

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Oddělení praxe

Bakalářská práce

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO ČLEN INTERDISCIPLINÁRNÍHO
TÝMU VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová
Autor práce: Marta Dvořáková
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Forma studia: prezenční
Ročník: třetí

2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 15. března 2018

.....
Marta Dvořáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Heleně Machulové za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytování cenných rad, konzultací a morální podporu. Dále děkuji všem, kteří mě během mého studia a při psaní této práce jakkoliv podporovali. Obzvláště svým rodičům, příteli a ostatním blízkým.

OBSAH

ÚVOD	6
1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE	8
1.1 Pojetí sociální práce ve zdravotnictví	8
1.2 Zdravotnická zařízení	10
2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍ- ZENÍCH	12
2.1 Požadavky na vzdělání zdravotně sociálního pracovníka	12
2.2 Osobnost zdravotně sociálního pracovníka	13
2.3 Specifika zdravotně sociální práce	14
2.4 Kompetence a náplň činností zdravotně sociálního pracovníka	15
2.5 Klientela zdravotně sociálního pracovníka	18
3 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRA- VOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	19
3.1 Vymezení pojmu tým, týmová spolupráce	19
3.2 Zdravotně sociální pracovník a interdisciplinární spolupráce ve zdravotnickém zařízení	20
3.3 Limity interdisciplinární týmové spolupráce	21
3.4 Pozitivní aspekty a předpoklady úspěšné interdisciplinární týmové spolupráce	22
3.5 Supervize týmu	24
4 CÍL VÝZKUMU	25
4.1 Výzkumné otázky	25
4.2 Lokalizace výzkumu	26
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	27
5.1 Strategie výzkumu, výzkumný přístup a metoda sběru dat	27
5.2 Výzkumný vzorek	28
5.3 Proces sběru dat	28
5.3.1 Způsob sběru dat	29
5.4 Harmonogram výzkumu	30

6	VÝSLEDKY VÝZKUMU	31
6.1	Profese zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici (požadavky, náplň činností, klientela)	31
6.2	Složení interdisciplinárního týmu	33
6.3	Fungování interdisciplinárního týmu	34
6.4	Pravidelná setkání týmu	35
7	KOSTRA ANALYTICKÉHO PŘÍBĚHU	36
8	DISKUSE	37
	ZÁVĚR	43
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	44
	SEZNAM PŘÍLOH	49
	PŘÍLOHY	50
	ABSTRAKT	53
	ABSTRACT	54

ÚVOD

Téma bakalářské práce se zaměřuje na poskytování zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních, která má nezastupitelnou pozici v interdisciplinárním týmu. V dostupné české odborné literatuře existuje k tématu zdravotně sociální práce omezené množství poznatků. Podobně i tématu zapojení zdravotně sociálního pracovníka do interdisciplinárního týmu není věnována téměř žádná pozornost.

Jelikož se v současné době pracuje podle bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu k lidskému zdraví a nemoci, na základě kterého je člověk nahlížen jako celistvá a nedělitelná bytost, je nezbytné, aby nebyly opomíjeny kromě biologické či tělesné stránky člověka i jeho ostatní dimenze při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních.

Z těchto důvodů považuji téma zdravotně sociální práce za důležité a je potřeba, aby mu bylo věnováno více pozornosti a docházelo tím k zajištění komplexní zdravotní péče o pacienta.

Práce si klade za cíl představit práci, respektive náplň činností zdravotně sociálního pracovníka, a zjistit, jak probíhá jeho spolupráce s členy v interdisciplinárním týmu ve zdravotnickém zařízení. Výzkum se zaměřuje na konkrétní zdravotnické zařízení, a to na Nemocnici České Budějovice a.s. Ke zjištění potřebných informací byl použit kvalitativní přístup provedený metodou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů.

Práce obsahuje sedm kapitol. Pro provedení výzkumu je důležité se nejdříve zorientovat v pojmech zdravotně sociální práce a interdisciplinární týmová spolupráce. První kapitola vymezuje základní pojmy: sociální práce, zdravotně sociální práce a zdravotnická zařízení.

Druhá kapitola představuje čtenáři profesi zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Kapitola představuje požadavky kladené na tuto profesi, specifika práce zdravotně sociálního pracovníka, vykonávané činnosti zdravotně sociálního pracovníka v rámci jeho kompetencí, typologii klientů a možné cesty navázání kontaktu s pacientem.

Po přiblížení práce zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení se třetí kapitola zabývá popisem spolupráce zdravotně sociálních pracovníků s členy interdisciplinárního týmu ve zdravotnických zařízeních, pozitivními i negativními aspekty interdisciplinární týmové spolupráce a supervizí týmu.

Následuje čtvrtá kapitola, ve které byl definován cíl, formulovány výzkumné otázky s bližším popisem a je zde také představena lokalizace výzkumu.

Pátá kapitola se věnuje metodologii výzkumu. Nachází se zde představení strategie výzkumu, výzkumného přístupu a metod sběru dat, dále charakteristika výzkumného vzorku, přesný popis procesu sběru dat a způsobu vyhodnocování dat. Součástí kapitoly je i harmonogram výzkumu.

V následující kapitole, v pořadí šesté, jsou prezentovány výsledky výzkumu, které jsou pro přehlednost textu rozděleny do čtyř podkapitol.

V sedmé kapitole kostra analytického příběhu zachycuje stručný popis kategorií a vztahů mezi nimi, která slouží k formulaci zjištěných tvrzení a představuje osnovu k sestavení závěrečné výzkumné zprávy.

Poslední kapitola, tj. diskuse, obsahuje interpretaci analyzovaných dat, přičemž výsledky jsou uváděny do vztahu s relevantní literaturou či srovnávány se závěry z jiných výzkumů. Závěrečná výzkumná zpráva je rovněž místem, kde se otevírají nová témata.

Bakalářská práce se opírá především o tituly od Kuzníkové (zejména *Sociální práce ve zdravotnictví*) a od spoluautorů Kutnohorské, Ciché a Goldmana (*Etika pro zdravotně sociální pracovníky*). Pro omezené množství poznatků v české literatuře byla využita i zahraniční literatura, zvláště anglická.

1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE

V první kapitole bakalářské práce je věnována pozornost vymezení několika pojmů, které považuji vzhledem k zaměření své práce za důležité představit již na počátku. Objasním zejména pojmy sociální práce, zdravotně sociální práce a zdravotnická zařízení.

1.1 Pojetí sociální práce ve zdravotnictví

K vymezení pojmu sociální práce vycházím z definice schválené Mezinárodní federací sociálních pracovníků (IFSW) a Mezinárodní asociací škol sociální práce (IASSW) roku 2014 v australském městě Melbourne. Tato definice pojímá sociální práci jako prakticky založenou profesi a vědecký obor podporující sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, zplnomocnění a osvobození lidí. Klade důraz na principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektování rozdílností, které jsou pro sociální práci klíčové. Sociální práce se opírá o teorie sociální práce, společenských věd, humanitních oborů a tradičních poznatků, s jejichž užitím se snaží angažovat lidi a struktury do řešení problémů života a posilovat osobní pohodu.¹

V jedné z českých definic předního odborníka v oblasti sociální práce v České republice, Oldřicha Matouška, je sociální práce zachycena jako: „*Společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (...). S.p. se opírá jednak o rámeček společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.*“²

Koncept „sociálního fungování“ podstatu sociální práce ozřejmuje. Jelikož člověk interaguje se sociálním prostředím, ve kterém se nachází, klade toto prostředí na člověka určité požadavky, na které člověk buď zvládá reagovat, či nikoliv. V případě, že člověk dostatečně nezvládá reagovat na požadavky prostředí, nastupuje intervence sociální práce bez ohledu na to, zda jsou požadavky prostředí přiměřené, nebo jsou v nerovnováze s kapacitou zvládnutí jedince.³

Sociální fungování může být narušeno přítomností nemoci, která ovlivňuje sociální život člověka již při objevení prvních symptomů nemoci či při zahájení zdravotnické pomoci. Z toho bezesporu vyplývá propojenost zdraví a nemoci se sociálním životem

¹ Srov. International Federation of Social Worker. *Global definition of social work* [online].

² MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 200 a násl.

³ Srov. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 12.

člověka.⁴ Autoři Holčík, Žáček a Koupilová se přiklání k definici zdraví jako: „*Relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí.*“⁵ Autoři pokračují myšlenkou, že pokus o definování zdraví může vést ke zjednodušení definice a stejně tak je tomu i u pokusu definovat nemoc. Je nutné podotknout, že i nemoc ovlivňuje všechny dimenze člověka.⁶

Nemoc oslabuje schopnosti organismu přizpůsobit a vyrovnat se s určitými nároky prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Člověk ve svém společenském prostředí zastává určité sociální role, které plynou ze zařazení sociálních vztahů, které si vytváří. Nemoc, ať už různého druhu a stupně onemocnění, omezuje člověka v plnění a zastávání jeho připsaných společenských rolí.⁷ V případě, že nemoc přešla do chronického stadia s určitým funkčním postižením nemocného či zanechala trvalejší tělesné nebo duševní následky, je nejvíce pravděpodobné, že dojde ke zhoršení sociální situace nemocného co do míry, ale i co do kvality.⁸ V důsledku nemoci může dojít u dotyčného např. k většímu či menšímu omezení soběstačnosti, ke ztrátě či změně zaměstnání, změně trávení volného času, narušení některých funkcí rodiny, nárůstu nákladů na péči a výživu, k mnohým psychickým důsledkům nemoci aj. Nemoc může rovněž zhoršovat komunikaci jedince s jeho sociálním okolím.⁹

Některé výše zmíněné negativní sociální důsledky nemocí a mnoho dalších se snaží odstranit nebo alespoň zabránit jejich prohlubování zdravotně sociální práce, která poskytuje pomoc nemocnému, jeho rodině i širšímu prostředí.¹⁰

Zdravotně sociální práce je specifickou oblastí, ve které se propojuje zdravotní péče a sociální pomoc a která představuje nezbytný článek léčebného a ošetrovatelského procesu. Aby byla léčba komplexně poskytována, nemůže být opomíjena i pomoc při řešení sociálních problémů pacienta, které není schopen sám vyřešit nebo jeho rodina mu takovou pomoc nemůže či nechce poskytnout. Rovněž i Vurm chápe zdravotně sociální péči jako péči o ty, u kterých v určitých životních situacích došlo k většímu či menšímu omezení soběstačnosti. Pokud je těmto lidem poskytována zdravotní péče, je nutné současně zajistit i péči sociální.¹¹

Pro pojem zdravotně sociální práce existuje v anglicky psané literatuře mnoho označení. Můžeme se setkat například s termíny „health and social care“, „social work in health care“, „hospital social work“, „health social work“, „medical social work“, „health care social work“ aj. Dziegielewski ve své publikaci představuje hned několik z výše uvedených označení společně s definicemi. Například „health care social work“ Dziegielewski koncipuje jako praktickou sociální práci, která se zaměřuje na aspekty celkového zdravotního stavu pacienta, přičemž se zabývá především zdravým životním

⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 97.

⁵ HOLČÍK, J.; ŽÁČEK, A.; KOUPILOVÁ, I. *Sociální lékařství*, s. 32.

⁶ Srov. Tamtéž, s. 34.

⁷ Srov. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 43.

⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 26 a násl.

⁹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 97 a násl.

¹⁰ Srov. Tamtéž, s. 18.

¹¹ Srov. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s. 24 a násl.

stylem, onemocněními či zdravotními postiženími. V tomto případě se pracuje buď přímo s jednotlivci, skupinami, rodinami, nebo s komunitami či se tyto otázky řeší prostřednictvím širší sociální změny. Zdravotně sociální pracovník se zabývá psychosociálními aspekty pacienta a předává získané informace ostatním členům zdravotnického týmu.¹²

V českém prostředí objevíme zejména dva termíny, a to zdravotně sociální práce a sociální práce ve zdravotnictví. Ve své bakalářské práci jsem se pro jednotnost textu rozhodla používat označení zdravotně sociální práce. Rozdíl mezi těmito dvěma termíny existuje zejména legislativní. Zdravotně sociální pracovník působí jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče. Získal odbornou způsobilost a splňuje podmínky pro výkon tohoto povolání bez odborného dohledu uložené zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, disponuje znalostmi ve zdravotní i sociální oblasti a vykonává činnosti dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jimiž se budu podrobněji zabývat v následujících kapitolách.¹³ V druhém případě sociální pracovník ve zdravotnictví je chápán jako sociální pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je tedy vzdělaný pouze v sociální oblasti a je zaměstnán ve zdravotnickém zařízení.¹⁴

1.2 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení spolu s dalšími organizacemi jsou místem, kde je poskytována zdravotní péče. Tato zařízení tvoří síť zdravotnických zařízení, kterou představují zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Jak uvádí Krebs, zdravotnická zařízení se mohou klasifikovat podle různých kritérií a jako jeden z příkladů uvádí dělení podle typu vlastnictví, formy poskytované péče a podle způsobu proplácení.

