Existují však pokusy tyto specifika nalézt – jedním z nich je článek Urbana (2013), jenž za specifický úkol sociální práce označuje „*pomáhání klientovi zvládat interakci mezi člověkem a jeho sociálním prostředím*“ (Bartlett, Navrátil, Musil dle Urban, 2013, s. 124.) a pomáhání překonávat překážky stanovené prostředím. Urban (2013, s. 125) dále podotýká, že „*byť sociální pracovník nemá kompetence k samostatnému výkonu těchto profesí, je však dostatečně připraven pro to, aby svým kolegům v interdisciplinárním týmu dobře porozuměl a dokázal pochopit jednotlivé kroky a postupy.*“ Sociální pracovník má podle něj důležitou funkci v multidisciplinárním týmu. Specifické je to, že na základě svého studia má základní povědomí o tom, co která profese dělá a sám tyto základy ovládá, je proto přizpůsoben ke spolupráci. Spolupracuje s klientem a má celkový přehled o jeho situaci. Tento nadhled nad celou situací klienta je velmi důležitý. Sociální pracovník pracuje se souvislostmi, které klientovi brání sociálně fungovat, může tedy efektivně navrhnout řešení různých situací. V týmu předává „diagnostické“ informace o okolnostech vedoucích ke stavu, v němž se klient nachází. Koordinuje služby a plán péče. Je v kontaktu s nejbližším sociálním prostředím klienta, díky čemuž dostává potřebné informace.

Pokud bychom měli hovořit o modelech multidisciplinární spolupráce v sociální práci, můžeme jmenovat například případové konference, síťování nebo komunitní plánování (Kroulíková, 2018, s. 33). Tým v hospici je však oproti těmto modelům uzavřený na jednom pracovišti, až na některé aspekty proto nemohou sloužit ke zlepšení spolupráce v týmech hospice.

Jiné modely multidisciplinární spolupráce udává Jankovský (2015, s. 9–11), a to kruhový model, kdy je v popředí klient a snahy všech členů týmu, kteří jsou si rovni, jsou upřeny právě na něj. V jiném modelu všechny činnosti ostatních odborníků koordinuje právě sociální pracovník, a to tak, aby bylo vyhověno potřebám klienta. Tyto modely jsou ale zaměřeny na dítě se zdravotním postižením a ucelenou rehabilitaci a pro multidisciplinární spolupráci v hospici mohou být pouhou inspirací.

Jediným známým modelem týmové spolupráce v hospici, se kterým se operuje v zahraničí, ale již i v našem prostředí, je hojně citovaný model multidisciplinární spolupráce, jehož autorkou je Laura Bronstein. Tento model představíme v následující kapitole.

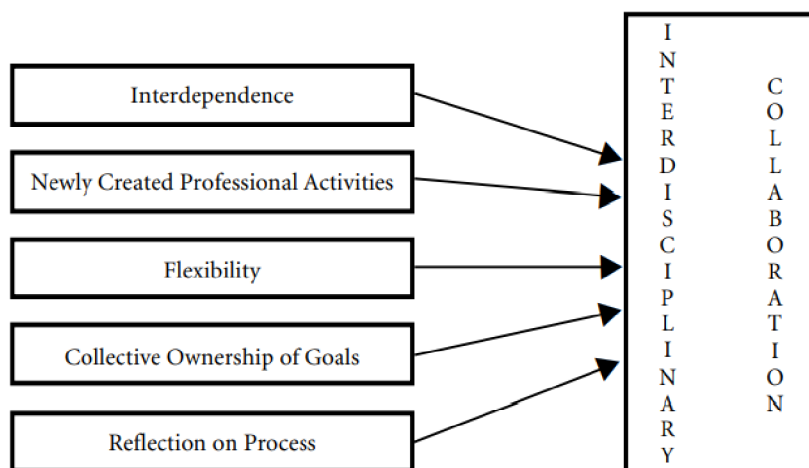
4.3. Model interdisciplinární spolupráce od Laury Bronstein

Laura Bronstein (Bruner 1991, in Bronstein 2003, s. 299) vychází z definice multidisciplinárního týmu, který je popsán jako efektivní interpersonální proces, který usnadňuje dosahování cíle, kterého by nemohlo být dosaženo, pokud by na něm pracoval pouze jeden profesionál sám za sebe. Má za to, že již od samého počátku jejího vzniku je v profesi sociální práce nutná spolupráce s ostatními profesionály (Bronstein, 2003, s. 297).

Bronstein (2003) mluví o **pěti komponentech** (viz obrázek č. 1), které tvoří interdisciplinární spolupráci mezi sociálním pracovníkem a ostatními profesemi. I na tyto komponenty se zaměříme v diskusi této práce. Jsou jimi **vzájemná závislost** (interdependence), **nově vytvořené profesionální aktivity**, **flexibilita**, **kolektivní sdílení cíle** a **reflexe procesu**. Při sestavování těchto komponentů vycházela z teorie o multidisciplinární spolupráci, integraci služeb¹¹, teorie rolí a z ekologické systémové teorie. Autorka upozorňuje, že tyto komponenty získala z teoretické literatury a literatury zabývající se praxí sociální práce. Jde o obecný popis komponentů optimálních pro spolupráci mezi sociálním pracovníkem a ostatními profesionály.

¹¹ Jedná se o volný překlad „services integration“.

Obrázek č. 1, Komponenty modelu interdisciplinární spolupráce dle Laury Bronstein



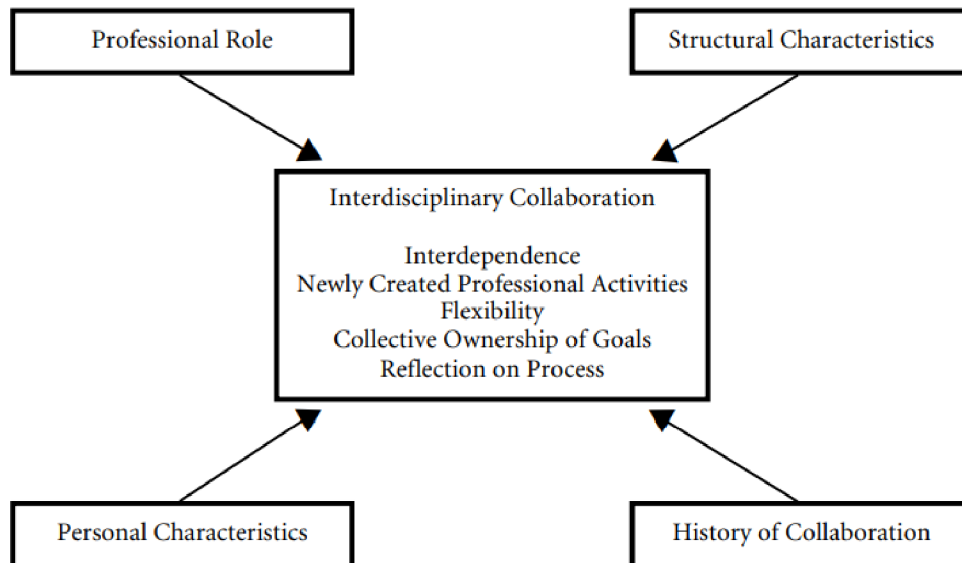
Vzájemná závislost vede k vzájemné důvěře a zároveň závislosti jednotlivých členů na druhých při dosahování cíle. Je zde potřeba dobře rozumět rozdílů mezi vlastní rolí a rolí spolupracujících profesionálů a vhodně je využívat. Charakteristický je společně trávený čas, formálně i neformálně, psaná i nepsaná komunikace mezi členy týmu a respekt k profesionálnímu pohledu, názorům a vstupům ostatních odborníků v týmu. (Bronstein, 2003, s. 299).

Nově vytvořenými profesionálními aktivitami se myslí spolupracující jednání, programy a struktury, které mohou dosáhnout většího úspěchu, pokud jsou tvořeny více profesionály. Jde o vznik nových struktur, kde mohou spolupracovat všichni profesionálové dohromady. (Bronstein, 2003, s. 300).

Flexibilita přesahuje vzájemnou závislost a vede k úmyslnému stírání rolí mezi profesemi. Je charakterizovaná produktivními kompromisy, které se tvoří kreativně podle toho, co je zrovna potřeba. Sociální pracovníci v hospicích tuto flexibilitu používají například v případech, kdy využívají znalostí získaných při práci v týmech se sestrami a lékaři, aby odpověděli na pacientovy otázky týkající se paliativní lékařské péče. *Kolektivní sdílení cíle* je v podstatě sdílená odpovědnost za celý proces dosažení cíle a jeho průběhu. Odkazuje k závazku „na klienta zaměřené péče“. Každý profesionál nese zodpovědnost za svou část práce (ať už úspěšnou, či neúspěšnou) a má podporovat konstruktivní řešení neshod v týmu a odborné úvahy ostatních kolegů a klientů. *Reflexe procesu* se týká snahy spolupracovníků dbát na celkový proces spolupráce. Reflexe zahrnuje přemýšlení, rozhovory se spolupracovníky a pracovní vztahy. Důležitá je zpětná vazba k posílení vztahů a efektivity spolupráce. (Bronstein, 2003, s. 301).

Kromě těchto komponentů, z nichž se interdisciplinární spolupráce skládá, mluví Bronstein (2003 s. 302) také o **vlivech na interdisciplinární spolupráci (obrázek č. 3)**. Na tuto spolupráci podle ní mají vliv strukturální charakteristiky, personální charakteristiky, dále pak profesionální role a historie spolupráce. Pro maximalizaci efektu týmové spolupráce je tedy nutné brát tyto vlivy v potaz.

Obrázek č. 2, Vlivy na interdisciplinární spolupráci dle Laury Bronstein



Profesionální role ovlivňuje spolupráci v týmu především tím, že zahrnuje přivlastnění si hodnot a etiky profese sociální práce, loajalitu vůči uspořádání organizace, loajalitu k profesi sociální práce, respekt k profesím ostatních kolegů a ekologický a holistický pohled na praxi v souladu s profesí sociální práce. Poukazuje na perspektivu spolupráce. Jak autorka uvádí, z pohledu teorie rolí se každý musí socializovat se svou profesí, přijmout její hodnoty a role. Pocit autonomie ve vlastní profesi se vyvíjí postupně a vytváří sounáležitost s profesními skupinami, postoji a schopností spolupracovat. V interdisciplinárním týmu se mohou tyto různé zvyklosti jednotlivých profesí mísit. Sociální pracovníci v interdisciplinárním týmu zastávají širokou škálu rolí. Je důležité, aby dokázali být silně loajální jak vůči své profesi, tak vůči svému interdisciplinárnímu týmu. (Bronstein, 2003, s. 302).

Strukturální charakteristiky zahrnují kulturu organizace podporující členy týmu, organizační zajištění služby, zajištění zvládnutelné zátěže pracovníků, administrativní podporu, profesní autonomii a čas a prostor pro vytvoření spolupráce. *Personálními charakteristikami* se myslí způsob, jakým na sebe spolupracovníci pohlížejí jako na lidské bytosti, mimo své profesionální role. Z mnohých výzkumů se dozvídáme, že velký vliv má

také *historie spolupráce*, tedy dřívější zkušenosti s prací v interdisciplinárním uspořádání s kolegy. Takovéto zkušenosti rozšiřují potenciál jedince ke spolupráci v týmu. (Bronstein, 2003, s. 303–304).

Model interdisciplinární spolupráce podle Laury Bronstein je hojným způsobem využíván v zahraniční literatuře a výzkumech týkající se tohoto typu spolupráce. Ozřejmuje čtyři komponenty dovedností profesionálů v týmu, které jsou nezbytné pro profesionální praxi. Druhá část modelu, popsaná jako vlivy na spolupráci v interdisciplinárním týmu, ukazuje pracovníkům oblasti, na které je potřeba si dávat pozor k maximalizaci spolupráce při práci. Tento model je využitelný v různých oblastech sociální práce a je často používán pro hodnocení spolupráce v multidisciplinárních týmech hospice. Znalost tohoto modelu může být nápomocna při hledání odpovědi na otázku, jak lépe vzdělávat sociální pracovníky, aby byli schopni v multidisciplinárním týmu hospice pracovat.

5. Metodologie

V této části práce popíšeme metodologii výzkumu, který byl proveden v mobilním hospici v únoru až květnu roku 2021. Kapitola se věnuje cíli výzkumu, popisuje kvalitativní metodu, která byla pro naplnění cíle zvolena, zabývá se výzkumným vzorkem a dalšími aspekty, které měly na výsledky výzkumu vliv.

5.1. Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Tato diplomová práce se zabývá profesí sociálního pracovníka uvnitř multidisciplinárního týmu mobilního hospice. Cílem tohoto výzkumu je především za pomoci kvalitativního výzkumu zjistit pohled ostatních profesionálů v multidisciplinárním týmu hospice na sociálního pracovníka. Objasnit, jaké znalosti, dovednosti a kompetence očekávají členové multidisciplinárního týmu v hospici od sociálního pracovníka. Aplikačním cílem této práce je pak vytvořit doporučení, jak jinak odborně připravovat sociální pracovníky, aby byli dostatečně vybaveni pro práci v multidisciplinárním týmu hospice.

Samotná výzkumná otázka zní: *„Jaké znalosti, dovednosti a kompetence očekávají členové multidisciplinárního týmu hospice od sociálního pracovníka?“* Vzhledem k poměrně úzkému poli, kterým se výzkumná otázka zabývá, nás během výzkumu zajímal také pohled sociálního pracovníka na sebe samého uprostřed multidisciplinárního týmu. Hlavní výzkumná otázka pak byla dále rozvíjena těmito dílčími cíli:

- zjistit, v čem je specifická profese sociálního pracovníka oproti jiným profesím v týmu a v čem spočívá její význam;
- zjistit, jak členové týmu vnímají slovo „kompetence“;
- zjistit, jakou roli hraje sociální pracovník v týmu z pohledu ostatních odborníků v multidisciplinárním týmu;
- zjistit, jak sociální pracovník vnímá svou profesi v týmu;
- zjistit, zda sociálního pracovníka jeho vzdělání dostatečně připravilo na roli v hospici;
- zjistit, zda se pohled sociálního pracovníka na sebe samého liší od pohledu ostatních profesionálů v týmu na něj.

5.2. Metodologie výzkumu

K naplnění cíle této práce jsme využili kvalitativní přístup k získávání dat, a to za využití techniky polostrukturovaných rozhovorů (Miovský, 2006, s. 159) se členy multidisciplinárního týmu konkrétního mobilního hospice. Kvalitativní přístup byl vybrán, protože pomocí tohoto typu výzkumu je možné získat hluboký vhled do dané problematiky a vidět souvislosti mezi proměnnými v přirozených podmínkách (Hendl, 2008, s. 52).

Ve výzkumu této diplomové práce je cílem porozumění profesi sociálního pracovníka a pohledu ostatních profesionálů na něj. Výzkum na pracovišti probíhal od února do května 2021. Kvalitativní výzkum využívá různé techniky získávání dat. Vzhledem ke snaze získat co nejúplnější obraz o dané skutečnosti byla během výzkumu využita tzv. triangulace (Hendl, 2008, s. 149), což znamená právě propojení několika výzkumných technik. Primární technikou získávání dat v tomto výzkumu byly polostrukturované rozhovory s jednotlivými profesionály multidisciplinárního týmu hospice, přičemž rozhovor se sociální pracovníci se z logických důvodů lišil od ostatních rozhovorů a také trval nejdéle. Během polostrukturovaných rozhovorů byly participantům kladeny předpřipravené otázky (viz příloha č. 1). Otázky byly u každého rozhovoru individuálně rozšířeny, popřípadě byly kladeny v jiném než určeném pořadí tak, aby byla maximálně zvýšena výtěžnost hovoru (Miovský, 2006, s. 159). Délka rozhovorů se pohybovala od 15 minut do cca 60 minut.

Kromě rozhovorů byla také využita technika zúčastněného pozorování. **Zúčastněné pozorování** je „styl výzkumu, při kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje.“ (Disman, 2020, s. 305). Chování sociálního pracovníka a ostatních profesionálů vůči němu byly pozorovány přímo na pracovišti během pracovní doby. Výzkumník sám po dobu sběru dat vypomáhal sociální pracovníci s činnostmi, které měla na starosti. Výhodou tohoto druhu sledování je, že umožňuje mnohem hlubší vhled do situace a celkově pomáhá k porozumění (Hendl, 2008, s. 193). Jistým rizikem ale může být příliš úzký vztah výzkumníka se sledovanou skupinou, čímž může být pozorování značně subjektivizováno (Disman, 2020, s. 306). Ovlivnění pohledu je hodnoceno v diskusi této práce.

Při pozorování během výzkumu byly využity terénní poznámky. Ty byly zapisovány v průběhu pozorování a byly postupně doplňovány o reflexi pozorovaného. Byly využity popisné i reflektující poznámky, jak udává Hendl (2008, s. 197). Dále bylo v práci využito strukturované pozorování, které používá předpřipravené kódovací schéma, do nějž jsou zapisovány poznámky z pozorování (Hendl, 2008, s.202). Tento způsob pozorování byl použit

především při setkání multidisciplinárního týmu. Během těchto setkání byly stanoveny tyto kategorie pozorování:

- role sociálního pracovníka při setkání;
- momenty, kdy sociální pracovník vstupuje do hovoru;
- s čím se na sociálního pracovníka obrazení ostatní členové týmu;
- jakou váhu mají informace sdělené sociálním pracovníkem;
- atmosféra setkání.

Částečně byla využita také obsahová analýza dokumentů, a to především z pracovních postupů a charitních koncepcí. V následující kapitole podrobně popíšeme výzkumný soubor.