V prvním případě, tedy dělení podle typu vlastnictví, se rozlišují statní a nestátní zdravotnická zařízení. Členění podle formy poskytované péče zahrnuje lůžková a ambulantní zařízení, přičemž ambulantní zařízení se mohou dělit na primární (ambulace praktických lékařů), sekundární (poskytují specializovanou péči) a terciální ambulantní zařízení (superspecializovaná). Kritérium způsobu proplácení rozlišuje smluvní a nesmluvní zdravotnická zařízení. Smluvní zdravotnická zařízení, která podepsala smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, získává finanční prostředky ze zdravotního pojištění. Nesmluvní zdravotnická zařízení jsou financována ze soukromých zdrojů a nejsou součástí sítě veřejných zdravotních zařízení, tudíž pacienti mohou zaplatit za lékařské úkony, které jsou jinak běžně hrazené ze zdravotního pojištění. Je třeba dodat, že některá zdravotnická zařízení nemají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se všemi pojišťovnami, takže pojištěnci té zdravotní pojišťovny, která

¹² Srov. DZIEGIELEWSKI, S. *The Changing Face of Health Care Social Work*, s. 39.

¹³ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 19.

¹⁴ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1. 1. 2017 [online].

není ve smluvním vztahu s daným zdravotnickým zařízením, musí opět za lékařské výkony zaplatit.

Pro úplný výčet Krebs ještě doplňuje do sítě zdravotnických zařízení lékárny jako nesmluvní zdravotnická zařízení a zvláštní dětská zařízení (např. kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle).¹⁵

¹⁵ Srov. KREBS, V. et al. *Sociální politika*, s. 364 a násl.

2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Následující kapitola práce je zaměřena již na konkrétní práci zdravotně sociálního pracovníka. Je zde pojednáno o profesi zdravotně sociálního pracovníka a požadavcích na ni kladené a též o specifikách práce zdravotně sociálního pracovníka. V této kapitole je věnována pozornost i vykonávaným činnostem zdravotně sociálního pracovníka v rámci jeho kompetencí. Znalost kompetencí a náplně práce zdravotně sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu je klíčová a je jedním z předpokladů úspěšné spolupráce. Kapitola se rovněž zabývá v obecné rovině činnostmi zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních. V závěru kapitoly nastíním základní typologii klientů zdravotně sociálního pracovníka a možné cesty navázání kontaktu s klientem.

2.1 Požadavky na vzdělání zdravotně sociálního pracovníka

Jak vymezuje § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních: „*Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.*“¹⁶ Výše uvedený paragraf také uvádí, že zdravotně sociální pracovník dosáhne odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání, pokud úspěšně absolvuje akreditovaný zdravotnický studijní obor sociálního zaměření v bakalářském či magisterském stupni studia. Odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka může získat i všeobecná sestra v případě, že absolvuje specializační studium v oboru zdravotně sociální péče. Další možnou cestou k získání odborné způsobilosti k výkonu zmiňovaného povolání je úspěšné dokončení studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a následně vzdělávacího programu kvalifikačního kurzu zdravotně sociální pracovník.¹⁷ Tento kurz akreditovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky zahrnuje jednoleťté, dálkové studium a je zakončen závěrečnou teoretickou a praktickou zkouškou. Pokud účastník kurzu úspěšně složí závěrečné zkoušky, bude mu uděleno osvědčení o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v oboru zdravotně sociální pracovník. Během kurzu se účastníci seznámí s novými poznatky či si dosavadní poznatky pro-

¹⁶ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění platném k 1. 9. 2017 [online].

¹⁷ Srov. Tamtéž [online].

hloubí zejména v oblastech veřejného zdravotnictví, zdravotnické legislativy, vnitřního lékařství, chirurgie, pediatrie, geriatric, neurologie, psychiatrie a ošetrovatelství. Součástí vzdělávacího programu je i absolvování stáží ve zdravotnických a sociálních zařízeních a rovněž i praktické vyučování ve zdravotnických a na sociálních pracovištích.¹⁸

Výše uvedené možné způsoby, jak získat odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka, jsou zároveň i možnosti získávání způsobilosti tohoto povolání bez odborného dohledu. To znamená dle § 4 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, že vykonává činnosti, ke kterým získal způsobilost bez stálé přítomnosti a udělování pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu.¹⁹

Neopomenutelnou povinností každého zdravotně sociálního pracovníka je celoživotní vzdělávání, které dle Kuzníkové podporuje profesní růst zdravotně sociálních pracovníků, ale přispívá i k rozvoji samotného oboru.²⁰ Celoživotní vzdělání, jak je uvedeno v § 54 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, představuje: „*Průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (...)*.“²¹ Způsobů celoživotního vzdělání je celá řada a zahrnuje např. odborné stáže v akreditovaných zařízeních, školící akce, konference, kongresy, certifikované kurzy, e-learningové kurzy, ale i samostatné studium odborné literatury.²²

2.2 Osobnost zdravotně sociálního pracovníka

Osobnost zdravotně sociálního pracovníka by se měla vyznačovat zejména zralostí, ke které dospěje celoživotním úsilím o vlastní osobnostní rozvoj.²³ Kuzníková k tématu osobnostní zrání zdravotně sociálního pracovníka zmiňuje tři možné způsoby, na základě kterých pracovník může o svoji osobnostní zralost usilovat. Klade důraz hlavně na sebevzdělávání, supervizi a v neposlední řadě i na skutečnost, aby si zdravotně sociální pracovník udržoval přehled ve vývoji teorií, metod a technik zdravotně sociální práce.²⁴

Komunikace je klíčovou dovedností zdravotně sociálního pracovníka. Je důležité o důležitosti nechat pacienta mluvit, poskytnout mu prostor pro vyjádření jeho potřeb, problémů, prožitků, přání a pro zvážení jeho reálných možností. Pokud je tento prostor pacientovi zajištěn, směřuje dobře vedený rozhovor ke správné diagnostice a následným

¹⁸ Srov. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník* [online].

¹⁹ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění platném k 1. 9. 2017 [online].

²⁰ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 28.

²¹ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění platném k 1. 9. 2017 [online].

²² Srov. Tamtéž [on-line].

²³ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 75.

²⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 30.

efektivním strategiím.²⁵ Komunikace je důležitá i pro spolupráci s jednotlivými členy týmu, dále s policií, soudy, notáři, pedagogicko-psychologickými poradnami, se zdravotními pojišťovnami aj.²⁶

Mimo výše uvedené požadavky na osobnost zdravotně sociálního pracovníka je zapotřebí, aby rovněž disponoval kultivovaným projevem, schopností empatie, přirozenou autoritou, byl citově vyrovnaný a schopný pozitivního pohledu na svět. Tento výčet představuje hodnoty, které by měly být všem zdravotně sociálním pracovníkům osobnostně dané.²⁷

2.3 Specifika zdravotně sociální práce

Jedním ze specifík zdravotně sociální práce, jak již bylo naznačeno v předchozí kapitole, je skutečnost, že se v této oblasti střetává a vzájemně prolíná zdravotní a sociální péče. V České republice usilují o provázanost zdravotní a sociální oblasti, posílení zdravotně sociálního pojetí a odstranění bariér mezi profesemi, specializacemi a rezorty zejména odborníci z oblasti sociální gerontologie, a to lékaři Z. Kalvach, I. Holmerová, R. Čevela a L. Čeledová.²⁸ Při poskytnutí léčby či ošetřování je nezbytně nutné pomoci s řešením problémů pacienta, který se nachází v nepříznivé sociální situaci a sám tuto situaci není schopen vyřešit vlastními silami nebo za pomoci rodiny či známých.²⁹

K pochopení pacientova stavu, který vyplývá ze zdravotních problémů, je zapotřebí, aby se zdravotně sociální pracovník seznámil s diagnózami a jejich obvyklým způsobem léčby. Tato potřeba znalostí, která představuje další specifikum zdravotně sociální práce, usnadňuje zapojení pacienta do léčebného procesu, jeho plánování a hodnocení a také spolupráci a komunikaci s dalšími odborníky v oblasti zdravotní péče. Znalost konkrétních způsobů léčby a intervenčních přístupů umožňuje zdravotně sociálnímu pracovníkovi lépe a snadněji komunikovat s pacienty a členy jejich rodin a pomoci řešit případné problémy, které se vztahují k onemocnění pacienta.³⁰ Znalost diagnóz vyzdvihuje i Severová, která ve svém článku dodává, že jsou odrazem v sociální oblasti daného jedince. Sociální problémy jedince jsou úzce spjaty s jeho zdravotním stavem. Někdy sociální problémy mohou vzniknout v důsledku špatného zdravotního stavu, jindy sociální problémy mohou zapříčinit zhoršení zdravotního stavu. Zdravotně sociální pracovník musí umět také vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta přizpůsobit úroveň komunikace.³¹

²⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 75.

²⁶ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 51 a násl.

²⁷ Srov. Tamtéž, s. 30.

²⁸ Srov. KUZNÍKOVÁ, I.; MALÍK HOLASOVÁ, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*, s. 18.

²⁹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 69.

³⁰ Srov. BEDER, J. *Hospital social work*, s. 5.

³¹ Srov. SEVEROVÁ, J. *Sociální práce ve zdravotnictví* [online].

Mezi další specifika zdravotně sociální práce patří bio-psycho-sociálně-spirituální přístup, který umožňuje zdravotně sociálnímu pracovníkovi hodnotit a pokrýt potřeby pacienta ve všech směrech. „Bio“ odkazuje na biologickou, tedy tělesnou stránku člověka, aspekt „psycho“ se týká pacientova sebehodnocení, sebeúcty a emočních zdrojů. Hledisko „sociálně“ představuje sociální prostředí, které obklopuje a ovlivňuje pacienta.³² Spirituální dimenze představuje potřebu sebezpřesahu, myšlení člověka v otázkách po jeho smyslu, vztazích, původu atd. Tento přístup je také zmiňován jako holistický přístup, poněvadž všechny čtyři složky člověka jsou vnímány jednotně a nedělitelně. Na člověka je tedy nahlíženo v souvislostech systémů těla, osobnosti, vztahů a ducha.³³ Úkolem zdravotně sociálního pracovníka je zhodnotit a zmapovat každou z těchto oblastí, aby získal úplné pochopení pacienta.

Významným specifikem zdravotně sociální práce, které odkazuje na komplexnost péče o pacienta v medicíně, je spolupráce odborného týmu, který zahrnuje i zdravotně sociální pracovníky.³⁴ Tématu spolupráce v interdisciplinárním týmu bude věnována větší pozornost v celé třetí kapitole této práce.

2.4 Kompetence a náplň činností zdravotně sociálního pracovníka

Samotný termín kompetence má kořeny v latinském slově „competens“, které znamená „vhodný, příhodný, náležitý“.³⁵ „Kompetentní osoba je vybavena pravomocí, určitými znalostmi a postojí a je schopna na základě této výbavy jednat.“ Havrdová dále objasňuje kompetence v praxi jako: „Funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.“³⁶

Jednou z významných podmínek, jak dosáhnout správného fungování spolupráce v interdisciplinárním týmu, je znalost vlastních kompetencí každého pracovníka i kompetencí ostatních pracovníků týmu.³⁷ Z tohoto důvodu v následujícím textu zmíním kompetence a v jejich rámci některé vykonávané činnosti zdravotně sociálního pracovníka.

Zdravotně sociální pracovník musí disponovat kvalitními teoretickými znalostmi, praktickými dovednostmi, ale i dalšími schopnostmi, které jsou nezbytné pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka. Do těchto **profesně oborových kompetencí** se řadí zejména schopnost reagovat a podílet se na uspokojování především sociálních potřeb klienta; v případě vážných nežádoucích sociálních faktorů, které mohou mít neblahý dopad na průběh léčení, je umět odstraňovat; orientace v právních normách ve

³² Srov. BEDER, J. *Hospital social work*, s. 4.

³³ Srov. BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*, s. 16.

³⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et. al. *Sociální práce ve zdravotnictví.*, s. 23.

³⁵ Srov. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*, s. 41.

³⁶ Tamtéž, s. 42.

³⁷ Srov. HANUŠOVÁ, J.; HELLEBRANDOVÁ, K. *Interdisciplinární spolupráce*, s. 19.

zdravotně sociální oblasti; ale i schopnost odborné týmové spolupráce³⁸; dále schopnost zapojovat pacienty zpět do sociálního prostředí a pomoc při znovuzískání jejich sociálních rolí či k této integraci využít pomoc sociálního okolí pacienta apod.³⁹

Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické představují jednu z mnoha dalších kompetencí zdravotně sociálního pracovníka a zahrnují schopnost provádět sociální šetření, sociální anamnézu; stanovovat sociální diagnózu i sociální prognózu pacienta aj.⁴⁰

Kompetence poradenské a konzultační se vyznačují schopností poskytovat a uskutečňovat konzultace v oblasti sociálně právního poradenství; podávat informace pacientům či jejich rodinám⁴¹; pomoc při řešení finanční situace klienta (např. žádost o invalidní důchod, dávky sociální péče, dávky státní sociální podpory), poněvadž onemocnění či postižení pacienta jsou nezdídkou doprovázena finančními otázkami⁴²; pomoc při zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek klientům s těžkým zdravotním a smyslovým postižením⁴³; v případě úmrtí pacienta poskytnout pozůstalým odborné poradenství v sociální oblasti apod.⁴⁴

Výchovné kompetence zahrnují schopnost realizovat sociální prevenci, která pojímá i depistáž, jejímž cílem je vyhledávat jedince, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci nebo jsou touto situací ohroženi v důsledku své nemoci nebo nemoci jejich blízkých osob.

Mezi další náleží **kompetence rozhodovací a organizační**. Tyto kompetence představují schopnost udržovat přehled ve zdravotnické/sociální dokumentaci a zároveň vypracovávat příslušnou dokumentaci⁴⁵; sestavit plán psychosociální intervence; rozhodnout o rozsahu, druhu a potřebě sociálních opatření, která se realizují s pomocí dalších zdravotnických pracovníků; být schopen podílet se na přípravě propuštění pacientů a zajistit jim následnou péči a služby atd.⁴⁶ Zdravotně sociální pracovník by měl vystupovat jako obhájce klientů a prosazovat zdravotně sociální politiku na vládní úrovni (zasahovat do reforem a koncepcí zdravotně sociální péče), na úrovni řízeného plánu péče (podílet se na národních preventivních programech, výchově ke zdraví aj.), na programové úrovni (na základě výstupů z výzkumů snaha o rozvoj programu zajišťování kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení) a na úrovni jednotlivých klientů.⁴⁷

Do výčtu kompetencí zdravotně sociálního pracovníka spadají i **kompetence metodické a jazykové**, mezi které se řadí např. schopnost navrhnout nové standardy a me-

³⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 72.

³⁹ Srov. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků, ve znění platném k 14.12.2017 [online].

⁴⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 73.

⁴¹ Srov. Tamtéž, s. 73.

⁴² Srov. MACKOVÁ, M. *Sociální pracovník v nemocničním multidisciplinárním týmu*, s. 220.

⁴³ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 51 a násl.

⁴⁴ Srov. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků [online].

⁴⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 73.

⁴⁶ Srov. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků [online].

⁴⁷ Srov. KUZNÍKOVÁ, I.; MALÍK HOLASOVÁ, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*, s. 19 a násl.

tody zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních; otevřenost k vědecko-výzkumné činnosti v oblasti zdravotně sociální práce; schopnost vzdělávat se z odborné literatury v cizím jazyce aj.⁴⁸ Do těchto kompetencí lze řadit i další významné činnosti zdravotně sociálního pracovníka, a to osvěta interdisciplinárního týmu, ošetřujícího personálu a opora ve vyjasňování rolí v týmu v rámci psychosociální péče o klienty.⁴⁹

Kompetence osobnostně kultivující vybavují pracovníka schopností vlastní sebe-reflexe, sebevzdělávání a rozvíjení svých odborných znalostí a dovedností, které se vztahují k aktuálním poznatkům.

Za neméně důležitou kompetenci zdravotně sociálního pracovníka jsou považovány **komunikativní a etické kompetence**. Tyto kompetence zahrnují znalost a dodržování etických kodexů ve zdravotnictví; schopnost naslouchat pacientům a stát se jim emocionálně sociální oporou; efektivně a eticky komunikovat s pacienty, jejich blízkými i se spolupracovníky; umět vhodným způsobem předávat informace veřejnosti prostřednictvím článků, rozhovorů atd.⁵⁰

Konkrétní pracovní náplň a obsah práce zdravotně sociálního pracovníka se ve zdravotnických zařízeních liší, protože jsou stanoveny a průběžně upravovány pracovištěm individuálně. Je třeba zmínit, že vzhledem k odlišnému historickému vývoji, ale i systémem vzdělávání a odlišnými kompetencemi, se činnosti zdravotně sociálních pracovníků v české praxi a ve světě v mnohých aspektech liší.⁵¹

2.5 Klientela zdravotně sociálního pracovníka

Klientem zdravotně sociálního pracovníka se může stát nejen pacient sám, ale i jeho rodina či blízké osoby, popřípadě skupina či komunita.⁵² V zahraničí můžeme pozorovat větší orientaci na práci s komunitou, naplňování potřeb členů skupin či komunit a na práci s přirozeným prostředím klientů a jeho rodinnými příslušníky.⁵³

Prvotní kontakt či případná spolupráce mohou být navázány mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem ve zdravotnických zařízeních třemi možnými způsoby. Depistáž je jednou z možností vytvoření vztahu mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem. Jde o aktivní vyhledávání pacientů/klientů zdravotně sociálním pracovníkem a často preferovanou formu v českém prostředí. Nicméně depistáž je zdravotně sociálním pracovníkům zkomplikována z důvodu nepoměru velkého množství pacientů a malého počtu zaměstnaných zdravotně sociálních pracovníků v daném zdravotnickém zařízení. Další možnou cestou, která vede ke vzniku vztahu mezi zdravotně sociálním

⁴⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 73.

⁴⁹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 51.

⁵⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 74.

⁵¹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 47 a násl.

⁵² Srov. Tamtéž, s. 19.

⁵³ Srov. KUZNÍKOVÁ, I.; MALÍK HOLASOVÁ, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*, s. 39.

pracovníkem a klientem, je kontaktování zdravotně sociálního pracovníka zdravotnickým personálem určitého oddělení, na kterém je pacient hospitalizovaný a jeví se zdravotnickému personálu jako „potenciální“ klient zdravotně sociálního pracovníka. Zde může docházet k problému, který spočívá v tom, že zdravotníci a lékaři mohou přehlédnout či nerozpoznat pacienta, který by sociální pomoc potřeboval. Zde je třeba vyzdvihnout důležitost depistáže. Navázat vztah se zdravotně sociálním pracovníkem může i klient sám. Tento způsob je v české praxi však často znesnadněn tím, že zdravotně sociální pracovníci nejsou v některých zdravotnických zařízeních stále přítomni na jednotlivých odděleních a mnohdy se neúčastní ani vizit. Z tohoto důvodu pacient může požádat zdravotnický personál, aby mu zajistil kontakt se zdravotně sociálním pracovníkem, nebo tento kontakt mohou zprostředkovat sami příbuzní pacienta.⁵⁴

Kuzníková poukazuje na skutečnost, že každý z pacientů dané onemocnění prožívá odlišně a z tohoto důvodu zdůrazňuje individuální přístup ke každému klientovi a tvrdí, že není jednoduché klienty kategorizovat a poté postupovat při práci s klienty dané kategorie stejným způsobem. Avšak rozdělení a zařazení hospitalizovaných klientů do určité kategorie může pracovníkovi pomoci a posloužit zvláště při výběru vhodné metody a techniky práce a také při komunikaci s nemocným a jeho rodinou.⁵⁵ Do základní typologie klientů zdravotně sociálního pracovníka patří akutně nemocní a chronicky nemocní klienti. Jelikož se akutně nemocný musí vyrovnat s náhle vzniklou situací, odloučením od rodiny, práce a sociálních rolí, je potřeba, aby mu bylo poskytnuto psychosociální poradenství a zdravotně sociální pracovník ho doprovázel už od začátku hospitalizace. Tato role zdravotně sociálního pracovníka je v zahraniční praxi na pracovištích urgentního příjmu již běžná. U chronicky nemocných pacientů role zdravotně sociálního pracovníka spočívá zejména v pomoci jim přijmout a akceptovat změněný zdravotní stav.⁵⁶

Nejčastější cílovou skupinu zdravotně sociálního pracovníka představují zejména senioři se sníženou soběstačností, onkologicky nemocní či umírající (zvláště dětská onkologie), dětské pacienty, lidé těžce nemocní, postižení katastrofou či s trvalými následky po úrazu, klienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik (např. novorozené opuštěné děti, rodiče s postiženým novorozencem, rodičky závislé na návykových látkách atd.), klienti závislí na návykových látkách a lidé bez přístřeší nebo žijící v nejistých či nedostatečných podmínkách.⁵⁷

⁵⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I.; MALÍK HOLASOVÁ, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*, s. 52 a násl.

⁵⁵ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 56 a násl.

⁵⁶ Srov. KUZNÍKOVÁ, I.; MALÍK HOLASOVÁ, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*, s. 53 a násl.

⁵⁷ Srov. Tamtéž, s. 54–56.

3 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Třetí kapitola práce zprvu objasňuje pojmy tým a týmová spolupráce, které přispějí k hlubšímu pochopení tématu spolupráce zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních. Dále je věnována pozornost zvláště interdisciplinární spolupráci, interdisciplinárnímu týmu a předpokladům jeho úspěšného fungování. Zmiňují se pozitivní aspekty interdisciplinární týmové spolupráce, ale i její možné limity. V závěru kapitoly je pojednáno o supervizi týmu.

3.1 Vymezení pojmu tým, týmová spolupráce

Pod pojmem tým se rozumí soubor jednotlivců, kteří sdílejí společné cíle, jsou vzájemně závislí na svých úkolech a vzájemně odpovědní za poskytnutí kvalitní péče o pacienta. Týmy jsou jedním ze způsobů spolupráce jakožto procesu, který vyžaduje vzájemné vztahy a interakce, ke kterým dochází mezi spolupracovníky v daném zdravotnickém zařízení. Je důležité poznamenat, že odborníci mohou spolupracovat s ostatními, aniž by byli zahrnuti v určitém týmu. Zdravotníci odborníci si sami určují podobu týmové spolupráce.⁵⁸

Škrlovi vymezují tým pomocí následující definice: „*Jde o menší počet lidí, kteří se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, zaměřují se na společný cíl, mají společné výkonnostní záměry a společnou odpovědnost.*“⁵⁹ Následně autoři zdůrazňují výkonnost týmu, která by měla být jeho intencí. Tím, že týmová práce existuje, sama o sobě výkonnost negarantuje. Je tedy potřeba, aby byla v týmu zajištěna týmová disciplína. Často se setkáváme, že tým pracuje pod vedením vedoucího, nicméně úspěch týmu je dán vzájemnou odpovědností všech členů za výsledek. Vedle toho autoři také vyzdvihují jasně definované cíle, kreativní řešení problémů a projevování vzájemného respektu a podpory.⁶⁰

Důležité je, aby v týmu byla vnímána a pocíťována profesionální i skupinová identita. Rovněž musí být jasně definované role jednotlivých členů v rámci týmu a v rámci širšího sociálního okolí. Role samotného pacienta/klienta by neměla být opomíjena jako přirozená součást týmu ve zdravotnickém zařízení.⁶¹

⁵⁸ Srov. VIRANI, T. *Interprofessional collaborative teams*, s. 3 a násl. [online].

⁵⁹ ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 358.

⁶⁰ Srov. Tamtéž, s. 358 a násl.

⁶¹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*, s. 16 a násl.