5.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor k této diplomové práci byl vybrán tak, aby co nejlépe odpovídal cíli práce. Byl využitý účelový výběr, kdy je vybrán jeden konkrétní mobilní hospic a výzkumným souborem jsou členové jeho multidisciplinárního týmu. Jedná se o poměrně malý mobilní hospic zřízený Charitou, který funguje od roku 2018, kdy byla ustanovena odbornost 926. Přestože hospic funguje poměrně krátkou dobu, doprovodil již mnoho umírajících a jejich rodin. Dohromady je v tomto konkrétním týmu v různém pracovním poměru pět lékařů, čtyři zdravotní sestry, vrchní sestra, sociální pracovníce, pastorační pracovníce a vedoucí hospice. Rozhovorů se z tohoto počtu zúčastnilo sedm členů týmu, a to konkrétně dvě zdravotní sestry, vrchní sestra, lékař, pastorační pracovníce, vedoucí hospicové služby (která zároveň v minulosti vystudovala sociální práci, tudíž zastupuje i sociálního pracovníka) a sociální pracovníce, se kterou byl rozhovor zaměřen na pohled na její profesi v multidisciplinárním týmu hospice. Tito účastníci jsou z důvodu anonymizace osobních údajů označeni pouze svými profesemi. Zbývající zdravotní sestry a lékaři nebyli zahrnuti do výzkumu z důvodu jejich pracovní vytíženosti v době pandemie Covid-19 a menších pracovních úvazků v tomto mobilním hospici. V následující tabulce je znázorněn přehled jednotlivých členů týmu participujících na výzkumu.

Tabulka č. 2, *Participantí výzkumu*

Participant	Vzdělání	Délka praxe	Délka práce v paliativní péči
Sociální pracovnice	Sociální práce (magisterský titul)	6 let	3 roky
Pastorační pracovnice	Sociální práce, Teologie (magisterský titul)	15 let	1 rok
Vedoucí služby	Sociální práce, Management, (magisterský titul)	25 let	3 roky
Zdravotní sestra 1	Praktická sestra proškolená v paliativní péči	20 let	5 let
Zdravotní sestra 2	Praktická sestra proškolená v paliativní péči	40 let	3 roky + několik let v obecné paliativní péči
Vrchní sestra	Všeobecná sestra (magisterský titul)	25 let	3 roky + několik let v obecné paliativní péči
Lékař	Všeobecné lékařství, atestace z Paliativní medicíny	25 let	více než 5 let

5.4. Způsob zpracování dat

Polostrukturované rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně zpracované pomocí doslovné transkripce (Hendl, 2008, s. 208), kdy byly slovo od slova přepsány a následně analyzovány pomocí otevřeného kódování. Jednotlivými kódy byly krátce pojmenovány obsahy sdělení participantů a byly seřazeny do kategorií dle tématu, jehož se týkaly. Byly zaznamenány též četnosti jednotlivých kódů v různých rozhovorech.

Terénní poznámky byly průběžně zapisovány deníkovou formou a následně zpracovány pomocí obsahové analýzy a zjištění jsou popsána ve výsledcích tohoto výzkumu. Schématické pozorování bylo prováděno během pravidelných setkání multidisciplinárního

týmu a pozorované skutečnosti byly zaznamenávány na přichystaný arch, kde byly načrtnuty kategorie pozorování. Tyto archy byly následně rozebírány co do četnosti zaznamenaných jevů.

Vzhledem k potřebě zachovat diskrétnost není nikde jmenovaný ani podrobněji popsán hospic, v němž výzkum probíhal. Osobní údaje participantů zůstávají anonymní. Každý participant byl informován o svých právech a povinnostech a zároveň podepsal informovaný souhlas, který také informoval o cílech výzkumu a jeho využití. Výzkum v zařízení byl realizován na základě souhlasu vedoucí služby.

6. Výsledky výzkumu

V této kapitole představíme výsledky výzkumu, který probíhal v mobilním hospici od února do května 2021. Nejdříve se budeme věnovat specifikům zkoumaného mobilního hospice. Poté postupně představíme zjištění vzešlá z polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými profesionály multidisciplinárního týmu mobilního hospice včetně rozhovoru se sociálním pracovníkem. Konkrétní otázky je možné nalézt v příloze č. 1. Rozhovorů se zúčastnilo celkem sedm členů týmu, z toho jedna sociální pracovníce. Následně porovnáme tyto pohledy a dále se budeme věnovat faktům, která vzešla z pozorování a obsahové analýzy.

6.1. Specifika fungování zkoumaného hospice

Mobilní hospic, který byl vybrán pro tento výzkum, vznikl pod Charitou v České republice¹² a z toho vyplývají různá specifika této služby. Jedná se o malý hospic fungující poměrně krátkou dobu. Hospic se řídí standardy specializované mobilní hospicové péče a má smlouvu se všemi zdravotními pojišťovnami, což znamená, že také naplňuje jejich požadavky, které kladou nemalé nároky na personální obsazení hospice (viz kapitola 5.3.).

Tým hospice funguje tak, že sociální pracovník má na starosti jednání se zájemci o službu a zařizuje potřebnou dokumentaci pro přijetí klienta, dále komunikuje s lékařem a ostatními odborníky týmu. Poté sociální pracovník zpravidla s vrchní sestrou přijíždí do rodiny na sociální šetření, při němž zjišťuje, zda jsou splněny všechny podmínky pro přijetí do péče. Nejzásadnějšími podmínkami jsou ukončená kurativní léčba pacienta a doporučení paliativní péče a dále především zajištěná spolupracující pečující osoba pod dobu 24 hodin denně. Teprve po tomto šetření, kdy jsou všechny informace předány lékaři a zdravotním sestram, může proběhnout příjem do mobilní hospicové péče paliativním lékařem. Následně sociální pracovník přijíždí do domácnosti podepsat smlouvu o hospicové péči zpravidla spolu s pastorační pracovníci. Rodinu poté navštěvují převážně zdravotní sestry a lékař na pravidelných vizitách. Informace ohledně pacientů jsou jednou týdně konzultovány na setkání multidisciplinárního týmu. Celý postup průběhu hospicové péče je graficky znázorněn v příloze č. 2.

¹² Bližší informace, z důvodu přání organizace zachovat diskrétnost neuvádíme.

Vedoucí tohoto hospice vystudovala mimo jiné sociální práci a kromě toho, že službu vede, také zastupuje sociální pracovníci. Rozhovory s vedoucí hospice a vrchní sestrou byly o poznání delší než rozhovory s ostatními profesionály v týmu, což může být dáno také tím, že tito pracovníci spolupracují se sociální pracovníci mnohem častěji a společně se zabývají také mimo jiné také rozvojem služby.

V době, kdy probíhal výzkum, docházelo k mnohým změnám na pracovišti hospice. Sociální pracovnice zpočátku v hospici nepracovala na plný úvazek, z čehož také plyne její určité časové omezení. Také byla pozorována postupná změna náplně práce, kterou sociální pracovnice zastávala. Během výzkumu na pracovišti tak například začala přijímat a vyřizovat veškeré hovory zájemců, čímž se i posílila její potřeba komunikovat s ostatními členy týmu. Jedná se o dynamicky se rozvíjející službu, která má zájem na zkvalitňování péče, kterou poskytuje.

6.2. Role sociálního pracovníka

Z rozhovorů s pracovníky hospice vyplynulo, že role sociálního pracovníka může být velmi široká, protože situace v rodinách, které pečují o umírající, je často komplikovaná. Pečující potřebují chodit do práce, potřebují finance k zajištění rodiny a do toho chtějí pečovat o svého blízkého. Mnohdy se do celkově náročné situace prolínají vztahové problémy v rodině či nevyřešené konflikty z minulosti. Jsou to velmi náročné situace, které sociální pracovník řeší, a jsou do jisté míry oproti kamennému hospici specifické, protože fungující rodina je nepostradatelná pro to, aby mobilní hospicová péče mohla být vůbec zavedena. Sociální pracovník v řešení těchto situací zastává důležitou roli. Všichni dotazovaní si toho byli vědomi a označili sociálního pracovníka za **nepostradatelného pro tým**.

„Jako zdravotník sociální práci nerozumím a nedokázala bych těm lidem nějak poradit v této sociální oblasti. A nevím, kdo jiný by mohl nahradit sociálního pracovníka.“ (Zdravotní sestra 2)

Zkušený sociální pracovník je schopen v těchto situacích pomoci a rodinu podpořit. Dokáže například **uspíšit proces podání příspěvku** na péči a **navazuje kontakty a vztahy s okolními institucemi**. Komunikuje se sociálními pracovníky z nemocnic, úřadů či jiných sociálních služeb. Vyřizuje s rodinou potřebné dávky a návazné služby. Podporuje pečující osoby, pomáhá se zajištěním dlouhodobého ošetrového, hledá s rodinou možnosti, jak jinak

zajistit dvaceti čtyřhodinovou péči, například v situacích, kdy této dávky není možné dosáhnout.

„Vidím, že naše sociální pracovnice má známé a je možné tam a tam zavolat a něco uspišit.“ (Zdravotní sestra 1)

Konkrétní **roli** sociálního pracovníka podle participantů často **specifikuje individuální situace u klienta**. Sociální pracovník dělá, co je potřeba a co je v jeho odborných kompetencích. Jeho role je dle participantů často spojená s prací s **dokumentací**. Vyřizuje smlouvu o poskytování hospicové péče, pomáhá rodinám zajistit žádost do hospice a další.

„Pomáhá třeba s vyplňováním papírů ohledně příspěvku na péči a tak dále.“ (Lékař)

Sociální pracovník **jedná se zájemci** o hospicovou péči, domlouvá **první návštěvu**, vysvětluje rodině podmínky této péče, pomáhá **řešit rodinné záležitosti** tak, aby byly naplněny potřeby pacienta a byla zajištěna důstojná péče. Dále **zprostředkovává služby** z půjčovny kompenzačních pomůcek, pečovatelské služby, komunikuje s nemocnicí a podobně. Sociální pracovník jezdí na **sociální šetření** do rodiny ještě před příjmem. Dále poté s rodinou komunikuje dle potřeby.

„Když máme příjem, tak to vlastně řešíme se sociální pracovnicí. Pacienta navštěvuje s vrchní sestrou, nebo se sestřičkou. Ona si zjišťuje na té návštěvě, co potřebuje ohledně sociálních věcí a já zdravotní stránku.“ (Zdravotní sestra 1)

Někteří odborníci byli toho názoru, že sociální pracovník na péči v rodině **participuje nedostatečně** a existuje tam větší prostor pro využití jeho schopností. V kontrastu s těmito názory se objevil i názor opačný. Například dle lékaře má sociální pracovník svou roli především na začátku péče.

„Roli určitě má při příjmu pacienta. Ale vidím to hlavně v počátku, kdy pacienta přebíráme do péče. Jak už je potom ve vlastní péči, tak myslím, že ta role už ustupuje celkem do pozadí.“ (Lékař)

Dle pastorační pracovnice může sociální pracovník **zprostředkovávat vnější pohled na rodinu**. Zdravotní sestry, které jsou v denním kontaktu s klientem, mohou ztrácet objektivní pohled, který může sociální pracovník, navštěvující rodinu méněkrát, lépe nabízet. Sociální pracovník má také obrovskou roli v tom, že se příliš nezabývá zdravotním stavem umírajícího, ale naopak se **zabývá zcela jinými věcmi**. Například tím, jak rodina péči zvládá, jak **prakticky vyřešit vyčerpání** a podobně.

„Ale právě sociální pracovník i třeba ve spolupráci s pastoračním pracovníkem zase dokáže s tou rodinou probírat jiné záležitosti než třeba ty sestřičky a odkrýt jiné problémy třeba právě v té sociální oblasti.“ (Vrchní sestra)

Sociální pracovník by také měl dokázat „**stabilizovat rodinu**“, jak to vyjádřila vrchní sestra: „*může třeba pomoci stabilizovat tu rodinu, protože se třeba dostanou do finančních potíží a podobně, anebo prostě nedokážou sami sobě pomoci.*“ Sociální pracovník se snaží také pomoci rodině, která poprvé v životě pečuje o umírajícího a neví si rady, například už jen s **praktickými věcmi ohledně péče**. Sociální pracovník **uklidňuje situaci** a snaží se **zamezit vyhoření pečujících**.

Objevil se názor, že sociální pracovník je **pojícím prvkem** v týmu – má jako jedna z mála profesí stabilní pracovní dobu a na pracovišti potkává všechny členy týmu. Může tedy **usnadňovat předávání informací**.

„*Sociální pracovnice je třeba právě ta, která tady na tom pracovišti opravdu je a slyší jeden den jedmu pracovníci, druhý den druhou. Takže může předávat, může propojovat – já vnímám i to, že je hodně důležité, aby si nějak vyčlenila čas na naslouchání, na zájem, jak bylo u pacienta – aby propojila ty pracovnice, které se tu třeba nepotkávají každý den.*“ (Vedoucí služby)

Sociální pracovník plní roli dalšího profesionála, který do rodiny přichází v jiném kontextu a rodina se mu tedy může otevřít jiným způsobem. Sociální pracovník je zdravotníky často spojován s administrativou, vyřizováním žádostí, smlouvy o přijetí do hospice a jiné dokumentace.

Zdravotní sestra také zmínila jeho roli při přeložení pacienta do kamenného hospice v případě, že rodina přestane zvládat situaci.

„*Pro mě je důležité, že s nimi udělá tady to různé vyřizování jako třeba **přejezd do kamenného hospice** a podobně. (...). Každá rodina má své zápletky, finanční problémy, rodinnou politiku a tak, neví, jestli to dají, jestli to zvládnou a **postěžují si** i v rámci vyplňování žádosti, jak nemají peníze a neví, co se bude dít dál.*“ (Zdravotní sestra 1)

Pracovníci, kteří se sociálním pracovníkem v týmu tráví více času, nebo jsou svou profesí blíže (pastorační pracovnice, vrchní sestra, vedoucí služby) často mluvili o tom, že sociální práce **není pouze administrativní práce**, ale je to také doprovázení rodiny a další činnosti, které se ovšem nikde nevykazují.

„*Včetně řešení těch rodinných situací, opravdu to nejsou jenom dávky, nebo zprostředkování navazujících služeb, pečovatelské služby, ale i ten sociální pracovník je rodině k dispozici pro to komplexní **doprovázení**.*“ (Vedoucí služby)

Někteří pracovníci dokonce od sociálního pracovníka očekávají i další, řekněme **nadstandartní možnosti práce s rodinou**, kdy může využít některých terapeutických metod, popřípadě strávit větší množství času s pacientem a umožnit tak určitý odpočinek rodině.

„Nemyslím si, že to musí být jenom papíry. Myslím si, že to pak může být i takové to sdílení a podpoření rodiny v rámci rozhovoru. Já si říkám, to asi tady u nás úplně nejde, ale třeba nějaká vycházka s tím nemocným, když to třeba je ještě možné. Možná využití terapie, většinou nám tady ti lidi velmi rychle zemřou, a když by to byl někdo, kdo má ještě kus toho života před sebou, tak třeba arteterapie, aromaterapie, něco takového.“ (Pastorační pracovnice)

Z rozhovorů vyplynula také skutečnost, že **sociální pracovník někdy nebývá vnímán jako právoplatný profesionál**, který by měl do rodiny vstupovat. Otázkou je, zda je tak vnímán ze strany zdravotnických profesionálů v týmu či ze strany rodiny, či z důvodu, že sociální práce nemá pro rodinu jasně vymezený okruh problémů, které řeší, tak jako tomu je u zdravotnických profesí.

„Je potřeba se zamyslet nad tím, jestli by mělo smysl ho ‚propašovat‘ jakoby více do těch rodin... popřemýšlet, s jakou nabídkou by tam přicházel. Teď vlastně ono to zní hrozně, ale ono to tak ve své podstatě je, že musíme hledat důvod pro příchod pracovníka do rodiny, např. podepsání smlouvy. Pak už je to zas spíš na vyžádání té rodiny.“ (Vrchní sestra)

Pastorační pracovnice a vrchní sestra si myslí, že by mohl **trávit více času s pacientem** a častěji navštěvovat rodiny.

„Protože když to třeba srovnám s kamenným hospicem, tak ano, je to samozřejmě jiné, ale tam si myslím, že sociální pracovník může být i v každodenním kontaktu s umírajícím a vůbec to není na škodu.“ (Vrchní sestra)

Z rozhovorů dále vyplynulo, že sociální pracovník **není aktivně nabízen v rodinách**. Zdravotní sestry si často situaci řeší po svém a mnohdy je nenapadne, že právě sociální pracovník by v dané situaci mohl pomoci. Role sociálního pracovníka závisí na každém jednotlivém hospici, určuje ji mimo jiné i metodika, která je v tomto hospici zpracována jen částečně a nedostatečně.

„V naší metodice, kterou máme, mám správně jít já jako zástupce za zdravotní péči a sociální pracovník jako zástupce za sociální péči na šetření k zájemci.“ (Vrchní sestra)

6.2.1. Dílčí závěr

Role sociálního pracovníka tak dle ostatních profesionálů v týmu spočívá v:

- jednání se zájemci, předávání informací v týmu, zajištění potřebné dokumentace pro přijetí do hospicové péče;
- práci s rodinou, řešení dávek a návazných služeb (především pečovatelské služby);

- zprostředkování **vstupu pastorační pracovnice**, vytvoření **prostoru pro soukromí**, když je více pracovníků v jedné rodině a je potřeba promluvit o samotě s pacientem;
- stabilizaci rodiny tím, že hledá možnosti, jak zajistit dvacet čtyřhodinovou péči o nemocného (např. dlouhodobé ošetřovné), uklidňuje situaci tím, že předává potřebné informace a edukuje rodinu;
- předcházení syndromu vyhoření u pečujících osob.

Dále vyšlo najevo, že:

- všichni odborníci v týmu považovali sociálního pracovníka za nepostradatelného pro tým, např. lékař nechce přijmout pacienta, aniž by u něj proběhlo sociální šetření;
- účastníci, kteří se sociálním pracovníkem tráví větší množství času, mluvili o tom, že role sociálního pracovníka by měla být širší než pouhá administrativa, že má tato profese větší potenciál, než je využíváno;
- sociální pracovník nedělá pouze administrativní práci, ale také doprovází rodinu i pacienta;
- sociální pracovník se svými zkušenostmi a znalostmi dokáže mnoho věcí uspořádat a také navazuje vztahy s ostatními institucemi;
- propojuje pracovníky v týmu (dle vedoucí);
- zprostředkovává vnější pohled na rodinu;
- přináší nový, nezdravotnický pohled;
- oproti ostatním profesím je pro sociálního pracovníka náročnější se do rodiny dostat (potřebuje „zakázku“), role je závislá na individuální situaci v rodině;
- zdravotníci vnímají významnost role sociálního pracovníka hlavně na začátku péče.

6.3. Kompetence a sociálního pracovníka v hospici

Slovo **kompetence** má pro všechny členy týmu **důležitý význam**. Kompetence určují, co kdo v týmu dělá. Dle účastníků jsou jasně dané tam, kde končí znalost konkrétní profese. To znamená, že sociální pracovník například nepředepisuje léky ani neradí rodině či pacientovi ve zdravotní oblasti a zdravotník rodině nevysvětluje, na které dávky má pacient nárok a jak je vyřídit. Zároveň je možné si všimnout, že zatímco následky zásahu do kompetencí sociálního pracovníka zdravotníkem nemusí být až tak tragické, popřípadě se v některých oblastech může zdravotník sám vyznat, zásah sociálního pracovníka do kompetencí zdravotníka může mít velmi špatné následky.

„Každý člen týmu má své kompetence, sociální pracovníce taktéž. Já těžko budu rodině vykládat nebo říkat, na co mají nárok, toto musí vyřídit sociální pracovníce, protože já to nevím. A ona to ví. Tak jako sociální pracovníce mi těžko bude říkat něco ohledně zdravotních záležitostí. Prostě každá má to svoje a kompetence by se neměly překračovat. Každý by si určitě měl za ten svůj obor, za tu svou oblast, zodpovídat.“ (Lékař)

Participantů často zmiňovali, že by se kompetence jednotlivých profesí týmu neměly překračovat. V praxi je však mnohem obtížnější je nepřekročit, jak o tom vypovídá nejen pozorování, ale také některé rozhovory. Zároveň v úzce spolupracujícím týmu se právě některé kompetence přirozeným způsobem propojují.

„S tím se tady občas peru, že někdy se mi to tady tak trochu mísí dohromady, ale myslím si, že to je v každé službě v každém týmu, že by si měl být každý vědom toho, co tam zastává za roli v té rodině a umět to předat, když to opravdu není v jeho kompetenci. Předat to tomu, kdo je za to zodpovědný.“ (Pastorační pracovníce)

Setkali jsme se však i s názorem, že **překračování hranic je žádoucí**. Otázkou je, zda k překračování hranic dochází z důvodu nedostatečné přítomnosti sociálního pracovníka na pracovišti, neznalostí kompetencí sociálního pracovníka ostatními pracovníky či jejich neschopností udržet své profesní hranice. Je možné, že všechny zmíněné faktory hrají určitou roli.

„Někdy do těch kompetencí může zasahovat i jiný pracovník, i když je tady sociální pracovníce a má svoje kompetence a svoji práci. Snaží se pomoci, ale kdyby ta sestřička prostě věděla jak, tak do toho může zasahovat.“ (Zdravotní sestra 1)

Zdravotní sestry mnohdy **nevěděly, s čím vším se mohou na sociálního pracovníka obrátit**. Byli zvyklé některé věci řešit u rodin samy právě proto, že v rodinách tráví nejvíce času. Postupy poté konzultovaly na setkání multidisciplinárního týmu.

„Když vidím, že něco potřebují, zkusím to zařídit a pak to předám na týmu. Jinak mě ani nenapadlo, že bych to měla řešit se sociálním pracovníkem.“ (Zdravotní sestra 2)

Z rozhovorů vyplynulo, že kompetence jsou to, na co má pracovník vzdělání a také jeho náplň práce. Kompetence se dále dle respondentů rozvíjí zkušenostmi a vzděláváním. Kompetence **určují zodpovědnost** a mají tak zásadní význam. Objevil se i názor, že tým musí s kompetencemi souhlasit a mají být **písemně stanovené**, což tato služba zatím nesplňuje.

Vedoucí hospice označila za podstatné to, aby sám sociální pracovník **znal své kompetence a nepřekračoval je**. Pokud spolu odlišné profese pracují na denní bázi, může být právě udržení se v hranicích vlastní profese náročnější. Každý člen týmu by si měl být neustále vědom své profese a **dokázat ponechat prostor ostatním**.

„Když jsem jezdila za pacienty s různými pracovníci, tak pro mě to třeba byla taky nová role. Jedna paliativní sestřička říkala: tohle je můj rank, toto mi nech. I když mám docela přehled i v tom zdravotnickém. Takže je důležité nelézt ‚druhému do zelí‘, na druhou stranu zase podpořit, když ta rodina je naopak třeba nedůvěřivá.“ (Vedoucí hospice)

U otázky, zda kompetence sociálního pracovníka **odpovídají** tomu, co je v týmu potřeba, jsme se setkali s různými odpověďmi. Zdravotní sestra se domnívala, že to tak stačí, druhá sestra mluvila o tom, že to není schopna posoudit, lékař měl za to, že to by měl vědět sám sociální pracovník, ale z jeho pohledu jsou dostatečné. Vedoucí služby mluvila o tom, že sociální pracovník má příliš **široké pole působnosti a je potřeba to postupně měnit**.

„My jsme vlastně služba, která je relativně nová a na začátku je vždycky jen pár pacientů. Takže ten sociální pracovník tady byl jenom na zkrácený úvazek ještě v kombinaci se zástupem vedoucí projektu. Podílel se i hodně na PR, fundraisingu, má tedy hodně kumulovanou funkci, protože holt se začíná. Poté, co výrazně přibylo pacientů i zájemců, vznikla potřeba předefinovat tu roli.“ (Vedoucí hospice)

Někdy má sociální pracovníce v tomto hospici tendenci více mluvit s příbuznými a méně s pacientem, což může být vnímáno jako problematické.

„Myslím, že sociální pracovníce se baví asi hodně s příbuznými, a ne přímo s pacientem. Ne vždy ten pacient může – toho pacienta už nezajímají ty papíry a co dostane za příspěvek a tak, ale říkám si, že vlastně tam neproběhne úplně to setkání s tím pacientem. To je zajímavé, protože tam jsou dvě vztyčné osoby, i ten pacient i ten pečující, a každý má jako jinou roli.“ (Pastorační pracovníce)

Nejčastější odpovědi na otázku, jaké má sociální pracovník v týmu **kompetence**, zaznívala odpověď, že **zařizuje příspěvek na péči**, provádí **sociální šetření** v rodině, zprostředkovává pečovatelskou službu a „**papíry**“, tedy žádost, smlouvu apod.

„U nás má vlastně na starosti příjem pacienta, tedy aby byla v pořádku veškerá dokumentace, kterou je zapotřebí. V jeho kompetenci je prvotní rozhovor s rodinou, s rodinnými příslušníky nebo i s pacientem, někdy můžou volat i pacienti. Pak má samozřejmě v kompetencích informovat všechny ostatní o té skutečnosti, referovat o těch situacích, které se udály u těch pacientů třeba na týmu a potom má na starosti kompetenci řešit všechny sociální otázky u toho pacienta.“ (Vrchní sestra)

Odborníci ze zdravotnických profesí mluvili často velmi obecně o „**sociálních záležitostech**“, v některých případech si vůbec nebyli jistí tím, co odpovědět:

„Já jsem se o to nikdy moc nezajímala a myslela jsem si opravdu, že jsou to ty věci ohledně těch financí a ohledně pomoci tomu člověku, kam se má obrátit, na jaký úřad, co

všechno si vyřídit, ohledně důchodu a ohledně dávek. Nikdy jsem se takhle o to nezajímala.“
(Zdravotní sestra 2)

Z rozhovorů tedy vzešlo, že kompetence mají pro všechny členy týmu velký význam, protože mimo jiné určují zodpovědnost. Měly by být jasně dané a zároveň by mělo být zřejmé, do jaké míry je možné, aby se mezi profesemi prolínaly. Překročení kompetencí vede ke konfliktům v týmu, je proto potřebné je mít i písemně stanovené, což tento hospic zatím nikde podrobněji nemá. Každý participant měl trochu jinou představu o tom, co patří do kompetencí sociálního pracovníka, často mluvili velmi obecně jako o „sociálních záležitostech“. Co konkrétně do tohoto spadá, bylo pro mnohé, především zdravotní profese, náročné odpovědět. Větší přehled o kompetencích sociálního pracovníka měli ti profesionálové, se kterými sociální pracovník nejvíce spolupracoval (pastorační pracovnice, vrchní sestra a vedoucí služby).

6.3.1. Dílčí závěr

Ohledně kompetencí sociálního pracovníka dle ostatních profesionálů v týmu hospice bylo zjištěno, že:

- hrají pro všechny důležitou roli, určují zodpovědnost a je důležité je mít písemně stanovené (v tomto hospici prozatím nejsou a zdravotní část odborníků si nebyla jistá tím, co vše je v kompetenci sociálního pracovníka);
- většinou panovala shoda v tom, že kompetence by se neměly překračovat;
- dle zdravotní sestry je ale možné kompetence překročit, pokud sestra ví, jak v dané věci postupovat;
- sociální pracovník má znát své kompetence a měl by umět ponechat prostor ostatním profesím;
- sociální pracovnice v tomto mobilním hospici má v kompetenci komunikaci se zájemci o péči, sociální šetření před příjmem pacienta, podpis smlouvy o poskytování multidisciplinární péče mobilního hospice, dále v rodině vyřizuje příspěvek na péči a dokumentaci, zprostředkovává pečovatelskou službu, popřípadě další služby.

6.4. Očekávané znalosti sociálního pracovníka

Odborníci multidisciplinárního týmu od sociálního pracovníka očekávají dostatečnou znalost celé sociální oblasti. Participantů často kladli důraz na praktické znalosti sociálního pracovníka, čímž se myslí, aby znal konkrétní postupy, jak vyřídit dávky, zjistit služby, na

koho se obrátit s jakým problémem. Sociální pracovník by se zkrátka této problematice měl orientovat a mít neustále přehled.

„Určitě to, že ví, kde co jak se má podat, jaké žádosti, jak je to v zákoně v rámci toho ošetrovného, protože to dlouhodobé ošetrovné se nyní začalo řešit. Že má stále přehled. Myslím, že ty věci se stále vyvíjí, tak je potřeba, aby to měl stále nastudované, aby šel s tou dobou. U nás to tak není, po té zdravotní stránce se ty léky až zas tak nemění a ti lidé mají stále nevolnosti a neklid. Ale u sociálního pracovníka jsou tam spíš asi ty zákony a takový věci. Tak určitě by měl mít přehled.“ (Zdravotní sestra 1)

Vedoucí služby měla ucelenější pohled na potřebu znalostí sociálního pracovníka, mimo jiné také proto, že sociální pracovníci zastupuje a sama sociální práci vystudovala. Očekává, že je již ze studia dobře obeznámen se sociální prací. Kromě znalosti základních záležitostí jako jsou sociální služby, dávky a specifika hospicové péče by měl vědět, jak probíhá vyrovnávání se se ztrátou a nemocí, dále pak znát záležitosti spojené s **pohřby a dědickým řízením**. Měl by mít znalosti ohledně **doprovázení umírajícího**, a to jak po té zdravotní, tak po psychické stránce. Dále by měl mít základy ošetrovatelství, vědět a prakticky umět pečovat o nemohoucího člověka. *„Vnímám, že se to hodně propojuje s oblastí zdravotnictví a s ošetrovatelstvím, takže je určitě potřeba, aby měl základy ošetrovatelství. Umět navigovat toho pečujícího, jak třeba má pečovat, aby si to usnadnil a aby to bylo komfortní nebo dobré pro toho nemohoucího pacienta. Nejen, že tam udělám tu svoji práci, ale opravdu být taky tak jakoby prakticky při ruce v těch posledních dnech. I jsem hodně vnímala při těch návštěvách se sestřičkou, že bylo potřeba tu sestřičku někdy podpořit v té rodině, v tom, co jim ona říká, jak je edukuje, protože rodiny mají velký strach, takže i dát takové to potvrzení a podporu.“ (Vedoucí)*

Zdravotníci často očekávali od sociálního pracovníka znalosti v oblasti sociálních dávek a služeb a schopnost práce s další dokumentací. Lékař vyzdvihl také potřebu orientovat se v legislativě a mít neustálý přehled o jejích změnách.

„Když bude jakákoli novela, jakákoli změna tak určitě, aby tady o tom byl sociální pracovník plně informován. Nemůže prostě zaspat dobu. To je potom kontraproduktivní hlavně pro ty pacienty.“ (Lékař)

Orientuje-li se sociální pracovník v dostupné pomoci pro pacienty, respektive klienty, a ví-li, jak prakticky poradit či poskytnout pomoc, je schopen v rodině celkově uklidnit situaci a dát jí potřebný komfort. S tím souvisí schopnost sociálního pracovníka si flexibilně poradit v různých situacích, které mohou být různým způsobem zkomplikované.

„Aby ta rodina měla takový komfort, aby věděli, na co vlastně můžou dosáhnout, co v oblasti našeho státu, co je třeba v oblasti sociálního zabezpečení, nebo pojištění, jaké jsou další možnosti apod.“ (Pastorační pracovnice)

Mezi další znalosti, které jsou od sociálního pracovníka očekávány, patří znalost ostatních profesí v týmu a jejich specifické role v týmu.

„V rámci fungování, aby měl přehled a představu, co ti ostatní členové týmu dělají. Tak nějak přičichl trošičku k té jejich práci, aby měl představu. Ale to si myslím, že by mělo platit pro všechny členy toho týmu, kdy by měli vědět, aby při nabízení služby kolegy uměli alespoň rámcově vysvětlit, co to obnáší. Není vhodné říct ‚to já vůbec nevím, co tady s váma budou dělat, to až přijdou, tak se to dozvíte‘ – takhle to určitě nejde. To znamená, že být orientovaný i v tom týmu a mít rámcovou představu, kdo co dělá.“ (Vrchní sestra)

6.4.1. Dílčí závěr

Bylo zjištěno, že participanti od sociálního pracovníka očekávají:

- základní znalosti o službách a dávkách, na něž pacienti a jejich rodina mají nárok;
- znalosti aktuálních legislativních podmínek a orientace v systému zdravotnictví;
- znalosti základů ošetrovatelství, aby dokázal prakticky pomoci rodině s péčí o blízkého;
- znalosti ohledně zařizování pohřbů, dědictví, vyrovnávání se ztrátou, ošetrovatelské znalosti, i znalosti fyziologických změn při umírání (což spolu s výše uvedenými body očekává vedoucí služby);
- jak teoretické, tak praktické znalosti;
- že sociální pracovník má mít dobrou představu o tom, co dělají ostatní členové týmu;
- znalost základů psychologie;

Představy o znalostech sociálního pracovníka se mezi participanty různí – především zdravotnická část má užší očekávání znalostí.

6.5. Dovednosti

Členové týmu referovali, že **dovednosti**, které by měl sociální pracovník mít v rámci týmu, jsou například dovednost **podpořit tým**, spolupracovníky a dokázat se sdílet. Dále by měl sociální pracovník znát své kompetence, **propojovat** pracovníky, **naslouchat** a mít respekt k rolím ostatních profesionálů. Sociální pracovník musí **umět táhnout za jeden provaz** a musí

být schopen **podávat zpětnou vazbu**. Participantů označili za důležitou především komunikaci, flexibilitu a spolupráci. Všechny tyto uvedené dovednosti lze označit za měkké dovednosti.

Dle spirituální pracovnice by sociální pracovník měl být schopen vhodným způsobem **mluvit o spiritualitě**, být schopen zajistit rodině komfort. Aby mohl sociální práci dobře vykonávat, musí si být **jistý svou pozicí**, což lze považovat za poměrně obtížné. Sociální pracovník musí **vědět, kde si vyhledat informace**, být schopen **reagovat v krizových situacích** a vyhodnotit, co je správné. V mobilní hospicové péči je také specifické to, že sociální pracovník musí umět **efektivně nakládat s časem**. Času je málo, umírající a rodiny potřebují rychle vyřešit to, co mohou a zároveň naplnit poslední dny života svého blízkého plnohodnotným způsobem.

„Mnohdy nemají ty rodiny tolik času. Něco jiného je, když máme před sebou chronicky nemocného člověka, nebo starého člověka seniora a něco jiného je to v té paliativně, kdy je ten čas do konce krátký.“ (Vrchní sestra)

Dalšími nepostradatelnými dovednostmi sociálního pracovníka, které byly v rozhovorech zmíněny, jsou řízení automobilu a práce na počítači. Dovedností, která určitě najde velké využití v této oblasti, je **schopnost organizovat čas**. Ve smyslu správného zorganizování práce tak, aby vše stihl, či ve smyslu schopnosti poradit příbuzným, jimž umírá blízký, jak tento čas smysluplně naplnit, jak si odpočinout. Musí pro to být dostatečně kreativní.