Ve zdravotnictví se můžeme setkat zejména s projektovými týmy (např. týmy pro zlepšování kvality), s řídicími týmy a týmy poskytující péči. Týmy poskytující péči mohou být rozděleny podle populace pacientů (jako jsou geriatrické týmy); typu nemoci nebo podle nastavení poskytování péče (jako např. primární péče, dlouhodobá péče).⁶²

Podle podoby spolupráce pracovníků v pracovním týmu ve zdravotnických zařízeních se vymezují interdisciplinární a multidisciplinární týmy. Interdisciplinární týmy jsou mezioborové týmy, které si stanoví jasné cíle, členové týmu spolu dostatečně kooperují a sdílejí shodu jak v etických rozhodnutích, tak v plánu intervencí zohledňující individuální potřeby klienta.⁶³ Na druhou stranu multidisciplinární tým se skládá ze zástupců více než jedné profese či více než jedné odborné skupiny (specializované pracoviště). Jedná se tedy o víceoborové zastoupení v týmu. Členové tohoto týmu pracují samostatně s malou kooperací a postrádají jednotnou shodu v plánu péče orientovaného na klienta.⁶⁴

3.2 Zdravotně sociální pracovník a interdisciplinární spolupráce ve zdravotnickém zařízení

Beder klade důraz zejména na spolupráci v interdisciplinárním týmu, který definuje jako: „*Komplexní a dynamický proces, při kterém dva a více pracovníků vzájemně spolupracují a poskytují pomoc a služby pacientům či členům rodiny pacienta.*“⁶⁵ Aby byla poskytnuta pacientovi a jeho rodině kvalitní a komplexní pomoc a péče, je zapotřebí zapojit a uplatnit rozmanitých druhů znalostí a dovedností.⁶⁶

Thomas, Pollard a Sellman pojmají interprofesionální spolupráci jako proces, při kterém členové různých profesí navzájem spolupracují a snaží se zajistit integrovanou zdravotní a sociální péči. Do procesu spolupráce řadí i roli pacienta či klienta.⁶⁷ Dále autoři specifikují interprofesionální spolupráci jako spolupráci, která zahrnuje komplex interakcí mezi dvěma a více členy rozdílných profesí.⁶⁸ Tato spolupráce se liší v závislosti na složitosti potřeb zdravotní péče, počtu a druhu zdravotnických pracovníků, kteří pracují na řešení těchto potřeb.⁶⁹

Významným faktorem úzké spolupráce celého týmu je stálá přítomnost zdravotně sociálního pracovníka na oddělení. To mu umožňuje být v blízkosti jak klientům, tak i spolupracovníkům týmu.⁷⁰ Je třeba zmínit, že úroveň spolupráce zdravotně sociálních

⁶² Srov. VIRANI, T. *Interprofessional collaborative teams*, s. 3.

⁶³ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 25.

⁶⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I.; MALÍK HOLASOVÁ, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*, s. 68.

⁶⁵ BEDER, J. *Hospital social work*, s. 5.

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 5.

⁶⁷ Srov. THOMAS, J.; POLLARD, K. C.; SELLMAN, D. *Interprofessional working in health and social care*, s. 13.

⁶⁸ Srov. Tamtéž, s. 22.

⁶⁹ Srov. OANDASAN, I.; BAKER, G. R. et al. *Teamwork in Healthcare*, s. 5 [online].

⁷⁰ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*, s. 16 a násl.

pracovníků s ostatními členy týmu se liší v různých zdravotnických zařízeních v závislosti na systému práce a pracovní náplni daného zařízení. Mezi základní kritéria efektivní pomoci klienta, která je založena na holistickém pojetí, patří bezpodmínečně pravidelné „ranní“ porady členů týmu s účelem řešit situaci klienta, účast zdravotně sociálního pracovníka na vizitách a zahrnutí procesu sociální práce do procesu ošetrovatelského a medicínské léčby.⁷¹

Co se týče složení interdisciplinárního týmu, dle autorky Heidenthal je tento tým zastoupen nejen zdravotníky, ale všemi, kdo se na péči o pacienta podílí.⁷² Součástí interdisciplinárního týmu kromě lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelského personálu, psychologa, zdravotně sociálního pracovníka a jiných nelékařských zdravotnických pracovníků je i duchovní, tzv. nemocniční kaplan.⁷³

Kuzníková představuje zdravotně sociálního pracovníka jako toho, který má nejlépe zmapovanou sociální situaci pacienta, identifikoval jeho potřeby, přání a cíle, kterých chce dosáhnout. Klient není vyloučen z interdisciplinárního týmu, ale může se podílet na rozhodování týmu (pokud klientova situace nevyžaduje akutní léčebnou intervenci). Autorka také dodává, že vzhledem k narůstajícímu počtu klientů by zdravotně sociální pracovníci uvítali, kdyby spolupracovníci v interdisciplinárním týmu akceptovali jejich specifické role. Jedná se zejména o role zdravotně sociálního pracovníka jakožto organizátora, koordinátora činností ostatních odborných pracovníků, obhájce klienta či mediátora, role informátora, který předává informace, ale rovněž role case managera, učitele či výzkumníka. Zdravotně sociální pracovník jakožto organizátor plánuje setkávání týmu, sestavuje program setkání a má na starosti plánování pomoci. Role obhájce klienta či mediátora je zaměřena jednak vůči organizaci, jednak vůči zdravotnickým pracovníkům, ale i vzhledem k sociálnímu prostředí klienta.⁷⁴

Role sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnic je velmi důležitá a její důležitost si uvědomují již v řadě států. Navzdory tomu však stále není postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci spolupráce s ostatními odborníky v těchto zařízeních zřejmé. Z tohoto důvodu může docházet zejména k problémům ve vzájemné komunikaci, při vytyčení kompetencí a pracovních náplní.⁷⁵

3.3 Limity interdisciplinární týmové spolupráce

Interdisciplinární spolupráci lze vnímat jako prostor, kde se koncentrují nápady, členové diskutují odborné myšlenky a vybírají vhodná řešení pro jednotlivé pacienty/klienty. Tento prostor se zároveň může stát také místem, kde vznikají omezení, dochází ke zneužívání moci nebo zde chybí některé důležité prvky spolupráce (např. nedostatečný čas, prostor, neochota společného hledání konsensu, kompromisu atd.).

⁷¹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 24 a násl.

⁷² Srov. HEIDENTHAL, P. K. *Nursing leadership and management*, s. 214.

⁷³ Srov. URBAN, D. *Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu*, s. 125.

⁷⁴ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*, s. 17.

⁷⁵ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 23.

Jedním z rizik interdisciplinární spolupráce je fakt, že tato spolupráce může vést ke ztrátě důvěry a otevřenosti. V tomto smyslu se jedná o neochotu některého člena podělit se o zkušenosti či myšlenky, poněvadž se bojí mluvit otevřeně a důvěřovat ostatním členům týmu. Často se v souvislosti s interdisciplinární spoluprací hovoří o zneužití moci nebo postavení. Profesionálové mohou ať už vědomě nebo nevědomě zneužívat moci na popud touhy pomáhat a prosadit to, co je podle jejich přesvědčení pro klienta nejlepší. Příkladem vědomého zneužívání moci mohou být tlaky na členy ze strany vedení, spolupracovníků atd., přičemž příčinou tohoto zneužívání mohou být etické problémy či etická dilemata (pomoc vs. kontrola). Nedostatek vlastní sebeúcty a potřeba si ji kompenzovat uznáním od ostatních může vést k nevědomému zneužívání moci. Syndrom vyhoření je významným rizikem interdisciplinární spolupráce. Pokud však přihlídneme na pozitiva této spolupráce, naopak slouží jako prevence syndromu vyhoření. Mezi další rizika interdisciplinární spolupráce se řadí absence koordinátora týmu, který má rozhodovací pravomoc a v daných zařízeních se nachází ve vedoucích pozicích. V neposlední řadě neochota členů týmu spolupracovat a rovněž neochota spolupráce klienta nebo rodiny jsou další bariéry interdisciplinární spolupráce.⁷⁶

Každý člen interdisciplinárního týmu je specializovaný ve svém oboru a na poskytování péče se dívá odlišným způsobem (jiný pohled mají např. zdravotní sestry, lékaři, zdravotně sociální pracovníci, nutriční terapeuti apod.). Různorodost pohledů a názorů může někdy zkomplikovat týmovou spolupráci.⁷⁷

3.4 Pozitivní aspekty a předpoklady úspěšné interdisciplinární týmové spolupráce

Prvním předpokladem úspěšné týmové spolupráce je jasně stanovený účel týmu. Interdisciplinární tým by si měl klást následující otázky: Jaké jsou cíle týmu? Čeho chce tým dosáhnout?⁷⁸ Obecným záměrem je přistupovat k pacientovi holisticky, což představuje jedno z hlavních pozitivních aspektů interdisciplinární týmové spolupráce.⁷⁹

Další podmínkou úspěšné spolupráce je hodnocení složení týmu. Tým by se měl zamyslet nad silnými i stinnými stránkami svých členů; posoudit, zda je tým kohesivní; jasně definovat role každého člena týmu a také oceňovat příspěvky všech členů a respektovat každý názor.⁸⁰ Také Kuzníková poznamenává, že: „*Primárním východiskem při týmové spolupráci zaměřené na řešení situace klienta je povědomí členů interdisci-*

⁷⁶ Srov. TOKOVSKÁ, M, ODLEROVÁ, A. *Riziká interdisciplinární kooperácie v sociálnej starostlivosti o klienta*, s. 182–184.

⁷⁷ Srov. KELLY, P. *Essentials of nursing leadership and management*, s. 124.

⁷⁸ Srov. Tamtéž, s. 124.

⁷⁹ Srov. TOKOVSKÁ, M, ODLEROVÁ, A. *Riziká interdisciplinární kooperácie v sociálnej starostlivosti o klienta*, s. 184.

⁸⁰ Srov. Tamtéž, s. 133.

plinárního týmu o struktuře týmu, kompetencích členů týmu a volbě vedoucího pracovníka týmu.“⁸¹

Třetím požadavkem efektivní spolupráce je otevřená komunikace, která závisí na řadě faktorů, a to očním kontaktu, důvěře, úctě, ochotě, vyhýbání se předsudkům a stereotypům atd. Parafrázování a sumarizování může být použito k prokázání porozumění a otevřené otázky mohou vyjádřit zájem a povzbuzení k dalšímu zkoumání příslušných otázek.⁸² Vzájemné předávání informací mezi členy, při kterém se klade důraz na sociální fungování klienta, schopnost naslouchat, radit se a hledat komplexní řešení patří mezi významná pozitiva interdisciplinární týmové spolupráce.⁸³

Aktivní účast a ochota členů týmu zapojit se do dění týmu je velmi důležitým krokem ve vývoji interdisciplinární spolupráce. S tím souvisí i důvěra, která se buduje za podmínky, když se každý člen týmu cítí ceněný a vztahy v týmu jsou založeny na vzájemném respektu. Důležitá je také i důvěra osobní a profesní. Ti, kteří mají důvěru ve své roli, jsou schopni pracovat flexibilně bez pocitu žárlivosti nebo ohrožení. Na druhou stranu u těch, kteří mají osobní identitu negativní nebo slabou, může být důvěra a asertivita nepříznivě ovlivněna a způsobit ztrátu důvěry v profesní identitě.⁸⁴ Hayes ve své publikaci zmiňuje, že pro některé: „představuje myšlenka týmové práce ohrožení jejich vlastní pozice, ve skutečnosti je výsledkem týmové práce pravý opak.“⁸⁵ Pokud jsou výše uvedené předpoklady úspěšné týmové spolupráce naplněny, pozitivními aspekty této spolupráce může být i vzájemná podpora, pocit bezpečí, otevřenosti a motivace členů k práci.⁸⁶

V týmu by měla existovat podpora tvořivosti a otevřenost k novým podnětům a novým nápadům, které zatím dosud nebyly vyzkoušeny. V podporovaném prostředí mohou být tyto podněty diskutovány z hlediska jejich výhod a nevýhod. V tomto pojetí by se tým měl zaměřit na otázky: Jsou všichni členové týmu zapojeni do formování plánů a rozhodnutí? Jaké jsou vztahy mezi členy týmu? Existuje v týmu vzájemná důvěra a respekt k členům a jejich rozhodnutí? Plní všichni členové svou roli v týmu?

Zpětná vazba členů týmu a dalších osob, kterých se rozhodnutí týmu týká, je dalším důležitým předpokladem efektivní interdisciplinární spolupráce. Způsob, jak oceňovat úspěchy, pozitivní změny a pravidelné vyhodnocování pokroku týmu jsou rovněž nezbytně nutnými požadavky.⁸⁷

⁸¹ KUZNÍKOVÁ, I. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*, s. 16.

⁸² Srov. THOMAS, J.; POLLARD, K. C.; SELLMAN, D. *Interprofessional working in health and social care*, s. 27.

⁸³ Srov. TOKOVSKÁ, M, ODLEROVÁ, A. *Riziká interdisciplinárnej kooperácie v sociálnej starostlivosti o klienta*, s. 183.

⁸⁴ Srov. THOMAS, J.; POLLARD, K. C.; SELLMAN, D. *Interprofessional working in health and social care*, s. 25 a násl.

⁸⁵ HAYES, N. *Psychologie týmové práce*, s. 20.

⁸⁶ Srov. TOKOVSKÁ, M, ODLEROVÁ, A. *Riziká interdisciplinárnej kooperácie v sociálnej starostlivosti o klienta*, s. 183.