„Třeba sociální pracovník pomůže tomu člověku si trochu uspořádat den, poradí, co by mohl v tom dnu dělat, jak se zabavit, je třeba dávat i tomu životu nějaký ten smysl. Je důležité trávit den u toho lůžka nemocného, ale pak je potřeba jej trávit i jinak... Třeba aby na to nemusel pečující zas až tak příliš myslet, aby si odpočimul, dát mu nějaké návrhy, co by mohl dělat, nebo přijít s nějakou nabídkou.“ (Vrchní sestra)

Nalézat smysl je velmi náročná dovednost. Sociální pracovník sám musí nacházet smysl ve smrti a umírání. Musí vědět, proč svou práci dělá a jak být nablízku umírajícím a jejich rodinám. Aby mohl poskytnout oporu druhým, musí mít sám vyřešeny existenciální otázky a dokázat citlivým způsobem naslouchat.

„Empatický, ale nesmí být moc lítostivý, aby dokázal podpořit i ten tým, aby ho to úplně nesešlo, potažmo nás všechny.“ (Zdravotní sestra 1)

Sociální pracovník by dle ostatních profesionálů v týmu měl mít **schopnost spolupracovat a domlouvat se v týmu**, být schopen **přijmout kritiku a pracovat s nepřijetím umírání** v rodině.

„Asi taková jako otevřenost. Podávání zpětné vazby i pozitivní i negativní, za mě je důležité říct i to, co se nepovedlo. Asi dobrá nálada, týmový duch. Komunikace a táhnutí za jeden provaz.“ (Pastorační pracovnice)

V některých extrémnějších situacích musí být schopen **vyhodnotit rizikovou situaci**, být **objektivní a nestranný**. Vrchní sestra v rozhovoru popsala případ, kdy měla být klientka převzata do mobilního hospice, ale její pečující syn si to nepřál, protože umírání své matky nechtěl přijmout. Při sociálním šetření pak došlo k situaci, kdy syn jednal agresivně a musela být přivolána policie.

„Přišly jsme se sociální pracovníci na sociální šetření a ten syn tam způsobil prostě strašný povyk, měl i nějaké agresivní a násilnické sklony (...). Nakonec se teda rozhodlo, protože syn vlastně bránil té péči, že v zájmu bezpečí té pacientky se zavolá ještě rychlá. Takže přijela rychlá, paní naložili a odvezli.“ (Vrchní sestra)

Sociální pracovník musí být dále schopen **respektovat zájmy klienta**. Mnohdy se totiž dostává do situace, kdy si rodina přeje něco jiného než klient. V některých momentech musí hájit zájmy klienta i před týmem. Podle některých odborníků z týmu musí být sociální pracovník dostatečně zkušený, protože to vede ke schopnosti předvídat situace a efektivně využít čas.

„Ale tím, že má ještě třeba nějaké zkušenosti, tak už dokáže třeba nějak předvídat určité situace a už může být jakoby o krok dopředu. Že už se vlastně na to dokáže připravit.“ (Vrchní sestra)

Sociální pracovník by tedy dle dalších profesionálů v týmu měl být dostatečně vybaven měkkými dovednostmi jako schopností komunikace, sdílení se, flexibility, přijímání kritiky, podání zpětné vazby, schopností podpořit tým a „táhnout za jeden provaz“. Měl by si být jistý svou pozicí, umět mluvit vhodným způsobem o spiritualitě a efektivně nakládat s časem. Také by měl umět adekvátně reagovat v kritických situacích a vědět, kde najít informace. Důležitá je také schopnost se domlouvat a plánovat péči.

6.5.1. Dílčí závěr

Bylo zjištěno, že:

- participanti od sociálního pracovníka očekávají měkké dovednosti jako spolupráce, komunikativnost, schopnost týmové spolupráce a podávání zpětné vazby;
- dle spirituální pracovnice by si měl být jistý svou pozicí, vědět, kde vyhledat informace a také vhodným způsobem hovořit o spiritualitě;

- sociální pracovník by měl umět efektivně nakládat s časem a pomoci rodině a umírajícímu jej smysluplně naplnit a tomu musí být dostatečně kreativní;
- měl by být schopen udržet si profesionální odstup, objektivitu, nestrannost, empatii a respektovat zájmy klienta;
- sociální pracovník by neměl postrádat psychologické dovednosti – pracovat s nepřijetím v rodině, emocemi a ztrátou smyslu;
- měl by také umět komunikovat v krizových situacích.

6.6. Týmová spolupráce se sociálním pracovníkem

Každý pracovník hospice očekával od sociálního pracovníka něco trochu jiného. Očekávání pracovníků zpravidla logicky souviselo s oblastmi, v jakých se sociálním pracovníkem spolupracovali. Pro větší přehled jsou jejich hlavní odpovědi zaznamenány v tabulce č.1 na konci této podkapitoly.

Zdravotní sestry spolupracují se sociálním pracovníkem především na začátku při příjmu pacienta, při němž od sociálního pracovníka získávají informace o zájemci o hospicovou péči. Dále na něj odkazují, když rodina řeší příspěvek na péči či pečovatelské služby. Zdravotní sestry o svých očekáváních od sociálního pracovníka mluvily méně konkrétně. Hovořily o tom, že má řešit svou „sociální oblast“, má pomoci vyřešit veškerou potřebnou dokumentaci, nabízet pečovatelskou službu a řešit případné sociální dávky. Dle jejich názoru se má zabývat finančními otázkami a vyřešit „vše, co nevyřeší zdravotník“. Z rozhovorů byla patrná určitá nejistota v tom, co vše spadá do sociální práce a zda odpovídají správně, z čehož můžeme usoudit, že na takovou otázku odpovídaly poprvé.

Lékař spolupracuje se sociálním pracovníkem také především na začátku péče, kdy od něj získává informace o zájemci o péči a zároveň lékařskou zprávu pacienta. Dále pak v případě řešení dokumentace k příspěvku na péči. Od sociálního pracovníka očekává především neustálý přehled o aktuální legislativě a podmínkách pro získání dávek. Ocenil schopnost sociálního pracovníka uspišit některé procesy při žádání o příspěvek na péči. Lékař také vyzdvihoval schopnost efektivní komunikace, kterou vůbec považuje za klíčovou pro práci nejen s pacientem, ale také v týmu.

Pastorační pracovnice se sociální pracovnící jezdívá za rodinou za účelem podpisu smlouvy o poskytnutí péče a je jí tak umožněn snadnější přístup do rodiny. Od sociálního pracovníka očekává přehled v sociálních dávkách a službách a zároveň dobrou schopnost

komunikace. Důležité je, aby rodině dokázal poskytnout komfort prostřednictvím svých znalostí a praktických zkušeností. Sociální pracovník by si dle pastorační pracovnice měl být jistý svou pozicí, aby dokázal rodinu uklidnit a účinně jí pomáhat. Jako odborník, který s rodinou není každodenně v kontaktu, může v týmu nabízet nezainteresovaný vnější pohled na věc.

Vrchní sestra spolupracuje se sociální pracovnící při komunikaci se zájemci a při sociálním šetření před příjmem pacienta, kdy spolu jezdívají do rodiny jako zástupce za zdravotní a sociální část péče. Sociální pracovník by dle jejího názoru měl mít dostatek zkušeností, které pomáhají předvídat situaci, dávají schopnost si poradit a reagovat včas. Sociální pracovník má znát legislativu a znát kompetence ostatních odborníků v týmu. Neměla by mu chybět schopnost týmové spolupráce a jeho služby by měly být v týmu aktivně nabízeny.

Vedoucí služby sociálního pracovníka sama zastupuje vzhledem k tomu, že sama sociální práci vystudovala. Sociální pracovník má dle jejího názoru dobře znát svou profesi a své kompetence. Je důležité, aby věděl o fázích vyrovnávání se s umíráním, znal fyziologické změny provázející umírání a byl schopen rodině prakticky pomoci při péči o umírajícího. Zároveň v rámci týmu má být schopen propojovat pracovníky a předávat informace, a to i proto, že bývá na rozdíl od jiných odborníků stabilně na pracovišti a může tak naslouchat všem odborníkům.

Celý multidisciplinární tým se setkává jednou týdně a společně hovoří o pacientech a plánu péče. Informace se předávají telefonicky, popřípadě na pracovišti, když se spolu různí členové týmu potkávají během dne. Chybí systematické setkávání a předání informací, např. na začátku dne. Sociální pracovník spolupracuje se všemi profesionály v týmu. Míra spolupráce je dána rozdělením kompetencí v týmu a potřebou jednotlivých profesionálů s pracovníkem něco řešit. Podle okruhů spolupráce také vzniká očekávání, které má jiný člen týmu od sociálního pracovníka. Přehledněji to zobrazuje následující tabulka:

Tabulka č. 3, Vztah mezi očekáváním profesionálů týmu a okruhy spolupráce se sociálním pracovníkem.

Profese	Okruhy spolupráce a zkušeností se sociálním pracovníkem	Očekávání od sociálního pracovníka
Lékař	při jednání se zájemci na začátku péče, prvním sociálním šetření a řešení příspěvku na péči	orientace v legislativě, finančních otázkách a komunikační dovednosti
Zdravotní sestra 1	při příjmu pacienta, jeho přeložení do kamenného hospice, zájmu o sociální dávky a služby a kontaktování pečovatelské služby	vyřízení veškeré potřebné dokumentace namísto zdravotníků, spolupráci a empatii
Zdravotní sestra 2	při příjmu pacienta, řešení nezdravotnického problému	sociální poradenství (odkázání na jiné instituce), pomoc při řešení finančních otázek
Pastorační pracovnice	při zprostředkování kontaktu s pastorační pracovníci, emocionální podpoře pacienta a rodiny	přehled o dostupné péči a dávkách, poskytnutí komfortu rodině, pomoc klientovi porozumět sděleným informacím
Vrchní sestra	při jednání se zájemci, domluvě sociálního šetření	odborné zkušenosti, znalost sociální legislativy, přehled o úkolech ostatních členů v týmu, schopnost řešení krizových situací, kreativitu, pomoc rodině smysluplně trávit čas
Vedoucí hospicové péče	při zastupování sociálního pracovníka, výměně informací o pacientech, řešení dilemat a organizačních záležitostí a při rozvoji hospicové péče	znalost sociální práce jako takové, znalost průběhu vyrovnávání se s nemocí/umíráním, průběhu dědičného řízení, záležitostí okolo pohřbu a základů ošetřovatelství včetně praktické pomoci, podpora členů týmu, sdílení a znalost svých kompetencí

6.6.1. Dílčí závěr

Výzkum ukázal, že:

- sociální pracovník spolupracuje se všemi profesionály v týmu;
- míra spolupráce s jednotlivými profesemi je dána rozdělením kompetencí v týmu;
- v týmu chybí systematické předávání informací;
- podle oblastí spolupráce se odvíjejí očekávání jednotlivých profesionálů v týmu od sociálního pracovníka (viz tabulka č. 3).

6.7. Rozhovor se sociálním pracovníkem

V rámci výzkumu proběhl i rozhovor se sociální pracovnící. Cílem bylo zjistit, jak vnímá sebe sama v týmu a co si myslí, že od ní očekávají ostatní členové týmu. V týmu se cítí respektovaná, ač tam mnoho času (vzhledem ke zkrácenému úvazku) netráví. Sociální pracovnice mluví o své roli jako o poněkud rozsáhlejší. Za nejdůležitější část práce považuje právě přímou práci s rodinou a klienty. Dále však komunikuje s úřady a podílí se i na dalším chodu a fungování organizace, kdy se částečně zapojuje do fundraisingu.

„Gró je ta sociální práce, přímá práce s rodinou, pacienty, komunikuji s úřady, s pečujícími, umírajícími a ostatními členy týmu a další moje role je v podstatě vyhledávání vhodných menších výzev a grantů a potom jejich zpracování.“ (Sociální pracovnice).

Sociální pracovnice dále úzce spolupracuje s pečovatelskou službou a rozvíjí ji tak, aby lépe odpovídala potřebám hospice, například iniciuje vytvoření paliativního týmu pečovatelek. Sociální pracovnice byla již u zrodu tohoto mobilního hospice a vzhledem k nákladnosti služby se podílí na získávání finančních prostředků pro ni.

Sociální pracovnice též **formuluje a realizuje vize**. *„Měli jsme takovou vizi, že budeme spolupracovat i s domovy seniorů, protože máme za to, že ten pacient tam v tom domově je ve svém domácím prostředí a není žádoucí, aby ho na posledních pár chvil převáželi do nemocnice a prováděli nějakou marnou léčbu.“* (Sociální pracovnice)

Proto, aby tyto vize mohly být realizovány, musí být schopna navazovat spolupráci s ostatními subjekty a vysvětlovat podstatu hospicové péče, vědět, co je důležité a umět to předat ostatním, aby spolupráci vůbec byli schopni navázat. Konkrétně v této vizi, o níž sociální pracovnice mluvila, je potřeba mít přehled o tom, jak domovy pro seniory fungují a jaké jsou motivace a demotivace ke spolupráci. To nelze získat jinak než zkušenostmi. Tyto vize, které sociální pracovnice má, přitom vycházejí z její schopnosti **hájit práva klienta** a vědomí **důstojnosti** každého člověka.

„Pro toho klienta je to jednoznačně pozitivní, protože už není odvážen do nemocnice, někdy se stává, že ti lidé umírají cestou v sanitce, nebo po dvou dnech někde na lůžku prostě zemřou v nemocnici. Jde o myšlenku zachovat tomu člověku důstojnost tak, aby dožil tam, kde to zná, kde je mu dobře, kde vlastně celou dobu žil, s tím, že se mu nemění nějaké návyky, zvyky, akorát že k těm pracovníkům, na které on je zvyklý, ještě přibydou paliativní sestry a paliativní lékař.“ (Sociální pracovnice)

Sociální pracovnice dle svých slov nejvíce **spolupracuje** s vrchní sestrou, se kterou jezdí na sociální šetření před samotným příjmem klienta. Sociální pracovnice také hovoří se zájemci o službu, získané informace pak předává vrchní sestře. Dále spolupracuje s lékařem, když je potřeba vyplnit informace o zdravotním stavu pacienta k posouzení příspěvku na péči. Hodně také spolupracuje s pastorační pracovnící, se kterou jezdívá do rodiny podepisovat smlouvu tak, aby rodina měla možnost se setkat s celým týmem. K tomu, aby mohla dobře vykonávat svou práci, musí komunikovat a dobře spolupracovat s celým týmem.

Sociální pracovnice mluví o tom, že **velkou část její práce tvoří právě administrativa**. Rodinu navštěvuje hlavně na začátku péče, pak je s ní v kontaktu hlavně telefonicky.

„Je to hodně o administrativě, ta přímá práce s tou rodinou a s tím pacientem je prakticky proběhne dvakrát. Na tom předpříjmu a pak při podpisu smlouvy. Pokud je tam ještě sjednaná pečovatelská služba, tak se snažím tu smlouvu podepisovat já, aby jim tam nevstupoval nikdo další. Tak jsou tam maximálně tři návštěvy a potom se stává, že mi ti lidi ještě volají, že něco potřebují dovysvětlit a tak... pak už jsme spolu v kontaktu telefonicky.“
(Sociální pracovnice)

Sociální pracovnice dále zajišťuje další věci jako urychlení jednání **ohledně příspěvku na péči** či kontakt s úřadem práce. Někdy pracuje **také s pozůstalými**, zodpovídá jejich praktické dotazy ohledně pohřbu a podobných záležitostí. Sociální pracovnice také iniciovala setkání pro pozůstalé, které se ovšem z důvodu pandemie Covid-19 nemohla uskutečnit. Jinak řeší vše dle potřeby.

„Ale já bych řekla, že je to vždycky přirozený proces. Že to není tak, že umře člověk, tak teď tam honem jede sociální pracovník poskytovat nějakou intervenci, ale že to probíhá prostě přirozeně, podle potřeby toho pacienta a té rodiny.“ (Sociální pracovnice)

Dle sociální pracovnice od něj ostatní členové týmu **očekávají, že se bude orientovat v sociálních záležitostech**, vyřídí dávky a pečovatelskou službu. Od sociální pracovnice se také očekává, že bude umět **zmapovat potřeby pacienta** a jeho rodiny a že na ně bude **adekvátně reagovat**. Jistým, možná neverbalizovaným očekáváním je též **znalost zdravotnických pojmů**: *„Musela jsem se teda naučit rozumět i jejich řeči, to znamená, že vědět, o čem se bavíme na týmu, když používají zdravotnické výrazy, tak abych se alespoň zorientovala v tom, o čem mluví. Protože samozřejmě, jako sociálního pracovníka by mě ta diagnóza až tak zajímat neměla, ale jako sociálního pracovníka multidisciplinárního týmu – to prostě k tomu patří — vědět, jaká je prognóza, abych věděla jakými službami můžeme třeba navázat.“* (Sociální pracovnice)

Sociální pracovnice v jistém smyslu vyvažuje práci s klientem, tak aby se kromě zdravotních záležitostí, které bývají často primární, nezapomnělo i na sociální aspekty provázející umírající. Sociální pracovnice mluvila také o tom, že **nebylo jednoduché si vydobýt svou pozici** v týmu.

„Nevzdávala jsem se. Stále jsem nějakým způsobem propagovala to, že sociální pracovník je tam důležitý, a apelovala jsem na to, že si prostě každý musíme dělat to, co umíme. Že zdravotní sestra nemůže pacientovi vyřizovat příspěvek na péči, protože nezná tu problematiku úplně komplexně. A proč by si měla zdravotní sestra ubírat své gró tím, že zasahuje do kompetencí někoho jiného? Takže bylo to složité – zdravotníci vlastně měli pocit, že to zvládnou úplně sami. Ale potom tam jakoby vypadávají takové ty drobné nuance, kdy jsem byla například s vedoucí pracovnící příspěvku na péči vyjednat lepší spolupráci. Přece jenom já jsem taková ta spojka mezi těmi úřady.“ (Sociální pracovnice)

Sociální pracovník **propojuje instituce** a služby, aby klientům bylo umožněno důstojně zemřít doma, aby byly dostatečně zjištěny jejich potřeby a bylo možné na ně adekvátně reagovat. Také zmínila to, že v dnešní době jsou již zdravotníci velmi citliví na potřeby klientů a někdy právě od nich vzejde podnět na nějakou změnu ku prospěchu klienta.

Podle sociální pracovnice je pro dobrou spolupráci v týmu důležité **umět naslouchat** a **schopnost domluvit se**, třeba i na kompromisu. Umět **přijímat zpětnou vazbu a sám ji také dávat**. *„Přijímat a vyslovovat zpětnou vazbu tak, abychom se vzájemně neranili a nenechat se tímhle zranit, nebrat to jako kritiku, ale brát to jako možnost posunout se dál tou kvalitou. O tom to je, jako každá kontrola, každá inspekce tady je proto, aby nám ukázala tu cestu dál. A poukázala na chyby, které my už prostě nevidíme, protože trpíme provozní slepotou.“* (Sociální pracovnice)

Sociální pracovnice **hodnotí svou profesní přípravu kladně**, ale vzhledem k tomu, že studovala sociální práci dálkově, jí chybělo více praktických zkušeností. Kladně hodnotí své **ostatní zkušenosti**, a to především to, že pracovala jako pečovatelka v terénu a díky tomu dokáže prakticky poradit rodině, jak o klienta pečovat. Poté tyto služby i plánovala, ví tedy, jak fungují a jak jsou koordinovány – díky tomu je nyní schopna posunovat pečovatelskou službu dál a vytvářet například paliativní tým pečovatelek pro mobilní hospic. Kladně hodnotí i **kurz** krizové intervence, kterým si prošla a **další školení, stáže a konference**. Obzvláště si cení kontaktů, které na konferencích a podobných místech získala. Díky nim vytváří skupiny, kde si odborníci vzájemně radí, jak řešit konkrétní situace.

„V rámci mobilního fóra jsem se přihlásila do skupiny sociálních pracovníků, kde jsme vytvořili skupinu, kde se předávaly zkušenosti a já jsem zjišťovala, jakým způsobem se to dělá

v jakém hospici, co tam sociální pracovník dělá, jak spolupracuje v týmu, jak ho ten tým přijímá a tak dále, takže na tady té platformě jsme začali dělat i tu v naší organizaci práce, že jsme sháněli informace, kde se dalo.“ (Sociální pracovnice)

Sociální pracovnice díky následnému vzdělávání dále podporovala i vzdělávání spolupracovníků v mobilním hospicovém týmu, kdy například zařídila školení pro zdravotní sestry. Sociální pracovnice své studium celkově hodnotí kladně, kdy vyzdvihuje hlavně to, že ji škola dala nejen odborné znalosti, ale také „**nadhled a takový to něco navíc, kdy přemýšlíš ještě nad horizont těch věcí, přemýšlíš o okolnostech.**“ (Sociální pracovnice)

Mluvila také o tom, že ze školy si student vždy vezme jen to, co chce sám, pokud se o to opravdu zajímá. Studium dává teoretické znalosti a ty praktické pak sociální pracovník plnohodnotně získá až pozdějšími zkušenostmi.

„A ta škola tomu člověku dá jakousi teoretickou přípravu, taky záleží na tom člověku samotným, jak moc do hloubky v té teorii jde, že a jak moc mu na tom záleží. Pokud bych to chtěla jen tak vystudovat, abych měla titul, tak se s tím s prominutím tak mazat nebudu, ale já jsem chtěla tu práci dělat pořádně, takže jsem se fakt snažila, ačkoliv to někdy bylo fakt strašně těžký.“ (Sociální pracovnice)

Díky zkušenostem ze zaměstnání (pracovala i v domově pro seniory) má nápady, jak služby inovovat, kam je posouvat. Negativní zkušenost s umíráním v domově pro seniory ji například vedla k tomu, aby se snažila o zavádění mobilní hospicové služby i do těchto míst. Tuto sociální pracovníci velmi baví komunikace a vedení týmu.

Ve vzdělávání sociální pracovníci **chyběly uchopitelné znalosti**. Tím se myslí, jak uvést teorii v praxi. Navrhuje proto do studia zahrnout i popis pracovního procesu sociálního pracovníka na různých pozicích, které může dělat.

*„Nikdy jsem neviděla, jak ten terapeut s tím klientem pracuje. Zním teorii, ale nikdy jsem to neviděla v praxi. I když jsem se pokoušela jít do střediska sociální prevence, tak mě k tomu pochopitelně nepustili. Takže myslím si, že je hodně důležité, aby tam byl popsán **proces té práce**. Co ta práce všechno obnáší, **co ten sociální pracovník řeší, jak to řeší, nějaký takový – nechci říct pracovní postup, ale návod, jak by to v praxi mohlo vypadat.**“ (Sociální pracovnice)*

Do hospiců je dle sociální pracovnice **praktičtější přijímat zdravotně sociální pracovníky**, protože je tam potřeba mít povědomí o zdravotní stránce člověka. Sociální pracovník by měl vědět, jaké znaky provázejí samotné umírání a **měl by mít „ochutnávku z každého oboru“**, aby měl přehled o tom, co který odborník řeší.

„Dokážu rozpoznat, kdy ten člověk potřebuje pastoračního – samozřejmě když vím, že mu tady tuhle radu, nebo intervenci poskytnout nemůžu, tak ho ošetřím jen jakousi svojí základní

znalostí a předávám to dál. Tady to umění by měli mít v rámci toho multitýmu všichni pracovníci, včetně sociálního pracovníka. Nejtít nad rámeček svých možností a kompetencí. Abych ze sebe nedělala něco, co nejsem, protože to není slabost říct, že tohle nevím. Ale je důležité říct: já vám to zjistím.“ (Sociální pracovnice)

Hospic je podle ní specifický v tom, že je více propojený s lékaři a zdravotníky. Je potřeba zde **úzce spolupracovat** s rodinou, klientem, profesionály i s celým týmem. Sociální pracovník **musí mít široký rozhled**, musí vědět, jak fungují pohřební služby, musí umět také přiznat, že něco neví.

6.7.1. Dílčí závěr

Na základě rozhovoru se sociální pracovnicí bylo zjištěno, že:

- sociální pracovnice považuje za hlavní náplň své práce v hospici přímou práci s klientem, má však mnohem širší roli;
- sociální pracovnice formuluje a realizuje vize;
- hájí práva klienta;
- dle jejích slov je velká část práce administrativa;
- pociťuje, že je od ní očekáváno dobré zmapování situace u klienta, poskytnutí potřebných dávek a služeb, ale také znalost zdravotnických pojmů;
- svou pozici v týmu považuje za těžce vybojovanou;
- propojuje instituce;
- za klíčové dovednosti považuje schopnost se domluvit a přijímat i dávat zpětnou vazbu;
- své vzdělání hodnotí kladně, obzvláště to, že ji škola naučila přemýšlet nad věcmi komplexněji, chyběly jí však uchopitelné dovednosti;
- klíčové jsou pro sociálního pracovníka zkušenosti, z nichž čerpá;
- je potřeba, aby sociální pracovník věděl, co přesně dělají ostatní členové týmu;
- praktičtější je do hospice přijímat zdravotně sociální pracovníky.

6.8. Rozdíly ve vnímání profese sociálního pracovníka

V rámci výzkumu vzešly výsledky z rozhovorů s jinými odborníky týmu a se samotným sociálním pracovníkem. V této kapitole se pokusíme srovnat, zda se pohled sociálního pracovníka na sebe samého liší od pohledu ostatních odborníků v týmu na něj a pokud ano, tak jak.

Rozhovory se lišily již samotnou skladbou otázek (viz příloha č. 1), nicméně v této kapitole se snažíme srovnat především dovednosti, kompetence a schopnosti, které jsou očekávány od sociálního pracovníka. I z předchozích kapitol je zřejmé, že v zásadních věcech se pohled ostatních členů týmu neliší. Obzvláště u nezdravotnické části odborníků se pohled v mnohém shoduje s pohledem sociálního pracovníka na sebe samého.

Je zřejmé, že jak sociální pracovník, tak ostatní odborníci v týmu se shodli na tom, že sociální pracovník má dobře znát „svou“ sociální oblast. Ostatní odborníci pod touto sociální oblastí často míní znalost sociálního systému, dávek a služeb, které mohou být pacientovi poskytnuty a schopnost s tímto prakticky rodině pomoci. Sociální pracovník má na rozdíl od ostatních odborníků hlubší vhled do této problematiky a ví, co tato „sociální oblast“ vše obsahuje. Míní tím tedy i spolupráci s institucemi, jako je úřad práce, navazování vztahů a spolupráce s okolními službami, rozvoj hospicové péče a podobně. Sociální práce v mobilním hospici vyžaduje velmi individuální přístup ke každé rodině.

Zdravotníci si často neuvědomují, že pro sociálního pracovníka nemusí být jednoduché orientovat se ve zdravotnických pojmech a zdravotnickém systému. Sociální pracovnice je pak sama toho názoru, že se do hospicové péče hodí spíše zdravotně sociální pracovníci, kteří již během studia získají vhled do odborných zdravotních pojmů a záležitostí.

Zatímco ostatní profesionálové často mluví o sociálním pracovníku jako o tom, který zařídí potřebnou administrativu, či služby a dávky, se kterými si sami neví rady, sociální pracovnice se pasuje do role obhájce klienta a vyzdvihuje svou schopnost vyvažovat zdravotnický pohled na rodinu tím sociálním. Nezdravotní profesionálové jsou v tomto se sociálním pracovníkem zajedno. Zdravotničtí profesionálové tento fakt vůbec nereflektovali.

Úplná shoda všech odborníků v týmu se týkala týmové spolupráce. Všichni se shodli na potřebě dobrých komunikačních schopností, empatii a spolupráci, popřípadě znalosti svých kompetencí.

Nezdravotničtí odborníci vnímali sociálního pracovníka jako „spojovací článek“ mezi ostatními profesionály v týmu, potažmo vnějšími institucemi a hospicem. V této oblasti se shodli se sociálním pracovníkem.

Sociální pracovnice vnímá sebe samou jako někoho, kdo si svou pozici v týmu musel vybojovat, zároveň jako tu, co sjednocuje sociální a zdravotní pohled s tím, že situace je již mnohem příznivější než na začátku rozvoje této služby, kdy bylo potřeba hájit práva pacienta a rodin více, než je tomu dnes. Zdravotníci jsou nyní proškoleni i v jiné než zdravotní oblasti péče. Dnes naopak není výjimkou, že podnět patřící do sociální oblasti vzejde v týmu od zdravotníka.

„Tak jsme si museli sjednotit naši rétoriku a vůbec pohled na toho pacienta. Ten direktivní pohled zdravotníků jsme se my sociální pracovníci snažili mírnit, aby oni taky hleděli na potřeby toho pacienta a neprojektovali tam takový ten rozměr – ten člověk se prostě musí léčit, i když třeba nechce, tak my mu to nařídíme – to je takový ten typický případ, kdy bylo potřeba si to vyříkat – že je nutný brát taky v potaz, co chce ten pacient.“ (Sociální pracovnice)

Pohledy sociálního pracovníka a ostatních profesionálů se v zásadních oblastech shodují, tato studie tudíž neukázala nic příliš překvapivého. Sociální pracovník však může vidět pod jednotlivými položkami více než ostatní odborníci v týmu. Jako problematické se zdá být to, že u některých odborníků byla identifikována neznalost kompetencí sociálního pracovníka. Jinými slovy, tam kde jiný odborník se sociálním pracovníkem pravidelně nespolupracoval, tam si vůbec nebyl jistý náplní práce této profese. Někdy byl zřejmý mírný nezájem některých odborníků v týmu o tuto problematiku. Můžeme konstatovat, že pro opravdu dobrou spolupráci v týmu je potřebné znát veškeré kompetence všech profesí v týmu, jinak snadno hrozí překračování kompetencí či neschopnost odkázat klienta na jiného odborníka v týmu.

Tabulka č. 4, Srovnání pohledu samotného sociálního pracovníka a ostatních profesionálů na tuto profesi.

Oblasti shody	Oblasti, které zmínil pouze sociální pracovník
<ul style="list-style-type: none"> • znalost sociálních věcí • obeznámenost se službami, dávkami, aktuální legislativou • schopnost komunikace • schopnost spolupráce • schopnost dávat a přijímat zpětnou vazbu • schopnost empatie • schopnost předávání informací a sdílení • schopnost týmové spolupráce • schopnost poradit a prakticky pomoci ohledně péče o pacienta • znalost oblast dědického řízení a vypravování pohřbu • znát kompetence ostatních profesionálů • znát kompetence ostatních profesionálů 	Oblasti, které zmínili pouze ostatní profesionálové
	<ul style="list-style-type: none"> • propojování institucí • zmapování potřeb pacienta a rodiny, adekvátně reagovat • znalost zdravotnických pojmů • sjednotit zdravotní a sociální pohled • iniciování změn a rozvoje služby <ul style="list-style-type: none"> • být si jistý svou pozicí • zkušenost, která dává schopnost předvídat situace, včasné reakce, znalost zákonů a sociální oblasti • schopnost propojovat ostatní profesionály • vnější pohled na situaci v rodině • vnější pohled na situaci v rodině • rámcově vědět, co obnášejí ostatní profese v týmu • poskytnutí komfortu rodině (uklidňovat a pomáhat rodině a pacientovi porozumět) • znalost fyziologických změn provázejících umírání

6.8.1. Dílčí závěr

Po srovnání pohledů sociálního pracovníka na svou profesi a očekávání ostatních profesionálů je zřejmé, že:

- pohledy se v základních oblastech shodují, odlišnosti jsou zaznamenány v tabulce č. 4;
- sociální pracovník má širší rozsah kompetencí, než si většina pracovníků uvědomuje;
- někdy naopak překvapivě od sociálního pracovníka očekávají více, než nyní nabízí;
- někteří pracovníci se o problematiku profese sociálního pracovníka v týmu nikdy nezajímali.

6.9. Pozorování na setkání multidisciplinárního týmu

Kromě rozhovorů s odborníky v týmu a sociální pracovníci probíhalo také pozorování během setkání multidisciplinárního týmu, jež se konalo každý týden. Setkání obvykle trvalo hodinu až dvě hodiny, podle počtu pacientů a potřeby řešit různé záležitosti.

Každé setkání probíhalo obdobně. Začínalo probíráním jednotlivých pacientů, kdy hlavní slovo obvykle měly zdravotní sestry, které se s pacienty vidávají nejčastěji a každý den jsou s nimi v kontaktu. Často se řešil jejich zdravotní stav, změny, medikace a to, jak svou situaci prožívají, jak ji prožívá rodina, zda pečující zvládá svou roli a podobně. Pokud se k něčemu potřeboval vyjádřit jiný člen týmu, například sociální pracovnice či pastorační pracovnice, bylo možné se zapojit a debatu dál rozvíjet. Vždy přítom byla snaha řešit věci stručně a konstruktivně.

K pozorování na týmu byly využívány archy s jednotlivými kategoriemi (viz kapitola 5.2.). Spousta z kolonek zůstala prázdná, protože se sociální pracovník do debaty např. nezapojil. Jednalo se o situace, kdy bylo potřeba řešit jen zdravotní záležitosti – rodina měla již příspěvek na péči zajištěný, pečovatelská služba nebyla třeba, jiné problémy, kde by bylo potřeba sociálního pracovníka, se rodiny netýkaly. To vypovídá o tom, že **náplň práce sociálního pracovníka v rodinách je velmi často odvislá od zakázky pacienta a jeho rodiny**. Pokud je rodina schopná a zajištěná, nemusí sociálního pracovníka, kromě základních činností jako je podpis smlouvy, potřebovat.

Sociální pracovnice měla při setkání často **pasivnější** roli. Byla vždy tou, kdo **zapisoval** průběh schůzky. Většinou se do hovoru nezapojovala, neboť se často probírala pouze zdravotní stránka pacientů. Když v hospici nebyla přítomna vedoucí hospicové péče, **tým sama vedla**.

Do hovoru vstupovala především v momentech, kdy se **řešila pečovatelská služba, nebo ostatní navazující služby**. V jednu chvíli se zapojila do **řešení tlaku na pečující ze strany rodiny**, aby pacienta vrátili do nemocnice. Sociální pracovnice také v jeden moment podpořila tvrzení, že by pacientka měla být informována o tom, že umírá, když se o tom vedl v týmu spor. **Hájila tak práva klienta**.

Ostatní členové týmu se na sociální pracovníci obraceli málokdy. Buď od ní potřebovali znát názor na věc, nebo například potřebovali řešit žádost do kamenného hospice. Sociální pracovnice jinak spíše **volně vstupovala do hovoru. Slova se musela ujmout sama**, ale její názory a poznámky byly **plně respektovány**.