⁸⁷ Srov. KELLY, P. *Essentials of nursing leadership and management*, s. 133.

3.5 Supervize týmu

Pojem supervize vychází z původního latinského slova „supervisus“, což znamená „nadhled“ či různé podoby „vidění shora“.⁸⁸ Jedná se o nezbytnou součást profesního růstu využívanou nejen v oblasti poradenství, psychoterapie a sociální práce, ale v poslední době je více žádaná i v dalších oblastech práce s lidmi, zejména v medicíně, školství, výchově, managementu atd.⁸⁹ Supervize představuje proces orientovaný jak na jednotlivce, tak na skupiny pracovníků i celé týmy. Podstata supervize spočívá v zaměření na reflexi profesní role, činností a aktivit souvisejících s pracovní pozicí.

Důležitým poznatkem je fakt, že pokud se nejedná o supervizi manažerskou, kterou provádí nadřízený, supervize nespočívá v kontrole či dohledu nad kvalitou vykonávané práce. Supervize tkví obzvláště v podpoře supervidovaného, posílení jeho pracovních kompetencí a může ho inspirovat v nových postupech. Supervize navíc přináší pohled zvnějšku.⁹⁰

Venglářová ve své publikaci uvádí, že stále více se na supervizích zdravotnických týmů odkrývají problémy ve vedení týmů, úskalí spolupráce s kolegy apod.⁹¹ Autorka dále pokračuje v myšlence, že: „*Nejde jen o zvolení optimálního postupu péče, ale především o zvědomění pocitů a obav, o reflexi vlastního chování a přístupu k nemocným.*“⁹²

Týmová supervize se doporučuje až ve chvíli, kdy tým dostatečně spolupracuje, členové otevřeně komunikují, spatřují užitečnost supervize a souhlasí s účastí na ní. Pro zachování dostatečného prostoru pro její členy by počet přítomných neměl převyšovat 12–15 členů. Složení týmu na supervizích by mělo být předem domluveno a účast vedoucího či nadřízeného zvažena.

Autoři Baštecká, Čermáková a Kinkor rozlišují následující tři druhy týmové supervize. Týmová případová supervize reflektuje např. společnou práci členů týmu v práci s konkrétním klientem, problémy v práci s klientem atd. Týmová vztahově komunikační supervize se zabývá vztahy a komunikací, rolí členů v týmu, spoluprací a podporou soudržnosti týmu. Týmová supervize řízení je orientovaná na tým pracujícím ve vedení organizace.⁹³

⁸⁸ Srov. BAŠTECKÁ, B; ČERMÁKOVÁ, V.; KINKOR, M. *Týmová supervize*, s. 99.

⁸⁹ Srov. ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Co je supervize* [on-line].

⁹⁰ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetrovatelské praxi*, s. 17.

⁹¹ Srov. Tamtéž, s. 14.

⁹² Tamtéž, s. 14.

⁹³ Srov. BAŠTECKÁ, B; ČERMÁKOVÁ, V.; KINKOR, M. *Týmová supervize*, s. 106–110.

4 CÍL VÝZKUMU

Cílem tohoto výzkumu je zjistit náplň činností zdravotně sociálního pracovníka a jak probíhá jeho spolupráce v interdisciplinárním týmu ve zdravotnickém zařízení Nemocnice České Budějovice, a.s. Pro účely výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky, pomocí kterých budou porovnávány získané odpovědi s teoretickými poznatky autorů prezentované v předchozích kapitolách. Cíle bude dosaženo zodpovězením výzkumných otázek.

4.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká je náplň činností zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení?

Tato otázka pomůže osvětlit činnosti zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení. Konkrétními otázkami budu také zjišťovat, zda zdravotně sociální pracovníci vykonávají činnosti, které by neměly spadat do jejich kompetence, jestli dle jejich názoru mají s ostatními pracovníky týmu vzájemný přehled o činnostech a kompetencích a v jakých případech se na sebe pracovníci navzájem obracejí. Zajímat mě bude i názor zdravotně sociálních pracovníků na jejich celkový počet ve zdravotnickém zařízení. Otázky vztahující se k činnostem a kompetencím povedou k druhé výzkumné otázce.

Výzkumná otázka 2: Jak probíhá spolupráce zdravotně sociálních pracovníků v interdisciplinárním týmu v daném zdravotnickém zařízení?

Po zjištění činností a povědomí o kompetencích, které jsou klíčové pro správné fungování spolupráce v interdisciplinárním týmu, se v rámci této výzkumné otázky budu zabývat, kdo tvoří interdisciplinární tým, jaké je jeho fungování, dále vzájemnou komunikací pracovníků v týmu, jaká jsou dle zdravotně sociálních pracovníků pozitiva a negativa interdisciplinárního týmu a jak vnímají své postavení a roli v tomto týmu.

K vyhodnocení a zodpovězení této výzkumné otázky bylo stanoveno sedm kritérií vycházející z poznatků odborné literatury (viz kapitola 3.4). Jedná se o následující kritéria:

- 1) zahrnutí zdravotně sociálního pracovníka do interdisciplinárního týmu
- 2) respektování a oceňování příspěvků či názorů člena týmu
- 3) povědomí o struktuře týmu
- 4) povědomí o kompetencích a rolích členů týmu
- 5) snaha týmu hledat komplexní řešení

- 6) předávání informací mezi členy týmu
- 7) pravidelná setkání týmu
- 8) supervize týmu

4.2 Lokalizace výzkumu

Nemocnice České Budějovice, a.s. je krajské zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je Jihočeský kraj, který je zároveň jediným vlastníkem této akciové společnosti. Představuje jedno z největších zaměstnavatelů v Jihočeském kraji. V nemocnici se nachází celkem 1447 lůžek, čímž se řadí mezi největší zdravotnická zařízení v České republice.⁹⁴ Nemocnice se skládá ze dvou areálů v ulici Boženy Němcové, tzv. horního, kde sídlí akciová společnost, a dolního vzdáleného několik stovek metrů, který vznikl z původní Vojenské nemocnice.⁹⁵

Nemocnice poskytuje na čtyřiceti třech odděleních služby v oborech základní, specializované i vysoce specializované zdravotní péče prakticky ve všech lékařských oborech a v roce 2016 se zapojila do Mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví, čímž přijala dlouhodobý program zabývající se podporou prevence, diagnostikou a léčbou různých onemocnění.

Zdravotně sociální péče, jak je uvedeno na webových stránkách nemocnice, představuje nedílnou součást léčebného procesu a její služby poskytuje pět registrovaných zdravotně sociálních pracovníků hospitalizovaným i ambulantním pacientům a jejich rodinám.

⁹⁴ Nemocnice České Budějovice, a.s. *Praktické informace* [online].

⁹⁵ Srov. *Nemocnice České Budějovice, a.s. v roce 100. výročí* [online].

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Strategie výzkumu, výzkumný přístup a metoda sběru dat

Výzkum je koncipovaný jako případová studie. Smysl této výzkumné strategie tkví v celistvém porozumění případu v jeho přirozeném prostředí, přičemž se může jednat o osobu, skupiny osob, procesy, instituce aj., dále ve využití více informačních zdrojů a kombinaci rozmanitých metod sběru dat. Tyto případy je třeba chápat jako integrovaný systém, popis vztahů v celistvosti, tudíž výsledky ze všech použitých metod se interpretují dohromady. Design případové studie se využívá ve výzkumech, kdy badatel zkoumá jak a nebo proč se dějí určité současné jevy, které ovlivňuje minimálně či vůbec.⁹⁶ Vzhledem k tomu, že výzkum byl zaměřen na pět účastníků (případů), jedná se o mnohonásobný typ případové studie, jehož výhodou je, že bývá pokládán za více průkazný a jeho závěry přesvědčivější.⁹⁷

Ke zjištění potřebných informací byl použit kvalitativní přístup provedený metodou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“*⁹⁸ Přes existující slabé stránky kvalitativního výzkumu, jako jsou např. obtíže se zobecnováním výsledků, časová náročnost analýzy dat a jejich sběr aj., byl tento výzkumný přístup zvolen zejména z důvodu lepšího, detailnějšího popisu a porozumění případů v přirozeném prostředí.⁹⁹

Podstatou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru jsou předem připravená témata a otázky, které tazatel nemusí dodržovat v přesném pořadí.¹⁰⁰ Výhoda tohoto rozhovoru spočívá v možnosti tazatele odchýlit se od připraveného pořadí otázek a reagovat na získané informace, které v dané chvíli považuje za důležité.¹⁰¹ Často byla potřeba nechat si vysvětlit, jak danou věc konverzační partner myslí či klást doplňující otázky k lepšímu pochopení určitého problému. Pro rozhovor bylo připraveno třicet převážně otevřených otázek (viz Příloha I.). Úvodní čtyři otázky se týkají vzdělání a praxe konverzačních partnerů v daném oboru. Následují hlavní otázky vycházející z

⁹⁶ Srov. ŠVARÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, s. 98–101.

⁹⁷ Srov. Tamtéž, s. 106.

⁹⁸ Tamtéž, s. 17.

⁹⁹ Srov. HENDL J. *Kvalitativní výzkum*, s. 48 a násl.

¹⁰⁰ Tamtéž, s. 178.

¹⁰¹ COHEN, D.; CRABTREE, B. *Semi-structured Interviews* [online].

výše uvedených výzkumných otázek. V závěru rozhovoru byl vytvořen prostor k vyjádření či dodání informací, které ještě konverzační partneri chtěli dodat.

Doplňkově k hloubkovým rozhovorům byla využita i metoda analýzy vnitřních dokumentů, především Standard ošetrovatelské péče č. 80 (sociální služba v nemocnici). „*Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum.*“¹⁰² Výhodou této metody je fakt, že získaná data nepodléhají zkreslení, které může vzniknout při uskutečňování rozhovorů a představuje vhodné doplnění, případně ověření poznatků získané jinou cestou.¹⁰³

5.2 Výzkumný vzorek

Vzhledem k tématu jsem zvolila metodu záměrného výběru, který podléhal také kritériu dostupnosti. „*Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.*“¹⁰⁴

V případě tohoto výzkumu kritériem výběru byli zdravotně sociální pracovníci, kteří splňují kvalifikační požadavky a odbornou způsobilost k výkonu sociální práce podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a jsou součástí existující interdisciplinární spolupráce v daném zařízení.

Po schválení výzkumu náměstkyní pro ošetrovatelskou péči jsem pro tento výzkum oslovila pět zdravotně sociálních pracovníků zaměstnaných ve zdravotnickém zařízení Nemocnice České Budějovice a.s. Jelikož všichni oslovení s uskutečněním rozhovoru souhlasili, rozhodla jsem se zaměřit výzkum pouze na toto zdravotnické zařízení. V rámci zachování anonymity a ochrany účastníků výzkumu, nebudou uváděny jména ani další osobní informace. Pro interpretaci bude použité označení konverzačních partnerů ZSP1–ZSP5.

5.3 Proces sběru dat

Nejprve jsem konverzační partnery oslovila e-mailem a případně po telefonické domluvě jsem si s každým pracovníkem zvlášť sjednala individuální schůzku. V e-mailu jsem se představila, uvedla téma své práce a poslala i otázky rozhovoru, kdyby se pracovníci chtěli na rozhovor připravit. Rozhodnutí, kde se rozhovor uskuteční, jsem nechala na konverzačních partnerech, aby se cítili v bezpečí a příjemně.

¹⁰² HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, s. 208.

¹⁰³ Srov. Tamtéž, s. 134 a násl.

¹⁰⁴ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 135.

Všechny rozhovory probíhaly v kancelářích jednotlivých konverzačních partnerů. Rozhovorů jsem se účastnila pouze já v roli tazatele a dotazovaný konverzační partner. Na počátku rozhovoru jsem se znovu představila a každého konverzačního partnera ujistila, že jeho odpovědi zůstanou anonymní. Po následném souhlasu konverzačních partnerů se zaznamenáváním jejich výpovědí byla všechna získaná data z rozhovorů nahrávána na přenosný diktafon. Rozhovory trvaly v rozmezí padesáti minut až hodiny a půl. Všichni odpovídali na otázky velmi otevřeně a nesnažili se odpovědím vyhýbat. Naopak všichni mě upozorňovali na různé problémy, které je při jejich práci limitují. Každý konverzační partner měl dokonce i vytištěné otázky, které jsem jim předem poslala e-mailem, doplněné o vlastní poznámky. Na závěr jsem každému konverzačnímu partnerovi poděkovala za vstřícnost a ochotu účastnit se výzkumu a věnovaný čas, navzdory jejich pracovnímu vytížení.

5.3.1 Způsob zpracování dat

Nahrané rozhovory byly následně pečlivě přepsány v plném znění do digitální podoby. Přesný přepis nahrávek rozhovorů je prostředkem pro splnění spolehlivosti výzkumu. Pomocí této techniky výzkumník používá pro následnou analýzu dat pouze původní data a tímto se zamezuje generalizaci dat nebo také jejich doplňování, které v rozhovoru nezazněly.¹⁰⁵

Ke zpracování získaných dat byl využit způsob otevřeného kódování bez pomoci softwaru pro analýzu kvalitativních dat. Po důkladném přepisu nahrávek byly vytvořeny tabulky s přepsanými rozhovory pro otevřené kódování, které odhaluje určitá témata či nově vzniklé myšlenky a pomáhá nahlížet na témata v celistvosti a podněcuje k hledání dalších témat.¹⁰⁶ (viz Příloha II.). Tyto tabulky se skládají ze dvou sloupců, v pravém sloupci nalezneme přepsaný text a levý sloupec slouží pro potřebu kódování textu. Takto přepsané rozhovory se rozdělí na tzv. jednotky (slovo, věta, odstavec) dle významového celku a každé jednotce se přidělí nějaký kód nebo více kódů (označení, krátká fráze), které tuto jednotku vystihuje a odlišuje ji od ostatních.¹⁰⁷ Pojmenování těchto kódů je pro všechny rozhovory shodné natolik, aby kódování bylo přehledné a umožnilo snadnější zpětné dohledání. Takto kódované texty slouží k sestavení výsledné výzkumné zprávy. V průběhu kódování bylo zároveň vytvořeno schéma použitých kódů zařazených do subkategorií, které byly seskupeny do kategorií na základě jejich podobnosti a vztahovosti¹⁰⁸ (viz Příloha III.).

K provedení analýzy kvalitativních dat byla vybrána analytická strategie konstantní komparace, poněvadž se hledaly podobnosti či rozdíly a případy poté byly následně

¹⁰⁵ Srov. ŠVAŘÍČEK, R; ŠEDOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, s. 40 a násl.

¹⁰⁶ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, s. 251.

¹⁰⁷ Srov. ŠVAŘÍČEK, R; ŠEDOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, s. 211 a násl.

¹⁰⁸ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, s. 252.

porovnávány mezi sebou. Použita byla také technika „vyložení karet“, jejíž podstatou je převyprávění a popis obsahu, co jednotlivé kategorie kódů zachycují.¹⁰⁹

Při analýze dokumentu se postupovalo obdobně jako při zpracování dat z rozhovorů.

5.4 Harmonogram výzkumu

Od května do listopadu 2017 proběhla fáze přípravy výzkumu, která se skládala ze shromažďování primární a sekundární literatury a zdrojů, operacionalizace pojmů, které slouží k orientaci v dané problematice, sestavení metodiky výzkumu, přípravy struktury rozhovorů a formulace jeho jednotlivých otázek, které byly schváleny náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v červnu 2017.

Během listopadového měsíce jsem po e-mailu či telefonické domluvě navštívila jednotlivé zdravotně sociální pracovníky a uskutečnila s nimi rozhovor. Vyhodnocování výsledků probíhalo od ledna do března 2018.

¹⁰⁹ Srov. ŠVARŤÍČEK, R; ŠEDOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, s. 222–226.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující text je systematicky rozdělen na několik podkapitol, ve kterých je věnována pozornost podrobnému popisu kódů spadajících do kategorií a subkategorií.

6.1 Profese zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici (požadavky, náplň činností, klientela)

Jedny z prvních otázek směřovaly k požadavkům na vzdělání a profesního růstu zdravotně sociálních pracovníků v Nemocnici České Budějovice, a.s. Všichni dotazovaní konstatují, že splňují požadavky na vzdělání dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a co se týče soustavného prohlubování znalostí a dovedností, účastní se odborných kurzů a seminářů pořádaných nemocnicí či dalšími subjekty. Samozřejmostí je i sebevzdělávání (průběžné sledování novelizací zákonů a vyhlášek, studium odborné literatury, odběr tisku Práce a sociální politika).

Pracovní náplň, kterou konverzační partneři uvádí, zahrnuje následující činnosti: depistáž, zajištění následné péče, zprostředkování sociálních služeb, navázání kontaktu s rodinou či blízkou osobou pacienta, základní sociální poradenství (informovat o nárocích na sociální dávky, příspěvky na péči, bezmocnost a v dalších oblastech), získávání informací od pacienta a jeho rodiny, které se zapisují do sociální karty pacienta, předávání informací ostatním členům interdisciplinárního týmu a sepisování žádostí. Výjimku netvoří ani doprovázení pacienta dle časových možností, jak říká ZSP4: *„Někdy klienta někam doprovázím na úřad práce, k vyřízení nějakých dávek nebo kamkoliv jinam. V současné době je ale hodně té práce, stoupá administrativa a když do toho vstoupí dovolená, není to možné. Takže využíváme různé organizace, které jsou schopny toho klienta doprovodit a to je dobré potom při propuštění, protože je už na nějakou službu navázán.“* Do náplně činností spadá i prevence, jak objasňuje ZSP5: *„Prevence co se týče nahlašování OSPODu u nezletilých matek, matek drogově závislých nebo bez domova a v případě, když chce matka svěřit dítě do náhradní rodinné péče.“* Jeden z konverzačních partnerů je zároveň i metodickým pracovníkem zdravotně sociálních pracovníků. Ten sepisuje a aktualizuje Standard ošetrovatelské péče č. 80, účastní se vnitřních auditů a organizuje jednou až dvakrát za měsíc společné setkání zdravotně sociálních pracovníků s nějakou organizací, která chce představit novou službu či program. ZSP3 a ZSP4 také zmiňují, že jsou někdy i v roli přednášejících, kdy uspořádají seminář pro personál nebo pro studenty vysoké školy. V ošetrovatelském standardu č. 80 nacházíme i další činnosti: aktivizace nemocného; stanovení plánu sociální terapie po konzultaci s ošetřujícím lékařem, pacientem a jeho rodinou; průběžné doplňování sociální karty pacienta v průběhu hospitalizace; zprostředkování neodkladných úředních

jednání, kterých se měl pacient zúčastnit (soudy, policie, matrika); na pokyn lékaře zprostředkování překladů pacientů do léčeben dlouhodobě nemocných, psychiatrických léčeben, rehabilitačních ústavů, hospiců aj. Široký záběr spolupráce s dalšími institucemi a organizacemi mimo nemocnici je evidentní. Uvedené činnosti vykonává jeden zdravotně sociální pracovník na pěti až šesti spravovaných odděleních včetně jednoho kmenového oddělení. Největší využitelnost zdravotně sociální práce, jak se shodují všichni dotazovaní, je na odděleních následné péče, psychiatrickém oddělení, plicní léčebně, neurologickém, onkologickém, neonatologickém, dětském, interním a rehabilitačním oddělení.

Nikdo z konverzačních partnerů nevedl, že by vykonával činnosti, které by nespadaly do jeho kompetencí. Co se týče povědomí pracovníků v týmu o kompetencích a náplně práce zdravotně sociálního pracovníka, dotazovaní uvádí, že toto povědomí v interdisciplinárním týmu je, obzvláště na kmenovém oddělení zdravotně sociálního pracovníka. ZSP1 a ZSP4 však dodávají, že v ambulantní péči toto povědomí chybí. *„Může se stát, že někteří lékaři na těch okrajových odděleních a nebo z ambulantní složky to úplně neví. Ale řekla bych, že to není úplně naše vina, protože jaksi tady máme ten standard číslo osmdesát, kde je to jasně řečeno, že tady prostě jsme a co je náplní naší práce a zaměstnanci jsou povinni se s ním seznámit. Je to i o tom, jak často se tam vyskytujeme.“* Sami zdravotně sociální pracovníci mají přehled o kompetencích a náplních práce ostatních členů týmu.

Zdravotně sociální pracovníci uvádí, že se ve většině případů dozví o pacientovi, který potřebuje sociální pomoc tím, že je telefonicky kontaktován ošetřujícím lékařem nebo staničními či ostatními sestrami, protože je to indikace z vizity. Často také lékař předá rodině pacienta kontakt na zdravotně sociálního pracovníka. Pokud jde o depistáž, vyhledávání pacientů na kmenových odděleních, probíhá spíše při primářských vizitách, jak popisuje ZSP4: *„Snažím se sama vyhledávat v rámci možností. Na to jsou dobré potom ty velké vizity, kde si tam vytipujeme toho člověka, prokonzultuju s lékařem, jestli to mám řešit, protože nemám úplně všechny informace...“* Vzhledem k různému rozmístění spravovaných oddělení do více budov, mají zdravotně sociální pracovníci kancelář na svém kmenovém oddělení a na ostatní oddělení musí docházet do jiných budov, popřípadě i do jiného areálu. Tato situace se již řeší a do budoucna by všechna oddělení měla být na jednom území v horním areálu, jak dále rozvádí ZSP2: *„Dokonce tam má být ta nemocnice průchozí, jak se říká, suchou nohou v budoucnu. Rozhodně je to velká výhoda, že budu mít ta spravovaná oddělení blíž u sebe, protože když potom musíme běžet nahoru, pak třeba potřebujeme něco v kanceláři, tak zase dolů.“*

Na otázku, zda se setkávají konverzační partneři s nějakými aktuálními problémy při výkonu své práce v nemocnici, zaznívala nejčastěji odpověď, že počet zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici je nedostačující s ohledem na administrativu a počet klientů. *„Některý oddělení volaj, že by chtěli svojí aspoň na půl úvazku. Třeba neurologie by měla mít určitě svojí, ty mají k tomu i jednotku. Ta psychiatrie se taky pořád rozrůstá. Tady by určitě taky mohly být dvě. I čtrnáctidenní dovolená je velkej problém. Je nás pět, ale kdyby někdo onemocněl, tak je to katastrofa. Těch pacientů přibývá, všech. Přibývá nemohoucích seniorů, je nedostatek domovů pro seniory, přibývá bezdomovců, ale přibývá i na té neonatologii x dětí narozených u drogově závislých matek a adopce,*

pěstounský péče,“ říká ZSP3. ZSP2 dále poukazuje na to, že by bylo dobré přijmout víc zdravotně sociálních pracovníků, aby péče byla kvalitnější. „Myslím si, že by nebylo od věci ještě přijmout. Ta práce s klientem by mohla být víc do hloubky. Každá máme tak kolem 200 pacientů, který samozřejmě neobhospodařujeme nebo neopečovááme každý den, ale těžko můžeme všechno o tom člověku vědět.“ ZSP4 podotýká, že: „To souvisí i s nějakým ježděním na nějaké školení třeba na dva dny a my se musíme zastoupit a té administrativy máme moc.“ Další překážku při výkonu své práce shledávají ZSP3, ZSP4 a ZSP5 v tom, že nejsou vybaveni mobilními telefony. Často se tedy stává, že se jim nemůže někdo dovolat, protože dochází i na ostatní svá spravovaná oddělení. Jistá bezmoc je spatřována v tom, že zajištění následné péče se odvíjí od dostupnosti a kvality poskytovaných služeb v regionu, kde pacient žije a také, zda je pacient schopen a ochoten platit tyto služby. „No setkáváme se s lidma, kteří jsou společensky nepřizpůsobiví, nemají příjmy. Domovy pro seniory je prostě nechtějí, nejsou vlastně jejich cílová skupina. Nebo hlavně jsou to třeba mladý lidi po nějakým úrazu, bouračce, který nemají žádné zázemí nebo jsou drogově závislí a nejsou cílová skupina pro žádný zařízení, nemůžou dostat žádné byty. Obec by se měla víc snažit, aby pro toho svého člověka něco víc udělala, protože nám tady pak leží a pojišťovny nám ho nechtějí proplácet a řeknou, že je to sociální hospitalizace. Nemáme moc možnost na ně víc zatlačit, mi přijde, my jim tam můžeme napsat dopis nebo urgenci a tak. Ale řekla bych, že se ta spolupráce zlepšila,“ říká ZSP1. ZSP2 také zdůrazňuje, že: „Pro zdravotně postižené tady u nás v jihočeském kraji není moc zařízení. Nebo pro bezdomovce, s tím také máme problémy. Azylový dům není bezbariérový, takže vlastně přijímají klienty pouze ty, kteří jsou schopni se samy tam dostat. U nás málokterý pacient – bezdomovec, který odsud odchází, je tak fit, že by mohl vyjít ty schody. Potom nemáme toho člověka, kam umístit.“ Z tohoto důvodu se konverzační partneři shodují na tom, že by bylo dobré, kdyby se zřídila sociální lůžka, kterými českobudějovická nemocnice v současné době nedisponuje. „Většina nemocnic ty sociální lůžka má, kromě Budějovic. Ty oddělení následné péče jsou hodně vytížený, tam ten obrat pacientů určitě je a neříkám, že by se ty lůžka tady neuplatnily, naopak. Ty sociální lůžka jsou určeny pro klienty, které nelze propustit do domácího prostředí, ale nevyžadují léčebnou péči. My by jsme byli pro, protože některé případy nejdou vyřešit hned,“ říká ZSP4.