Sociální pracovnice také sehrála důležitou roli ve chvíli, kdy byla v **týmu napjatá atmosféra, díky svým komunikačním dovednostem dokázala podpořit to, co bylo potřeba a situaci uklidnit**. Jisté je, že sociální pracovnice nezískává respekt svou profesí, jak je tomu například u lékaře, ale svou roli si vydobývá svou suverénní osobností a schopnostmi, které má. V situacích, kdy mluvila, se téma hovoru týkalo například podpory pozůstalých, pečovatelské služby a profesionálních hranic pečovatelek, podpory pečujících či kontaktování rodiny.

V jednom momentu bylo zaznamenáno, že se zdravotníci do sociálního tématu zapojovali více než sociální pracovnice. V tomto konkrétním případě lékařka mluvila o patologickém vztahu v rodině, kde byl syn fixován na umírající matku a chyběla mu partnerka pro život, což mohlo vést ke komplikovanému truchlení.

6.9.1. Dílčí závěr

Z pozorování tedy vyplynulo, že:

- sociální pracovnice se během setkáním multidisciplinárního týmu příliš často nezapojovala;
- náplň práce sociálního pracovníka v rodinách je velmi často odvislá od zakázky pacienta a jeho rodiny;
- vstupy sociální pracovnice byly respektovány, měla roli zapisovatele, občas vedla setkání, jinak byla spíše pasivnější;
- témata, se kterými přicházela, se týkala zvládnání péče rodiny, pečovatelské služby či hájení práv klienta;
- během řešení konfliktu v týmu dokázala situaci uklidnit a podpořit vhodný názor.

6.10. Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování probíhalo po dobu několika měsíců. Předmětem porovnání byl především sociální pracovník, jeho postavení v týmu a pohled ostatních profesionálů na něj. Výzkumník byl sám účasten aktivit, které prováděl sociální pracovník. Pozorování bylo zaznamenáváno deníkovou formou a následně zpracováno do textu.

Sociální pracovník má oproti zdravotnickým profesím v týmu jiné postavení. Zatímco přítomnost zdravotníků je nezbytná a vyžadována každý den péče o nevléčitelně nemocné – bez nich by se taková péče absolutně nemohla konat – sociální pracovník vstupuje do rodiny,

když je to potřeba. V tomto konkrétním hospici vstupuje do péče vždy, a to při jednání se zájemci, prvotním šetření a následně při podepisování smlouvy. Jeho úkolem je získat prvotní informace, zjistit, co od něj pacient potřebuje (příspěvek na péči, další pomůcky, pečovatelskou službu apod.). Mnohdy má již rodina vše zařízeno, může být ale problém například se vztahy v rodině a právě zde sociální pracovník může uplatnit svou profesi. Problémem však je, že toto se častěji zjistí později, tedy při dlouhodobější spolupráci, nicméně stav pacientů se často rychle zhoršuje a oni umírají. Existují případy, kde je profese sociálního pracovníka nezbytná, či situace, kdy téměř není potřeba. Z pozorování je patrné, že stejně to má i pastorační pracovník, který však v některých případech nestihne rodinu ani navštívit.

Zdravotním sestřám se často stává, že se na ně klient nebo jeho rodina obrací se svými sociálními či spirituálními problémy. Je to přirozené, jsou v kontaktu s klienty každý den a opečovávají je. Dle vlastních slov zdravotní sestry je 30 % péče zdravotní a zbytek péče je spojeno s doprovázením. Nutně tak zasahuje do kompetencí ostatních profesionálů. V této oblasti mohou vznikat konflikty, kdy se sociální, či pastorační pracovník cítí nevyužit či „převálcován“ jinou profesí.

V hospici lékaři pracují na částečný úvazek a na větší část úvazku pracují v prostředí nemocnic, kde je jasně hierarchicky dané postavení. V hospici by tomu mělo být trochu jinak, je však patrné, že je náročné se na týmovou spolupráci naladit a změnit celkový postoj. Celý systém fungování zdravotnictví tak ovlivňuje i týmového ducha v hospici, kdy je někdy patrně náročné vhodným způsobem komunikovat se spolupracovníky, předávat informace a sdílet se na týmových poradách. To také vede ke konfliktům. Někteří lékaři nepovažují setkání multidisciplinárního týmu za podstatné, protože se tam z jejich pohledu mluví příliš zdoluhavě. Sdílení v multidisciplinárním týmu je přitom klíčové k zachování kvality hospicové péče.

Během pozorování jsme dokonce zaznamenali úplné odmítání slovního spojení týmová spolupráce, kdy především zdravotní sestry cítí nadřazenost lékaře nad ostatními hlasy v týmu. Lékař nese největší odpovědnost, je garantem hospicové péče, rozhoduje o přijetí, lékařský úkonech, lécích a zdravotní péči. Nicméně je patrné, že lékař sám své rozhodnutí odvíjí i od názorů ostatních pracovníků v týmu, kdy potřebuje znát jejich pohled například v případech, kdy se rozhoduje, zda z kapacitních důvodů odmítnout, či přijmout pacienta. Z interakcí sociálního pracovníka s ostatními členy týmu je zřejmé, že je schopen tzv. táhnout za jeden provaz. S tímto mívají problém spíše profesionálové z jiných profesí.

Sociální pracovnice mluví o své pozici v týmu jako o „těžce vybojované“. Počátky budování této služby provázela veliká skepse k této profesi a pocit, že sociální pracovník není

potřeba. V současné době je sociální pracovnice velmi aktivní a má opravdu důležitou pozici v týmu, kterou by nikdo jiný nemohl zastat.

Z pozorování přímo při návštěvě zájemce o hospicovou péči sociální pracovnice postupovala následovně. Vstoupila do domu a vyslechla klienta, pokládala otázky, zda má vyřízený příspěvek na péči, ihned vyplnila žádost o jeho navýšení a nabízela pečovatelskou službu. Velmi oceňovala, jak má rodina zorganizovanou péči o maminku. Zdravotní otázky přenechala zdravotní sestře, se kterou rodinu navštívila. Při posouzení situace klienta na návštěvách jsme nezaregistrovali, že by řešila duchovní otázky, ani se neptala na vyznání klienta. Nicméně nabízela služby pastorační pracovnice, o níž mluvila jako o kolegyni na popovídání, protože rodiny často mají o názvu této pracovní pozice zkreslené představy. Sociální pracovnice také nabízela zprostředkování kněze.

Zajímavé je to, že participanti v polostrukturovaných rozhovorech mluvili poměrně stručně, někdy si nebyli jisti tím, co sociální pracovník dělá, ale zároveň věděli, že je nepostradatelný pro tým. **Z pozorování ale vyplynulo, že se sociální pracovníkem velmi často spolupracovali.** A to vždy, když se to týkalo péče o klienta, jeho rodiny, zajištění lůžka z půjčovny, pečovatelské služby, návazných služeb, příspěvků, finančních otázek i například zajištění alternativní komunikace u pacientky, která nebyla schopna mluvit. Sociální pracovník je poměrně nenápadný pracovník, který je však schopný spoustu věcí vyřešit, nebo přinejmenším někam posunout. Zatímco vedoucí pracovníci (vedoucí služby a vrchní sestra) mají poměrně velký přehled o profesi sociálního pracovníka, jiní pracovníci takový přehled nemají.

Sociální pracovnice byla na pracovišti fakticky pouze dva dny v týdnu, což mohlo zapříčinit to, že ostatní pracovníci si nebyli tolik jisti jejími kompetencemi. Každopádně tato sociální pracovnice měla výborné komunikační schopnosti, dokázala se vyjadřovat s respektem, uměla postřehnout náladu v týmu a uklidňovat konflikty. Výstižně pojmenovávala problémy. Při řešení konfliktů dokázala prosadit svůj názor, měla velmi dobré připomínky – konkrétně obhajovala postoj klienta, vysvětlovala jeho názory a nabízela řešení. Dokázala upozornit na potřebu podpory pečujícího a nabízela i možnosti, jak v daném případě komunikovat. Sociální pracovnice musí být asertivní a schopná říct svůj vlastní názor. Například v týmu došlo k situaci, kdy se sociální pracovnice zastala jedné zdravotní sestry v situaci, kdy s ní druhá sestra nemluvila s patřičnou úctou. Byla tak schopna hájit svá práva i práva druhého člena týmu.

Sociální pracovnice zprostředkovává pohled klienta ostatním členům týmu. Nyní zde popíšeme dvě konkrétní pozorované situace, kdy tomu tak bylo. Příkladem může být moment,

kdy sociální pracovnice hovořila s lékařem o situaci, kdy se klient při návštěvě lékaře choval hrubým způsobem. Lékař takové jednání ze strany klienta nikdy v nemocničním prostředí nezažil a poměrně ho to zaskočilo. Sociální pracovnice upozornila lékaře, že vstupuje do domova klienta, že on je návštěvou, nikoli klient. Tím poskytla lékaři určitou „supervizi“ a lékař tak lépe pochopil jednání klienta a ne vzal si to osobně.

Zdravotníci často na klienta pohlížejí ze zdravotní roviny a mají v této oblasti spoustu zkušeností. Z toho důvodu někdy nemusí chápat, proč se klient chová určitým způsobem. Jedna ze zdravotních sester tak například nemohla pochopit, že pečující se obává okamžiku smrti blízkého a nechce u toho být, bojí se toho, co nastane a neví, co má dělat. Zdravotnice, která mnohokrát pomáhala u úmrtí a pečovala o tělo zemřelého, se hůře vcití uje do pečujícího, který toto zažívá poprvé, a navíc se jedná o jeho blízkého. Ve zprostředkování tohoto pohledu hraje sociální pracovnice velkou roli.

Z pozorování vyplynulo, že sociální pracovník musí být schopen být oporou pro tým a k tomu nutně potřebuje dovednosti, znalosti a zkušenosti. Na druhou stranu tým musí vědět, jaké konkrétní věci jsou v kompetenci sociálního pracovníka. V tomto konkrétním týmu chyběla metodika, v níž by byly jasně popsány kompetence jednotlivých odborníků v mobilním hospici. Pracovníci vycházeli z celkového nastavení služby, z určitých nepsaných pravidel vybudovaných za přibližně tři roky fungování a z ústní domluvy.

Je zřejmé, že sociální pracovnice kompetence v týmu většinou nepřekračuje, protože například nebude pacientovi radit ohledně léků nebo dalších věcí, v nichž není odborně zainteresovaná. Pokud ale zdravotní sestra například poskytne sociální podporu tím, že odkáže na sociální službu, či půjčovnu kompenzačních pomůcek, nezdá se to být až tak nevhodné. Navíc, ví-li už od sociálního pracovníka, jak v takovém případě postupovat. Je proto přirozené, že se kompetence částečně prolínají. Čím déle je tým odborníků spolu, tím více je každý jednotlivec schopný rozumět práci ostatních odborníků a tím má větší tendence překračovat hranice vlastní kompetence. Zdravotní sestry navíc tráví pacientem a rodinou nejvíce času, jsou s nimi v kontaktu každý den, zbavují umírajícího bolesti a utrpení. Někdy jsou natolik ochotné, že se snaží vyřešit vše, s čím se u rodiny setkají a ani je nenapadne práci předat jinému odborníkovi. Jindy mohou více inklinovat k řešení rodinných situací na vlastní pěst, aniž by tyto podstatné věci řešily s ostatními. Je zkrátka nutné neustále se učit týmové spolupráci. Ne nadarmo se tato spolupráce považuje za jednu z nejobtížnějších a vezmeme-li v potaz, že v hospici jsou odborníci z různých profesí, je to o to obtížnější.

Domníváme se proto, že nebude-li sociální pracovník dostatečně aktivní a angažovaný v péči o rodinu a nebude-li ji čas od času navštěvovat i bez zakázky v rámci konkrétního

sociálního poradenství, bude jeho role vždy v mnohém umenšena před ostatními profesemi v týmu.

6.10.1. Dílčí závěr

Z pozorování tedy vzešlo, že sociální pracovník:

- je spojkou mezi klientem a veřejnými institucemi;
- je ten, který vyjednává lepší postupy pro klienty;
- ten, který přemýšlí komplexněji, zajímá se o rodinu, možnosti pomoci a orientuje se;
- má dobré kontakty a ví, na koho se obrátit;
- aktivně komunikuje s lékařem a ostatními členy týmu;
- zprostředkovává pohled klienta ostatním členům týmu;
- vytváří metodiky a pracovní postupy týmu;
- propaguje myšlenku hospicové péče a službu.

Sociální pracovník zároveň naplňuje v multidisciplinárním týmu tyto role:

- supervizor týmu;
- „spojka“ – získává informace a plynule je předává dál v týmu;
- řešitel konfliktů v týmu;
- iniciátor změn;
- inovátor v týmu;
- obhájce klienta.

6.11. Analýza dokumentů

Dokumenty, ze kterých se vycházelo, byly především metodiky práce. Tyto metodiky byly často zpracovány samotným sociálním pracovníkem. Zabývají se postupem práce, tedy tím, kdo má co na starosti a jak se postupuje.

Sociální pracovník je ten, který jedná se zájemci o hospicovou péči, telefonicky s nimi komunikuje, zjišťuje, zda volající opravdu potřebuje hospicovou péči, zjišťuje podmínky, odkazuje na jiné služby, vysvětluje, co hospicová péče nabízí a následně řeší návštěvu v domácnosti nemocného před samotným příjmem. V danou chvíli je důležité, aby hospic obdržel lékařskou zprávu budoucího klienta, ze které je patrné, že byla ukončena léčba,

vyplněnou žádost o vstup do hospice a informovaný souhlas pacienta s péčí. Následně sociální pracovník předává informace o zájemci lékaři a sestřám. Poté domlouvá s rodinou návštěvu a jede do domácnosti zjistit podmínky, a to, zda je tam přítomna pečující osoba – je nutné, aby byla přítomna čtyřadvacet hodin. Na prvním setkání se zpravidla řeší také zažádání o příspěvek na péči, aby bylo pokud možno co nejdříve zahájeno jeho řízení. Informace, které se sociální pracovnice spolu s vrchní sestrou na návštěvě dozví, předávají lékaři a domlouvají se, zda je možný příjem a kdy. Po příjmu ještě sociální pracovnice dojíždí do rodiny spolu s pastorační asistentkou a podepisuje smlouvu o hospicové péči. Toto je standartní postup práce sociálního pracovníka.

Z metodik je patrné, že sociální pracovník dále řeší veškeré záležitosti ohledně příspěvku na péči, žádanku o vyšetření s hospicovým lékařem atp. V praxi se samozřejmě setkává s různými situacemi a různými problémy, které musí být schopen operativně řešit. Tyto situace nejsou zatím v metodikách upraveny.

V metodikách je uvedeno, že v tomto konkrétním hospici je sociální pracovník důležitý i pro celkový posun v kvalitě poskytované péče. Vytváří metodiky, inovuje, hledá, jak se posunout a jaká pravidla je potřeba písemně zpracovat, aby byla jasná a přehledná pro všechny osoby v týmu. Z metodik také vychází to, že sociální pracovník má skutečně velkou roli, ale hlavně zpočátku celé péče. V tomto hospici je to dáno tím, že sociální pracovník je zaměstnán pouze na částečný úvazek a například na emoční podporu a další návštěvy mimo ty zmíněné skutečně nezabývá čas. Pokud sociální pracovník doprovází a poskytuje celkovou podporu rodině, je to pouze v nutných případech a právě na těchto prvních návštěvách či po telefonu.

6.11.1. Dílčí závěr

Z analýzy dokumentů vyplývá, že:

- popisují roli sociálního pracovníka a pracovní postupy, z nichž je patrná nezastupitelná role sociálního pracovníka;
- metodiky práce nejsou dostatečné, neidentifikují jasně kompetence v týmu, chybí zpracování neobvyklých či rizikových situací – ty se řeší intuitivně v momentě, kdy nastanou;
- metodiky jsou často vytvářeny sociálním pracovníkem a ten se tak podílí na zlepšování kvality služby.

6.12. Vzdělávání sociálních pracovníků v týmové spolupráci

Abychom dokázali odpovědět na otázku, jak zlepšit vzdělávání sociálních pracovníků, nejdříve je nutné znát roli sociálního pracovníka v hospici. Tato role je poměrně dobře popsána v literatuře, věnuje se jí také nemalé množství kvalifikačních prací, ale v konkrétním hospici se může mírně lišit. Další možností je zjistit pohled ostatních profesionálů na sociálního pracovníka v týmu a jeho roli, aby se tak mohlo naplnit jejich očekávání od sociálního pracovníka. **Tento výzkum ukázal, že pro spolupráci v týmu musí mít sociální pracovník několik vlastností:**

- 1) být odborně připraven pro samotnou sociální práci (sociální služby, dávky, legislativa apod.),
- 2) mít definovanou roli v hospici,
- 3) mít jasné kompetence v týmu,
- 4) naučit se měkké dovednosti, které jsou nezbytné pro práci v týmu,
- 5) znát kompetence ostatních odborníků a nejlépe si formou „kolečka“ vyzkoušet jejich práci.

Mnohé schopnosti, dovednosti a kompetence, které jsou ostatními profesionály očekávány od sociálního pracovníka, je možné získat v běžném studiu oboru. Otázka vzdělávání je velmi komplexní a tento výzkumu se zaměřil především na znalosti, dovednosti a kompetence sociálního pracovníka v týmu. Z výsledků je patrné, že sociální pracovník by měl být dostatečně odborně připraven na svou profesi i a dále by neměl postrádat vhléd od zdravotní oblasti péče. Je vhodné mít dostatek praktických zkušeností, které se ne vždy daří studiem získat. Nepostradatelné pro tým jsou měkké dovednosti, a to především schopnost komunikace, předávání informací, sdílení, týmové spolupráce a dalších, v předchozích kapitolách zmíněných dovedností. Pro práci v multidisciplinárním týmu je též nezbytné dobře znát kompetence ostatních odborníků.