6.2 Složení interdisciplinárního týmu

Konverzační partneři uvádí, že vedoucím pracovníkem interdisciplinárního týmu je primář a vrchní sestra. Ke složení interdisciplinárního týmu se vyjadřují jednotně. Interdisciplinární tým je tvořen kromě primáře a vrchní sestry dalšími členy, jako jsou: lékaři, staniční sestry a ostatní sestry, zdravotně sociální pracovník, psychologové, další specialisti (např. rehabilitační pracovníci, laktační pracovníci aj.) a uprostřed stojí pacient a případně jeho rodina. ZSP1, ZSP2 a ZSP3 vyzdvihují důležitost i pomocného zdravotnického personálu. „Všichni mi k tomu musí něco říct. Protože já když mluvím

s klientem, tak ten často nadhodnocuje svoje schopnosti a řekne mi, proč by nemohl jít domů, když tady taky chodí a dělá všechno. Pak mi ale řekne paní sanitárka, že si paní pomalu ani neseďne. Pro mě jsou od těch nejnižších, kdo tu pracují a pečují o ně, ty informace občas nejdůležitější. Protože paní doktorka má ty svoje věci, sestřička má svoje věci, ale i ta paní sanitárka mi řekne to hodně důležité,“ objasňuje ZSP3.

Na otázku, zda konverzační partneři znají spolupracovníky na svých spravovaných odděleních, zaznívala pozitivní odpověď v tom smyslu, že na svém kmenovém oddělení mají přehled o celém týmu spolupracovníků. Na ostatních spravovaných odděleních nejsou seznámeni s celým interdisciplinárním týmem, znají alespoň vrchní sestru či některé lékaře. ZSP1 a ZSP3 dále upozorňují, že v případě posílení týmu nejsou představeni novému pracovníkovi. *„Když přijde nějaký pracovník, tak by se nám měl představit. Přijde nový doktor a my pak na sebe koukáme, kdo je tohle, jestli je to kolečkař, kterej tu bude tři měsíce, anebo jestli je to stálej lékař.“* říká ZSP1. Ostatním konverzačním partnerům na kmenovém oddělení nový člen týmu je obvykle představen.

6.3 Fungování interdisciplinárního týmu

Komunikace v týmu na kmenových odděleních konverzačních partnerů je považována za bezproblémovou. Na komunikaci a předávání informací je kladen velký důraz. ZSP3 říká, že: *„Všichni spolupracujeme se všema, protože ty informace si musíme předávat. Bez toho by to tady nefungovalo. Každou tu situaci, kdy ti pacienti tady nemůžou čekat na to umístění, tak společně řešíme. Řekneme si, kdo mluvil s rodinou, každému také řekne rodina něco jiného, co si přeje a co je vůbec z toho možný.“* Z této výpovědi je zřejmá i snaha týmu hledat komplexní řešení, ochota členů spolupracovat a holistický přístup k pacientovi, což je přítomné i na ostatních kmenových odděleních konverzačních partnerů.

Předávání informací mezi členy týmu probíhá bez obtíží, nicméně existuje způsob, jak předávání informací zlepšit. Konverzační partneři uvádí, že nemají umožněn přístup do NISu. *„Nemáme přístup do informačního systému a to je problém, i časově. Přepisovat si všechno na papír, pak to opisovat do počítače. Člověk neví, jaký změny se udály u pacienta. Papíry si můžu přečíst, ale takle je to rychlejší, že vím, za kým jdu a co přesně potřebuje. Já ten přístup do papírů mám, ale do systému ne, to je právě ten paradox. Je pak zdržující, shánět někde lékaře, který není k zastížení apod.,“* upozorňuje ZSP5. ZSP3 na toto reaguje: *„No úplně ideální by bylo, kdybychom měli přístup do NIS a každý lékař by si napsal nákej požadavek aspoň s nějakou informací o tom pacientovi. Když jsou to ty oddělení, na který docházím, tak mi zavolá nějaká staniční sestra po vizitě, že lékař řekne, že je potřeba sociální šetření, takže mi řekne jméno pacienta a kde leží. Potřebovala bych ale vědět, co tomu pacientovi je, jakou má třeba adresu, protože i to bydliště pro mě hraje velkou roli. Ne každý domov přijímá s tím bydlištěm. Takže si s sebou nesu deset papírů a třeba zjistím, že ten jeden nemám, takže to je takový horší.“*

Konverzační partneři vnímají své postavení v interdisciplinárním týmu jako důležité, potřebné a cítí se jako jeho plnohodnotný člen. ZSP1 konstatuje, že: „*My jsme takový ten článek mezi pacientem v nemocnici a mezi těmi dalšími službami tam venku.*“ Na jejich názory či příspěvky je nahlíženo, jak popisuje ZSP2. „*Samozřejmě poslední slovo má lékař a pan primář. Pokud ale zjistím nějaké informace, že to prostě doma nejde, tak se samozřejmě domlouváme. Snažíme se hledat nějaký společný konsenzus.*“ ZSP4 k tomu dále dodává: „*Nemám pocit, že bych stála úplně mimo, spíš koukám z toho kruhu jinam. Náš cíl je stejný, v tomhle jsme jednotní a jak říkám, hodně spolu mluvíme a konzultujeme. Vím, že není problém mluvit i o svých pocitech.*“ Konverzační partneři uvedli, že nejsou veřejně oceňováni za svou práci, ale i přesto někteří pocítují osobní a profesní důvěru ze strany týmu. ZSP2, ZSP3 a ZSP4 říkají, že často se na ně obrací členové týmu se soukromými záležitostmi.

6.4 Pravidelná setkání týmu

Všichni konverzační partneři uvedli, že se účastní primářských vizit a ranních hlášení na svém kmenovém oddělení, nebo jedné z těchto možností setkání interdisciplinárního týmu. Na primářských vizitách se intervence projednávají s pacientem a na ranních hlášení se setkává pouze tým, který řeší organizační věci, členové si předávají informace, co se stalo v noci nebo přes víkend a rozdělují se úkoly mezi pracovníky. ZSP4 podotýká, že: „*Bylo by určitě přínosné, se zúčastňovat i na těch přidaných, ostatních odděleních, ale není to technicky a časově vůbec možné. Nicméně komunikujeme, pokud se tam někdo vyskytne, volá mi buď přímo lékař, nebo mi volají sestřičky, nebo mě osloví rodina nebo i samotný pacient.*“

Zdravotně sociální pracovníci se společně setkávají jednou až dvakrát do měsíce, přičemž je vždy pozvána nějaká organizace, aby představila své služby nebo nové programy.

Odpověď na otázku zjišťující možnosti využití supervize v nemocnici byla jednoznačná. Pracovníci nemají možnost využít individuální, skupinové či týmové supervize v nemocnici. Konverzační partneři se shodli, že by tuto možnost určitě rádi uvítali, protože někdy je práce psychicky náročná a mohlo by to přispět ke zvýšení efektivity a kvality týmu. „*Vyloženě supervize, to tady neexistuje. Možná jako když se občas sejde-me na ty schůzky, když nám někdo přijde představovat nějakou organizaci. Jinak tady není žádná příležitost ani čas se pořádně sejit a probrat to. Jedině, že se sejde-me jen na obědě, ale jinak tady není žádná příležitost. To by taky mohlo zvýšit efektivitu týmu,*“ vysvětluje ZSP5.

7 KOSTRA ANALYTICKÉHO PŘÍBĚHU

Na počátku tohoto výzkumu byly položeny dvě základní výzkumné otázky: Jaká je náplň činností zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení? Jak probíhá spolupráce zdravotně sociálních pracovníků v interdisciplinárním týmu v daném zdravotnickém zařízení? Zmapování těchto otázek závisí na dvou kategoriích. První z nich je náplň činností v rámci kompetencí zdravotně sociálních pracovníků. Zde vstupují další faktory (počet zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici, dostupnost poskytovaných služeb v regionu, absence sociálních lůžek v nemocnici). Druhou kategorií tvoří fungování interdisciplinárního týmu. Tato kategorie je vnímána spíše pozitivně (zahrnutí zdravotně sociálního pracovníka do týmu, vzájemné povědomí členů týmu o kompetencích a rolích spolupracovníků, otevřená komunikace, bezproblémové předávání informací, snaha týmu hledat komplexní řešení, jednotný cíl, holistický přístup k pacientovi, povědomí o struktuře týmu, stanovení vedoucího pracovníka týmu, respektování příspěvků a názorů). Nedostatky jsou shledávány v nevybavení zdravotně sociálních pracovníků mobilními telefony, neumožnění přístupu do NISu a nezavedení supervize v nemocnici.

8 DISKUSE

Tato kapitola představuje závěrečnou výzkumnou zprávu a obsahuje interpretaci analyzovaných dat, přičemž výsledky jsou uváděny do vztahu s relevantní literaturou či srovnávány se závěry z jiných výzkumů. Je rovněž místem, kde se otevírají nová témata.

Výzkumná otázka 1: Jaká je náplň činností zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení?

Konkrétní činnosti uvedené v kapitole 5.1, které vykonává zdravotně sociální pracovník v Nemocnici České Budějovice, a.s., jsou odpovědí na první výzkumnou otázku. Vyjmenované činnosti jsou zároveň v souladu s výčtem kompetencí a v jejich rámci vykonávaných činností, kterému je věnována pozornost v kapitole 2.4.

S nejčastějším problémem se zdravotně sociální pracovníci setkávají při zajištění následné péče pro osoby bez přístřeší. V České republice je obecně problematické zajištění následné péče při práci s lidmi bez přístřeší. Důvod spočívá v nedostatku zařízení umožňující těmto lidem doléčení a také omezený počet či absence sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních.¹¹⁰ V rozvojovém plánu sociálních služeb města České Budějovice (2013–2018) ze SWOT analýzy v oblasti pro osoby v sociální krizi na území SO ORP České Budějovice vyplývá, že je potřeba v této oblasti řešit problémy bariérovosti nocleháren a azylových domů, přibývání mladých lidí bez domova a bez přístřeší, nárůst lidí s předlužením či neschopností splácet své dluhy a další. Jak uvedli zdravotně sociální pracovníci, co se týče zajištění následné péče pro lidi po úrazech, autonehodách, poranění mozku či míchy, po mozkových příhodách aj., kteří jsou propuštěni z nemocnice, chybí zařízení poskytující celodenní péči těmto lidem. SWOT analýza pro oblast sociální služby pro osoby se zdravotním postižením ukazuje, že na území SO ORP České Budějovice chybí služby se specifickou nabídkou pro věkovou kategorii osob se zdravotním postižením ve věku 26–65 let.¹¹¹

V Nemocnici České Budějovice, a.s. se nenachází oddělení sociálních lůžek.¹¹² Dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se jedná o sociální službu poskytovanou ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Tato sociální služba je poskytována osobám nevyžadující stálou lékařskou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopni být samostatně v domácím prostředí, a tudíž nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než je zajištěno umístění v pobytovém zařízení sociálních služeb, zajištěna pomoc v jeho domácím prostředí osobou, popřípadě

¹¹⁰ Srov. KOUBOVÁ, M. *Z nemocnice rovnou na ulici* [online].

¹¹¹ Srov. RPSS CB. *Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice 2013–2018* [online].