7. Diskuse

Výzkumnou otázkou této diplomové práce je: „*Jaké znalosti, dovednosti a kompetence očekávají členové multidisciplinárního týmu hospice od sociálního pracovníka?*“ Důležité je též ozřejmit význam sociálního pracovníka v týmu hospice a zjistit, jak na sebe sociální pracovník pohlíží. Zatímco literatura se často zabývá rolí sociálních pracovníků a táže se jich na jejich pracovní náplň, nás zajímal naopak pohled ostatních profesionálů, kteří ze svého pohledu mohli vyžadovat od sociálního pracovníka jiné činnosti a role. Specificky jsme se zaměřili na kooperaci v multidisciplinárním týmu a kompetence, znalosti a dovednosti potřebné pro tuto práci.

V průběhu výzkumu vyšlo najevo, že ostatní profesionálové naráží na problematiku nejasné identity sociálního pracovníka tak, jak o ní píše Janebová (2014, s. 7). Ukázalo se, že především zdravotní část profesionálů nemá jasnou představu o definici sociální práce, a tudíž si není jistá, co vše může tento pracovník týmu nabídnout. Nejasná nabídka sociální práce, jak o ní píše Musil (2008), byla nejzřetelnějším faktorem, který ovlivňoval rozhovory s pracovníky v týmu.

Navzdory faktu, že pro zdravotníky bylo obtížné popsat, co od sociálního pracovníka v týmu očekávají, ho všichni považují za nezbytnou součást týmu a má pro ně velký význam, jak se ukazuje i z jiných výzkumů (Vlčková, 2019, s. 46, Ondráčková, 2012). Jeho význam spočívá především v tom, že je jakousi „spojkou“ mezi klientem a veřejnými institucemi, vyjednává pro ně lepší postupy a v týmu je tím, který přemýšlí komplexněji než ostatní odborníci. Jeho přínos je dle ostatních odborníků v tom, že má dobrou síť kontaktů a ví, na koho se obrátit s jakým problémem. Aktivně komunikuje s celým týmem včetně lékařů a zprostředkovává jim pohled klienta. Je zřejmé, že odborníci, kteří se sociálním pracovníkem úzce spolupracovali na denní bázi (vedoucí služby, vrchní sestra, pastorační pracovnice), měli větší přehled o tom, co může v týmu nabídnout a mnohdy od něj dokonce očekávali od více, než byl sám v danou chvíli schopen poskytnout. Většinou panovala shoda mezi tím, co sociální pracovník v týmu dělal a tím, co od ní ostatní odborníci týmu očekávali.

Kompetence vnímali všichni pracovníci za důležité, protože určují zodpovědnost. Měly by být respektovány jejich hranice, i když dle Svatošové (1998, s. 24) dochází v týmu k přirozenému stírání hranic. Jeden participant dokonce označil za správné, pokud se například věřící zdravotní sestra angažuje ve spirituální oblasti; to však vedlo ke konfliktu v týmu. Hranice mezi překročením kompetence a jejím prolínáním je tedy úzká. Mezi očekávané

kompetence od sociální pracovnice v tomto týmu patří jednání se zájemci o domácí hospicovou péči a tyto prvotní rozhovory, sociální šetření před příjmem pacienta, podpis smlouvy, doprovázení rodiny a řešení praktických finančních a sociálních záležitostí. Vůbec nejčastěji zaznívalo, že do její kompetence patří sociální poradenství (ve smyslu zprostředkování služeb a dávek). Bylo však patrné, že náplní její práce je i celá řada jiných činností jako fundraisingové aktivity (psaní projektů), vytváření metodik a pracovních postupů, přispívání ke zlepšování kvality organizace, propagace myšlenky hospicové péče a služby jako takové a vytváření a naplňování vizí, kam organizaci posunout dál a jak zlepšit spolupráci s okolními institucemi a sociálními službami. Kompetence sociálního pracovníka v tomto týmu jsou v souladu se všemi kompetencemi popsanými Havrdovou (1999).

Znalosti, které jsou od sociální pracovnice očekávány, jsou především ty, které uplatňuje v sociálním poradenství. Jedná se tak o orientaci v systému nabídky dostupných služeb pro klienty a jeho fungování, znalost sociálních dávek, pomůcek a aktuální legislativy (Head et al., 2019). Vedoucí služby ale od sociální pracovnice očekává také základy ošetřovatelství, praktické znalosti při péči o nemocného, proces vyrovnávání se s nemocí a znalost fyziologických změn při umírání. Také jsou potřebné základy psychologie. Tyto znalosti odpovídají mnohým požadavkům, které stanovila EAPC (Hughes, 2015) a též výsledkům výzkumu Matouška a kol. (2021, s. 160–162). V našem výzkumu však byla na rozdíl od těchto zdrojů poměrně hojně zmiňována také znalost vypravení pohřbu a procesu dědického řízení. Je zřejmé, že jsou od sociálního pracovníka vyžadovány jak teoretické, tak praktické znalosti, což odpovídá definici sociální práce jako akademické i praktické disciplíny (IFSW [online]).

Dovednosti, které odborníci v týmu očekávali od sociálního pracovníka, byly především měkké dovednosti, a to v souladu s Národní soustavou povolání (NSP, měkké kompetence [online]). Vůbec nejčastěji byla zmiňována schopnost respektu, flexibility, efektivní komunikace, empatie a sdělování a přijímání zpětné vazby, jak vyplynulo i z jiných výzkumů (Kobayashi, 2016). Sociální pracovník je ten, kdo navštěvuje rodinu a snaží se umírajícího a jeho rodinu podpořit ve smysluplném využívání času. Zajímavým zjištěním je, že pastorační asistentka předpokládá, že sociální pracovnice umí hovořit vhodným způsobem o spiritualitě, z čehož vyplývá, že sama sociální pracovnice má mít určitý stupeň zralosti v těchto otázkách – dle Navrátilové, Navrátila (2016, s. 43) by mělo být zaměření na spirituální otázky obsaženo ve vzdělávání sociálních pracovníků. Jsou od ní očekávány také psychologické dovednosti jako práce s nepřijetím v rodině, práce s emocemi a otázkami po smyslu, tedy logoterapie, zmíněná Matouškem a kol. (2021, s. 160–162). Dalším nárokem na

sociální pracovníci je profesionalita, jejíž požadavek se line celým Etickým kodexem sociálních pracovníků (2006), do níž lze zahrnout i vědomí závazku důvěry klienta vůči krokům multidisciplinárního týmu (Hughes, 2015, s. 43) a další podobné dovednosti jako udržení zdravého odstupu, objektivitu, nestrannost a respektování zájmů klienta. Zaznělo také, že by si sociální pracovník měl být jistý svou pozicí, dle kompetencí EAPC by mu neměla chybět důvěra v hodnotu a odbornost sociální práce (Hughes, 2015, s. 42). Sociální pracovnice tohoto hospice považuje svou roli v týmu za těžce vybojovanou, což se zdá být v rozporu s některými výzkumy (Kobayashi, 2016), z nichž vyšlo najevo, že sociální pracovníci a spirituální poradci viděli svou profesi jako sekundární vůči ostatním a měli za to, že hospice je primárně zdravotní služba. Je tedy patrné, že sám sociální pracovník musí vědět, co může jeho profese týmu nabídnout.

Sociální pracovnice považovala za nejdůležitější část své práce přímou práci s klientem; dle ní spočívá její role v balancování zdravotního a sociálního pohledu na pacienta. Pociťovala, že se od ní očekává znalost zdravotnických pojmů, zmapování potřeb klientů a následná individuální reakce na ně. Posouzení situace klienta je přitom jedna z nejdůležitějších součástí sociální práce, neboť se od ní odvíjí následná intervence (Navrátil, 2010). Ostatní profesionálové oproti sociální pracovnici zmiňovali kupříkladu schopnost sociálního pracovníka propojit ostatních profesionálů v týmu, kterou popisuje i Student a kol. (2006, s. 121–122), schopnost využívat vlastní odborné zkušenosti, zprostředkovávat méně zainteresovaný pohled na situaci a poskytnout komfort rodině a tím zklidnit celkovou situaci v ní.

Překvapivým zjištěním bylo, že někteří, především zdravotničtí pracovníci, se o problematiku profese sociálního pracovníka v týmu nikdy příliš nezajímali. Ukázalo se, že v průběhu výzkumu se zájem o roli této profese mezi pracovníky zvýšil a byla upravována i jeho náplň práce, což lze vysvětlit i edukativním charakterem výzkumu (Reichel, 2009, s. 37).

Srovnáme-li výsledky výzkumu s modelem interdisciplinární spolupráce, jak jej představila Laura Bronstein (2003), zjistíme, že spolupráce ve zkoumaném týmu s tímto modelem koreluje. Prakticky všechny komponenty jsou v týmu přítomny na pozorovatelné úrovni, jedná se však často o nepsaná pravidla, které jsou často nevědomá a intuitivní. **Vzájemná závislost** spolupracovníků v týmu, jak ji chápe Bronsteinová (2003, s. 299), se v tomto týmu zdá být jako jeden z nejméně pozorovatelných komponentů. I když se zdá, že v procesu péče jsou jednotlivé profese silně angažované, společně trávený čas odborníků byl obzvláště zpočátku výzkumu velmi vzácný a spíše formální. Byl zaznamenán nedostatek respektu k pohledům ostatních profesionálů, a to v podobě překračování kompetencí či

nedostatečného odkazování na jiné odborníky v týmu. Překvapivě se však tento fakt netýkal sociální pracovnice, ale spíše ostatních profesionálů. V rámci týmové spolupráce byly patrné **i nově vytvořené profesionální aktivity** (Bronsteinová 2003, s. 299), například v procesu přijetí pacienta do péče či sociální pracovnice pomáhala při řešení týmových konfliktů. **Flexibilita** dle Bronsteinové (2003, s. 299) ve významu prolínání kompetencí je zde patrná v porovnání s výzkumem Šamajové (2019) mnohem méně. Sociální pracovnice při rozhovorech s rodinou nikdy nehovořila o zdravotních záležitostech či průběhu onemocnění; vždy to ponechávala zdravotníkům. V týmu je zřejmé, že sdíleným **cílem** týmu je pohodlí pacienta. Každý z pracovníků má vlastní kompetence, které mají vést k co nejlepšímu naplnění společného cíle. Je patrná snaha spolupracovat jako tým. V **reflexi procesu** měla právě sociální pracovnice velký význam; nabízela zdravotníkům poněkud odlišný pohled na situaci během setkání týmu i mimo ně (např. vysvětlila lékaři pohled pacienta).

Při pozorování bylo zjištěno, že na spolupráci v týmu měly vliv jak **profesionální role**, struktury v organizaci, **osobnostní charakteristiky**, tak **historie spolupráce**, jak o nich mluví Bronsteinová (2003). Odlišnost profesí a osobností v týmu nahrává lepšímu dosažení synergie (Plamínek 2000, s. 249), zároveň však špatné uchopení této diverzity může být zdrojem konfliktů. Toho si byli pracovníci hospice vědomi. Význam historie spolupráce v týmu byl patrný. Zatímco některé profese byly zvyklé pracovat s jinými odborníky (např. sociální pracovnice), jiné, zvyklé pracovat v hierarchicky uspořádaném prostředí, si musely prvky týmové spolupráce teprve osvojovat.

Z uvedeného vyplývá, že sociální pracovník v hospici by měl být dostatečně vzdělán v oblasti týmové spolupráce. K tomu lze využít výše zmíněný model spolupráce a teorii týmové spolupráce – tedy znalost toho, jak tým vzniká a jak se vyvíjí, znalost synergického potenciálu týmu, benefitů a rizik, které tato spolupráce přináší, a technik zvládnání konfliktů (Hughes, 2015, s. 42). Důležité jsou taktéž rozvinuté měkké dovednosti, základy psychologie a zkušenosti (odborné i životní). Dle ostatních odborníků je pro sociální pracovníci také nezbytné znát roli ostatních členů v týmu a být si jist svou vlastní profesí. V případě sociální práce to znamená schopnost co nejvíce vytěžit z této profese to, co může multidisciplinárnímu týmu v hospici nabídnout a nalézt jistotu ve své odbornosti. Dle Kobayashi (2016, s. 223) by měl mít sám zkušenost se spoluprací v multidisciplinárním týmu.

V této diplomové práci jsme se snažili nalézt odpověď na otázku, co je očekáváno od sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu hospice. Práce je jedinečná v tom, že se snaží ukázat pohled ostatních profesionálů v týmu na sociálního pracovníka, čímž se liší od

jiných výzkumů, které se často zaměřují na samotné sociální pracovníky a jejich vnímání své role v týmu hospice.

Slabinou tohoto výzkumu je to, že hlavní výzkumná otázka se zdála být příliš úzká. Na dílčí výzkumné otázky odpovídali někteří participanti velmi stručně, a bylo nutné je rozšiřovat o konkrétnější dotazy. Participanti odpovídali na poměrně náročné otázky v rámci rozhovoru na pracovišti během pracovní doby a často v časové tísní. To mohlo ovlivnit stručnost jejich odpovědí a délku rozhovorů, která se pohybovala v rozmezí mezi 15–60 minutami. Participanti se snažili v krátkém čase vystihnout podstatu svého pohledu. I přes tuto slabinu se zdá, že z rozhovorů i pozorování nakonec vzešlo dostatek podkladů pro zodpovězení výzkumné otázky. Vzhledem k roli výzkumníka, který se účastnil činností prováděných sociálním pracovníkem, mohlo také dojít k ovlivnění sdělených informací participanty z důvodů snahy nepoškodit vztahy v týmu.

8. Závěr

Tato diplomová práce zkoumá profesi sociálního pracovníka v mobilním hospici očima ostatních profesionálů multidisciplinárního týmu. Konceptuální část práce se věnuje týmové spolupráci v paliativní péči, profesi sociálního pracovníka, jeho kompetencím a roli v týmu hospice. Empirická část práce seznamuje s cílem práce, jímž bylo zjistit, *jaké znalosti, dovednosti a kompetence očekávají členové multidisciplinárního týmu hospice od sociálního pracovníka*, a to za pomoci kvalitativní metody formou rozhovorů s pracovníky týmu vybraného charitního mobilního hospice a také prostřednictvím pozorování a analýzy dokumentů. Vzhledem k úzkému zaměření výzkumné otázky jsme také zjišťovali pohled sociálního pracovníka na sebe samého v týmu hospice.

Závěry této práce prezentují, že očekávání jiných odborníků v týmu se v mnohých ohledech shodují s náplní sociálního pracovníka popsané v literatuře. Ukázalo se, že především odborníci ze zdravotnických profesí si nejsou jisti, co vše jim může sociální pracovník nabídnout. Očekávají od něj především **sociální poradenství**, které dle jejich přesvědčení pacientům poskytuje a jejich očekávání jsou tak naplněna. Profesionálové, kteří se sociálním pracovníkem spolupracují denně (vrchní sestra, pastorační pracovník, vedoucí služby) naopak **očekávali od sociálního pracovníka více, než v době výzkumu nabízel**. Jedná se především o **doprovázení** ve smyslu rozhovorů s rodinou a pacientem a společně stráveného času, nabízení kreativních aktivit pro **smysluplné využití času rodiny**, **propojování profesionálů v týmu** atp. **Od sociálního pracovníka však není očekáváno nic odlišného od toho, co lze nalézt v odborné literatuře**. Výzkum však potvrdil, že sociální pracovník v týmu hospice má významnou roli a že **problém týkající se definice sociální práce a jejího obtížného uchopení se promítá i do spolupráce v multidisciplinárním týmu hospice**. Jako potřebné se ukázalo mít v hospici zpracovaný vnitřní dokument, kde jsou popsány kompetence jednotlivých pracovníků. Hospic, ve kterém výzkum probíhal, podobný dokument nemá, což způsobuje překračování kompetencí jednotlivých odborníků a následné konflikty v týmu, nebo také nejistotu, s čím vším je možné se obrátit na sociálního pracovníka. Na rozdíl od zdravotníků není jeho hranice kompetencí natolik zřetelná a jeho profese nemusí být dostatečně využita, není-li zřejmé, co dělá. Závěrem této práce je také model kompetencí (příloha č. 2) vytvořený na základě výzkumu této diplomové práce.

Sociální pracovnice tohoto týmu si však byla dobře vědoma toho, co může nabídnout a svou profesi se v týmu snažila prosazovat, i když to dle jejích slov nebylo jednoduché. Za

nejdůležitější část práce považovala přímou práci s klientem, posouzení jeho situace a nabízení dostupných služeb. Pomáhá týmu v holistickém pohledu na pacienta především tím, že se zabývá jeho sociální stránkou. Ukázalo se, že její role je nezanedbatelná, je založená na individuálním přístupu a často závisí na „zakázce“, jakou rodina a klient má. Je **obhájcem práv klienta a propojuje** jej, jeho rodinu i samotnou službu s ostatními institucemi (např. s úřadem práce nebo jinou sociální službou). Přemýšlí komplexněji a **pomáhá při řešení konfliktů** v týmu. Je **důležitou součástí komunikace mezi spolupracovníky**, do jisté míry funguje jako supervizor týmu. Sociální pracovnice také **iniciuje změny a realizuje vize služby**. Kromě práce s klientem a rodinou má na starosti celou řadu jiných organizačních záležitostí spojených se službou, například **drobné fundraisingové či PR aktivity**.

Ukázalo se, že by sociální pracovník měl mít dostatek zkušeností pro práci v hospici. Důležité jsou **znalosti i praxe týkající se péče o imobilního či umírajícího člověka, znalost zdravotnických pojmů a fyziologických změn u umírajících**. Klíčové jsou také **znalosti týkající se vyrovnávání se se smrtí a ztrátou, truchlení, vypravení pohřbu a dědického řízení**. Objevoval se názor, že sociální pracovník má **mít konkrétní představu o práci ostatních profesionálů v týmu**. Je potřeba, aby disponoval potřebnými **měkkými dovednostmi a znalostí teorie týmové spolupráce**.

Sociální pracovník tedy potřebuje **mít důvěru ve vlastní profesi a dostatečné vzdělání v této oblasti, osobnostní předpoklady, znalost modelů multidisciplinární spolupráce** (např. zmíněný model dle Laury Bronstein) **a teorie týmové spolupráce**.

Tento výzkum nemá ambice obsáhnout veškeré možné očekávání od této profese v hospici. Výsledky tohoto výzkumu je možné využít pro lepší pochopení role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu mobilního hospice. Dále může poskytovat podnětné informace ohledně zlepšování spolupráce v multidisciplinárním týmu a v neposlední řadě ukazuje, jaké znalosti, kompetence a dovednosti jsou od sociálního pracovníka očekávány, což může napomoci k profilaci vzdělání profese sociálního pracovníka v paliativní péči. Jedná se o výzkum konkrétního hospice, na jehož základě by tedy bylo možné zkoumat očekávání ostatních profesionálů od sociálního pracovníka v hospicích napříč celou Českou republikou. Je pravděpodobné, že hlubší prozkoumání potenciálu oboru sociální práce v oblasti mobilní hospicové péče by mohl pomoci lépe nastavit jeho odborné kompetence a místo sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

Seznam literatury

ALEX, K. 2009. *Soft Skills*. S. Chand Publishing. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=goorDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=soft+skills&ots=YK4WyxDG1B&sig=bCUM2u3GqJSB2nmOB6RikcETWgE&redir_esc=y#v=onepage&q=soft%20skills&f=false

APHPP. 2016. *Standardy hospicové paliativní péče*. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>

ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRACI. Standardy. [online], [cit. 2021-09-09]. Dostupné z: <https://www.asvsp.org/standardy/>

BĚLOHLÁVEK, F. 2001. *Management*. Olomouc: Rubico. ISBN 80-85839-45-8.

BRONSTEIN, R., L. 2003. A Model for Interdisciplinary Collaboration. National Associations of Social Workers. *Social Work*. Vol. 48:3, 297-306.

CESTA DOMŮ. 2018. Aktuální situace ohledně úhrad mobilní paliativní péče pojišťovny. [online]. 11. září 2018 [cit. 25-11-2021]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/aktualni-situace-ohledne-uhrad-mobilni-paliativni-pece-pojistovny-0>

CETRUM PALIATIVNÍ PÉČE. 2019. Webinář: Charita ČR a odbornost 926. In: paliativnicentrum.cz [online]. [cit. 25-11-2021] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/webinare/charita-cr-a-odbornost-926>.

COUNCIL OF SOCIAL WORK EDUCATION. 2008. EPAS. Dostupné z: [https://www.cswe.org/getattachment/Accreditation/Standards-and-Policies/2008-EPAS/2008EDUCATIONALPOLICYANDACCREDITATIONSTANDARDS\(EPAS\)-08-24-2012.pdf.aspx](https://www.cswe.org/getattachment/Accreditation/Standards-and-Policies/2008-EPAS/2008EDUCATIONALPOLICYANDACCREDITATIONSTANDARDS(EPAS)-08-24-2012.pdf.aspx)

DISMAN, Miroslav. 2020. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

ELIHOVÁ, Markéta. 2017. *Sociální práce*. Aktuální otázky. Pardubice: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4 .

ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. 2006. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>

FÓRUM MOBILNÍCH HOSPICŮ. 2021. Průvodce (nejen) pro nově vznikající mobilní hospice. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/pruvodce-nejen-pro-nove-vznikajici-mobilni-hospice/>

GREENWOOD, E. 1957. Attributes of a Profession. *Social Work*, č. 2(3), s. 45–55. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/23707630>

GWYTHYR, P., L., ALTILO, T., BLACKIE, S., CHRIST, G., CSIKAI, L., E., HOOYMAN, N., KRAMER, B., LINTON, M., J., RAYMER, M., HOWE, J. 2005. Social Work Competencies in Palliative and End-of-Life Care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 1:1, 87–120.

HANUŠ, P. 2007. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 7(1), s. 5. ISSN 1213-6204.

HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.

HEAD, B., PETERS, B., MIDDLETON, A., FRIEDMAN, C., & GUMAN, Neil. 2019. Results of a Nationwide Hospice and Palliative Care Social Work Job Analysis. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 16–33.

HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4.

HRDÁ, K. 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-0-2.

HUGHES, S., FIRTH, P. & OLIVIERE, D. 2015. Core Competencies For Palliative Care Social Work in Europe: an EAPC White Paper – part 2. *European Journal of Palliative Care*, 22 (1). Dostupné z: https://www.eapcnet.eu/wp-content/uploads/2021/03/EJPC_White-Paper-social-work_part2.pdf

IFSW. [online]. 2021. [Cit. 2.1.2021]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

JANEBOVÁ, R. 2013. *Spolupráce v sociální práci: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus. 533 s. ISBN 978-80-7435-259-1.

JANEBOVÁ, R. 2014. *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*. Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-374-1. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/janebova_-_teorie_a_metody_socialni_prace.pdf

JANKOVSKÝ, J. 2015. Multidisciplinární z hlediska sociálního pracovníka. *Sešit sociální práce*, č. 3, s. 8–13. ISBN 978-80-7421-088-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>

KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče*. 2017. Mladá fronta a.s.: Praha. ISBN 978-80-204-4225-3.

KAŇKOVÁ, A. 2018. *Vnímání profesní identity sociálními pracovníky*. Praha (diplomová práce). Univerzita Karlova. Evangelická teologická fakulta. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/102791>

KOBAYASHI, R., MCALLISTER, C., A. 2014. Similarities and Differences in Perspectives on Interdisciplinary Collaboration Among Hospice Team Members. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Vol. 32(8), s. 825–832.

KOBAYASHI, R., MCALLISTER, C., A. 2016. Hospice Core Professions' Views on Interdisciplinary Teams: a Qualitative Investigation. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12:3, s. 214–230.

KODYMOVÁ, P. 2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sešit sociální práce*, č. 3. ISBN 978-80-7421-088-4.

KROULÍKOVÁ, M. 2018. *Image analýza profese sociálních pracovníků*. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vlrrc1/25060815>

KRÜGER, W. 2004. *Vedení týmů*. Jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým. Praha: Grada. ISBN 80-247-0780-2.

LEVICKÁ, J. 2005. *Na cestě za klientem: metody, formy a postupy v socialnej práci*. Trnava: Oliva.

MATOUŠEK, O. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. s. 100-101. ISBN 978-80-7367-331-4. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:b8b74920-ff46-11e3-9806-0050568252093-6204>.

MATOUŠEK, O. 2020. In: Youtube [online]. 27. 4. 2020. [cit. 2021-20.8]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=zdE_G5XVgnE&list=PL0IQutKlsPHBvVN6k2fFiMZqS5Xk_MMSJ&index=1&t=68s. Kanál uživatele Sociální práce/Sociální práca.

MATOUŠEK, O. a kol. 2021. *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Univerzita Karlova: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4904-7.

MATOUŠEK, O., NAVRÁTIL, P. a MATULAYOVÁ, T. Ideál profesionalizace v sociální práci. *Fórum sociální práce*. Praha: Univerzita Karlova, 2019, roč. 2019, č. 2, s. 28–39. ISSN 2336-6664.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MLČÁK, Z. 2005. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení*. Ostrava: Ostravská univerzita.

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Grada publishing: Praha. ISBN 80-247-1025-0.

MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Časopis Sociální práce/Sociální práca*, č. 2., s. 60–70. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fss/jaro2009/SPP458/um/7541502/Musil_str.60-70.pdf

MUSIL, L. 2013. Identita oboru / profese sociální práce. In: MATOUŠEK, O. A kol. (Ed.). *Encyklopedie sociální práce*. 1.vyd., Praha: Portál, s. 512–513. ISBN 978-80-262-0366-7.

MZCR. 2017. Věstník. Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, s. 2–27. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf>

NANCARROW, S., ENDERBY, P., ARISS, S., SMITH, T., BOOTH, A., CAMPBELL, M., CANTRELL, A. & PARKER, S. 2012. The impact of enhancing the effectiveness of interdisciplinary working. Section 1. Project Report. National Institute for Health Research.

NAVRÁTIL, P. Posouzení v sociální práci (Assessment in the Social Work). In *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce* (květen 2010. 1st ed. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. p. 9–23. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-038-2.

NAVRÁTILOVÁ, J., NAVRÁTIL, P. 2016. Educational Discourses in Social Work. *Social Education*, č. 4, s. 38–56.

NOVÁ, K. 2018. *Sociální práce v domácím hospici Cesta domů, z.ú.* Social Work in Home Hospice Care Cesta domů, z. ú. Praha (diplomová práce). Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/100102/120297612.pdf?sequence=1c>

ONDRÁČKOVÁ, L. 2012. *Osobnost sociálního pracovníka v hospici*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Ústav pedagogiky a sociálních studií.

PAYNE, M. 2014. *Modern Social Work Theory 4th Ed.*, Palgrave.

PLAMÍNEK, J. 2000. *Synergický management*. Argo. ISBN 80-7203-258-5.

PLAMÍNEK, J. 2008. *Vedení lidí, týmů a firem*. Praktický atlas managementu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2448-5.

PRŮCHA, J, VALTEROVÁ, E, MAREŠ, J. 2013. *Pedagogický slovník*. Sedmé, aktualizované a rozšířené vydání. Portál.

PSTRUŽINA, K. 2007. *Multidisciplinární a interdisciplinární přístup jako metodologické východisko v Evropských studiích*. ISBN 978-80-262-0403-9.

REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing a. s.

SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M., KABELKA, L. 2013. *Standardy paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

SOCIÁLNÍ PRÁCE, sociální práce, časopis sociální práce. PROSO. Socialniprace.cz [online], © 2020 [cit. 2021-20-8]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/jaky-je-stav-profesionalizace-ceske-socialni-prace-tomu-se-venovala-online-konference-projektu-profesionalizace-socialni-prace-v-ceske-republice/>

SOCIÁLNÍ PRÁCE. Profesiogramy. Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči. [online]. © 2020. [cit.15-08-2021]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>

STANDARDY MOBILNÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE. 2019. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/standardy-mobilni-specializovane-paliativni-pecce/>

STUDENT, J., CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Nakladatelství H & H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo. ISBN 80- 902049-0-2.

SVATOŠOVÁ, M. 1998. *Hospic slovem i obrazem*. Ecce homo. ISBN: 80-9020-491-0.

ŠAMAJOVÁ, A. 2019. Fungování multidisciplinárního tým v hospici v USA. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra Křesťanské sociální práce.

TICHÝ, O. 2016. VZP pro rok 2017 výrazně rozšíří počet mobilních hospiců, v nichž bude hradit péči In: VZP: Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky [online]. 19.12.2016 [cit. 25-11-2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vzp-pro-rok-2017-vyrazne-rozsiri-pocet-mobilnich-hospicu-v-nichz-bude-hradit-peci>

URBAN, D. 2013. Mezioborová spolupráce v praxi sociální práce. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. In: JANEBOVÁ, Radka, ed. *Spolupráce v sociální práci: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-259-1.

VLČKOVÁ, K. 2019. *Role sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnic*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Katedra Sociální práce.

VOJTÍŠEK, P. 2017. Sociální pracovníci o profesionalizaci sociální práce v ČR. Social workers about the Professionalization of Social Work in the Czech Republic. *Sociální práce/Sociální práca*, č. 6, s.152–159. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>

WASHINGTON, T., K., DEMIRIS, G., OLIVER, D., P., SWARZ, A., J., LEWIS, M., A., BACKONJA, U. 2017. A Qualitative Analysis of Information Sharing in Hospice Interdisciplinary Group Meetings. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, Vol. 34(10), s. 901–906.

WHO. 2006. *Constitution of the world Health Organization*. Basic Documents. Dostupné z: <https://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionen.pdf>

ZAHRÁDKOVÁ, E. 2005. *Teambuilding*. Praha: Portál. ISBN: 8073670429.

Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*.

ZASTROW, C. 1989. *The Practice of Social Work*. Chicago: Dorsey Press.

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č. 1, Formy a typy paliativní péče, Zdroj: MZCR (2017, s. 24.).....	10
Tabulka č. 2, Participanti výzkumu	40
Tabulka č. 3, Vztah mezi očekáváním profesionálů týmu a okruhy spolupáce se sociálním pracovníkem.....	57
Tabulka č. 4, Srovnání pohledu samotného sociálního pracovníka a ostatních profesionálů na tuto profesi.	65
Obrázek č. 1, Komponenty modelu interdisciplinární spolupráce dle Laury Bronstein.....	34
Obrázek č. 2, Vlivy na interdisciplinární spolupráci dle Laury Bronstein	35

Přílohy

Příloha č. 1

Scénář rozhovoru

Jaké znalosti, dovednosti, kompetence očekávají členové multidisciplinárního týmu hospice od sociálního pracovníka?

Otázky na členy MDT

Jak vypadá Váš pracovní den?

Jakou roli má ve Vašem pracovním dni sociální pracovník?

Mohl/a byste popsat konkrétní příklad Vaší spolupráce se sociálním pracovníkem?

Jakou roli má podle Vás sociální pracovník obecně v týmu hospice?

Jaké znalosti očekáváte od sociálního pracovníka?

Jaké dovednosti by podle Vás sociální pracovník měl mít, aby dokázal odpovídat na potřeby týmu?

Jaký má pro Vás význam slovo kompetence?

Co je z Vašeho pohledu v kompetencích sociálního pracovníka?

Odpovídají podle Vás tyto kompetence tomu, co je v týmu opravdu potřeba?

Jaký má podle Vás sociální pracovník přínos v rámci týmu hospice?

Změnila nějak pandemie Covid-19 Váš pohled na sociálního pracovníka v hospici?

Doplňující otázky

Je z Vašeho pohledu sociální pracovnice nahraditelná? Je něco, co by měla dělat sociální pracovnice jinak, lépe? Jak se díváte na osobu sociálního pracovníka v tomto týmu? Co očekáváte od sociálního pracovníka v týmu?

Otázky na sociálního pracovníka

Jak vypadá Váš pracovní den?

Jakou roli zastáváte v rámci týmu?

Mohla byste mi popsat konkrétní příklad Vaší spolupráce s ostatními členy týmu?

Jaké znalosti si myslíte, že od Vás očekávají ostatní členové týmu?

Jaké dovednosti podle Vás od vás očekávají ostatní členové týmu?

Jak zpětně hodnotíte svou profesní přípravu pro tuto práci?

Jaké vlastnosti/schopnosti je potřeba mít pro dobrou spolupráci v multidisciplinárním týmu?

V čem je podle Vás výkon sociální práce v týmu hospice specifický?

Následná srovnávací otázka

Liší se pohled sociálního pracovníka a pohled ostatních profesionálů v týmu?

Příloha č. 2

Model kompetencí sociálního pracovníka v mobilním hospici

Tento vytvořený model kompetencí vzešel z výsledků výzkumu v konkrétním mobilním hospici, který je podrobně popsán v empirické části této diplomové práce.

Kompetence:

- analýza potřeb a posouzení situace klientů
- zmapování dostupné pomoci
- sdílení informací v týmu a týmová spolupráce
- poskytnutí odborného sociálního poradenství
- drobnější PR aktivity
- fundraisingové aktivity
- psychická podpora a doprovázení klienta a jeho rodiny náročným obdobím
- komunikace se zájemci o hospicovou péči
- stabilizace rodiny (zajištění dostupné sociální a finanční pomoci)
- vzdělávání – především v oblasti aktuální nabídky pomoci a legislativy, možností rozvíjení služby a předávání zkušeností mezi ostatními sociálními pracovníky v této oblasti

V rámci výše zmíněných kompetencí jsou nezbytné tyto dovednosti a znalosti:

- měkké dovednosti – empatie; flexibilita; objektivita a nestrannost; komunikace; sdílení; podávání a přijímání zpětné vazby; týmová spolupráce; organizace času; naslouchání; schopnost propojování informací, lidí a služeb; respekt k rolím v týmu; dovednost řešit konflikty;
- dovednost řízení auta a práce s počítačem;
- využívání technik logopedie, terapie zaměřená na člověka;
- schopnost hovořit o spiritualitě;
- schopnost práce s nepřítím;
- schopnost využívat potenciálu profese sociální práce;
- schopnost prosazovat změny;
- být prostředníkem mezi rodinou a institucemi, klientem a týmem hospice;
- hájit práva klienta, popřípadě rodiny;
- využívání metod krizové intervence a schopnost vyhodnotit riziko;
- znalost základů psychologie, psychodynamické teorie, humanistické existencionální perspektivy, krizové intervence;

- znalost Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., Zákona o pohřebnictví 256/2001 Sb. a dalších;
- znalosti ohledně dědického řízení a vypravování pohřbu;
- orientace v systému státní sociální podpory a pomoci;
- základy ošetrovatelství a péče o imobilního klienta;
- znalost procesu umírání;
- znalost modelů multidisciplinární spolupráce;
- znalost procesu vyrovnávání se se ztrátou;
- základní znalosti o ostatních disciplínách v týmu, především o jejich kompetencích;
- znalost lidských práv a základů etiky.