¹¹² Srov. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Praktické informace* [online].

terénní sociální službou.¹¹³ V tomto případě by zřízení sociálních lůžek mohlo do jisté míry usnadnit zajištění následné péče. Většina nemocnic v Jihočeském kraji těmito lůžky disponuje. Pro příklad lze uvést Nemocnici Písek, a.s., jejíž oddělení sociálních lůžek má k dispozici celkovou kapacitu dvaceti lůžek¹¹⁴, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. vlastní osm sociálních lůžek¹¹⁵, osmi lůžky rovněž disponuje Nemocnice Strakonice, a.s.¹¹⁶, kapacita sociálních lůžek na oddělení následné péče v Nemocnici Český Krumlov, a.s. činí čtyři lůžka¹¹⁷ atd. Zajištění následné péče by mohlo být usnadněno také zavedením nové dávky ze systému nemocenského pojištění (tzv. dlouhodobé ošetřovné), která vzejde v platnost 1. června 2018. Dlouhodobé ošetřovné bude náležet příbuznému ošetřovanému, který byl propuštěn z nemocnice po vážném úrazu, nemoci apod. a vyžaduje poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče v domácím prostředí. Nárok na tuto dávku bude mít pečující osoba po dobu až 90 dnů, přičemž během této doby ošetřování zaměstnavatel nemůže dát pečujícímu výpověď.¹¹⁸

Je třeba vyzdvihnout snahu zdravotně sociálních pracovníků, kteří si navzdory svému velkému pracovnímu vytížení vyčlení čas pořádat semináře pro zdravotnické pracovníky v nemocnici a přednášky na vysoké škole. Tím se zaslouhují o „zviditelnění“ zdravotně sociální práce v odborné veřejnosti a zdůraznění její nezastupitelnosti ve zdravotnickém zařízení.

V každém zdravotnickém zařízení by měli být tito odborníci zaměstnáváni, nicméně v České republice v některých zdravotnických zařízeních buď zcela chybí a jejich roli přebírají zdravotníci¹¹⁹, nebo je jejich počet nedostačující. Důkazem toho je šetření provedené Kuzníkovou v roce 2010 v náhodně vybraných zdravotnických zařízeních v České republice. Šetření ukázalo, že na jednoho zdravotně sociálního pracovníka připadalo tři, čtyři sta lůžek, výjimkou nebylo ani sedm set lůžek.¹²⁰ Nemocnice České Budějovice, a.s. v současné době má 1447 lůžek a zaměstnává pět zdravotně sociálních pracovníků.¹²¹ Z toho vyplývá, že na jednoho pracovníka připadá 289,4 lůžek. Zdravotně sociální pracovníci se shodli v potřebě navýšení jejich počtu o minimálně další dva pracovníky s ohledem na přibývající administrativu, zvyšování celkového počtu nemocných a stárnutí populace. Vzhledem k těmto okolnostem je pozice zdravotně sociální práce nezastupitelná v realizování prevence a mírnění negativních důsledků.¹²² Navýšením počtu zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici by se vytvořil čas na některé činnosti, zejména na provádění depistáže i na ostatních spravovaných odděleních, doprovázení pacientů na jednání k soudům nebo jiným institucím aj. Usnadněné by bylo i vzájemné zastupování se v případě nemoci, účasti na školeních a kurzech.

¹¹³ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online].

¹¹⁴ Srov. Nemocnice Písek, a.s. *Oddělení* [online].

¹¹⁵ Srov. Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. *Lůžková oddělení* [online].

¹¹⁶ Srov. Nemocnice Strakonice, a.s. *Sociální péče* [online].

¹¹⁷ Srov. Nemocnice Český Krumlov, a.s. *Hospitalizace* [online].

¹¹⁸ Srov. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Pečujeme o své blízké - dlouhodobé ošetřovné* [online].

¹¹⁹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 11.

¹²⁰ Srov. Tamtéž, s. 21.

¹²¹ Srov. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Praktické informace* [online].

¹²² Srov. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 23.

Závisí však na managementu zdravotnických zařízení, kolik zdravotně sociálních pracovníků bude zaměstnávat a v jakém rozsahu bude poskytovat služby zdravotně sociální péče. V tomto případě existuje jen určité doporučení z roku 1988 Ministerstva zdravotnictví, podle kterého na jednoho zdravotně sociálního pracovníka by mělo připadat 350 akutních lůžek, 100 lůžek následné či dlouhodobé péče a 50 psychiatrických lůžek.¹²³ Nicméně se jedná jen o doporučení, které je velmi zastaralé. V současné době je platná vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Zde nalezneme i minimální požadavky na péči poskytovanou zdravotně sociálním pracovníkem. Nacházíme zde skutečně nízké personální zabezpečení zdravotně sociálních služeb na pracovištích lůžkové péče. Pozice zdravotně sociálního pracovníka je zde uváděna pouze na psychiatrickém oddělení (pracovní úvazek 0,1), lůžkách následné nebo dlouhodobé péče (v úvazku 0,5 nad 30 lůžek), geriatrickém oddělení (pracovní úvazek 0,1), oddělení návykových nemocí (pracovní úvazek 0,1) a v dětských domovech pro děti do tří let věku (v úvazku 0,1 na 50 lůžek).¹²⁴

Výzkumná otázka 2: Jak probíhá spolupráce zdravotně sociálních pracovníků v interdisciplinárním týmu v daném zdravotnickém zařízení?

Pokud jde o vyhodnocení a zodpovězení druhé výzkumné otázky je třeba věnovat pozornost stanoveným kritériím, která jsou předpokladem úspěšného fungování interdisciplinárního týmu, jak vyplývá z kapitoly 3.4.

1) zahrnutí zdravotně sociálního pracovníka do interdisciplinárního týmu

Prvním splněným kritériem je zahrnutí zdravotně sociálního pracovníka do interdisciplinárního týmu. Zdravotně sociální pracovníci jsou zahrnuti do procesu spolupráce interdisciplinárního týmu a jak sami uvádí, cítí se být jeho plnohodnotným členem.

2) respektování a oceňování příspěvků či názorů člena týmu

Vedoucí pracovník týmu či ostatní členové týmu respektují příspěvky a názory zdravotně sociálních pracovníků, kteří se nebojí otevřeně mluvit o svých pocitech, čímž se naplňuje druhé kritérium.

3) povědomí o struktuře týmu

Co se týká kritéria povědomí o struktuře týmu, zdravotně sociální pracovníci mají přehled o celém týmu spolupracovníků a na ostatních přidružených odděleních znají alespoň vrchní sestru či některé lékaře. Dva zdravotně sociální pracovníci však upozornili, že nejsou představeni novému nastupujícímu pracovníkovi. Vzhledem k urychlení procesu získání povědomí o struktuře týmu by bylo vhodné, kdyby vedoucí pracovník představil nového nastupujícího pracovníka ostatním členům týmu. Za povšimnutí stojí fakt, že zdravotně sociální pracovníci do interdisciplinárního týmu zahrnují i ošetřující personál, jehož informace o průběhu hospitalizace pacienta jsou rovněž klíčové. Nemocničního kaplana jako člena týmu neuvedl ani jeden zdravotně sociální pracovník.

¹²³ Srov. DOSTÁLOVÁ, O.; ŠIKLOVÁ, J. *Sociální práce v paliativní medicíně*, s. 487.

¹²⁴ Srov. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění platném k 1.11.2017 [on-line].

Důvodem může být skutečnost, že do konce roku 2017 nebyl v nemocnici zaměstnán nemocniční kaplan a duchovní péči poskytovali kněží římskokatolické církve externími návštěvami na vyžádání pacienta. Od ledna 2018 je nemocniční kaplan zaměstnancem nemocnice, čímž se duchovní péče stala nedílnou součástí komplexní péče o pacienty. Tato placená funkce byla zavedena v některých nemocnicích v Jihočeském kraji již dříve (např. Nemocnice Tábor, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., Nemocnice Písek, a.s., která má dokonce oddělení spirituální péče).¹²⁵ Služeb nemocničního kaplana mohou využít jak pacienti a jeho příbuzní, u kterých se objevují v souvislosti s onemocněním tzv. existenciální otázky týkající se smyslu života, utrpení, umírání a smrti atd., tak i personál nemocnice, který se opakovaně setkává s utrpením a umíráním.¹²⁶ Z literatury dále vyplývá, že jedním z předpokladů fungování interdisciplinárního týmu je stanovení vedoucího pracovníka. Těma jsou v nemocnici primář a vrchní sestra.

4) povědomí o kompetencích a rolích členů týmu

Zdravotně sociální pracovníci nevykonávají v nemocnici činnosti, které by nespadaly do jejich kompetencí a pracovní náplně. Povědomí o kompetencích a rolích zdravotně sociálního pracovníka členové týmu mají. To platí i opačně. Od tohoto kritéria se odvíjí vzájemná spolupráce členů týmu, poněvadž každý člen ví, na koho a v jakých případech se může obrátit. Na každém oddělení je navíc k dispozici zpracovaný soubor zdravotně sociální služby, jehož součástí je rozpis zdravotně sociálních pracovníků dle oddělení. Je tedy splněno čtvrté kritérium, tj. povědomí o kompetencích a rolích členů týmu.

5) snaha týmu hledat komplexní řešení

Snaha členů interdisciplinárního týmu hledat společná řešení, společný konsenzus, definování společného cíle a holistický přístup k pacientovi jsou uváděné charakteristiky týmu zdravotně sociálními pracovníky. Zároveň představují klíčové předpoklady úspěšné interdisciplinární týmové spolupráce. Jejich přítomnost v týmu splňuje další kritérium.

6) předávání informací mezi členy týmu

V rámci dalšího kritéria, tj. bezproblémové předávání informací mezi členy interdisciplinárního týmu, je komunikace mezi členy týmu považována za otevřenou, ve které nedochází k potížím při předávání informací a členové týmu jsou ochotni spolupracovat. Nicméně jisté technické bariéry v komunikaci a předávání informací existují. Především se jedná o nevybavenost zdravotně sociálních pracovníků mobilními telefony, kteří jsou z důvodu docházení na jiná oddělení nebo i do jiného areálu často telefonicky nezastižitelní. Pokud zdravotně sociální pracovníci nebudou v budoucnu vybaveni mobilními telefony, tyto organizační nedostatky budou částečně vyřešeny tím, že v následujících letech budou prostory dolního areálu kompletně sestěhovány do horního areálu v ulici Boženy Němcové. Kromě toho se také plánuje, že jednotlivé pavilony v nemocničním areálu budou průchozí „suchou nohou“. To bude mít výhodu jak pro samotné pacienty, tak pro zaměstnance nemocnice, kteří ušetří čas a námahu

¹²⁵ Srov. KOLÁŘOVÁ, L. *Katoličtí kaplani se stávají zaměstnanci nemocnice* [online].

¹²⁶ Srov. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn IX – nemocniční kaplani* [online].

s přecházením z jednoho areálu do druhého.¹²⁷ V druhé řadě jde o neumožnění přístupu zdravotně sociálním pracovníkům do NISu. Nemocniční informační systém (dále jen NIS) představuje programové vybavení, které slouží ke komplexnímu zpracování, shromažďování a zálohování všech údajů o pacientovi. Podstatná výhoda NISu spočívá v přístupu do této databáze na jednotlivých odděleních nemocnice. V papírové dokumentaci nelze shromáždit všechny údaje o pacientovi. Navíc jsou záznamy z ambulantních ošetření uchovány na několika místech v ambulancích a záznamy pořízené z hospitalizace pacienta na lůžkovém oddělení v archívech oddělení.¹²⁸ Zdravotně sociální pracovníci mají přístup pouze do papírové dokumentace, kde se nenachází všechny informace o pacientovi a indikace z vizit na přidružených odděleních. To vše pak vyžaduje časovou náročnost zdravotně sociálních pracovníků pro získání potřebných informací.¹²⁹

Je důležité podotknout, že výše uvedená kritéria vyhodnocení, jak funguje spolupráce zdravotně sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu, jsou naplněna pouze v případě kmenových oddělení zdravotně sociálních pracovníků. Jedná se o některá oddělení uvedená v kapitole 5.1, kde je zřejmá největší využitelnost zdravotně sociální práce. Na těchto odděleních lze uvažovat o interdisciplinárním týmu v pravém slova smyslu, jehož členem je zdravotně sociální pracovník. Na ostatních spravovaných odděleních nejsou zdravotně sociální pracovníci ve stálé přítomnosti, neúčastní se ranních porad a vizit, což jsou významné faktory úzké spolupráce celého týmu (viz kapitola 3.2).

7) pravidelná setkání týmu

Zdravotně sociální pracovníci se účastní na svých kmenových odděleních každý týden buď ranních porad, nebo primářských vizit, kde společně řeší situaci pacienta a snaží se najít komplexní řešení. To je důkazem úzké spolupráce interdisciplinárního týmu.

8) supervize týmu

Nemocnice České Budějovice, a.s. neposkytuje svým zaměstnancům žádnou z forem supervize, byť se v tomto prostředí setkáváme s pomáhajícími profesemi. Není pochyb, že supervize je přínosem pro zdravotnictví. Vystává však otázka, jakým způsobem ji zavádět do zdravotnických zařízení. Při zavádění supervize ve velkých nemocnicích může docházet k určitým problémům. Příčinou mohou být psychologické důvody, jakými jsou např. názory zdravotníků, že žádnou formu podpory nepotřebují. Další problémy lze spatřovat v organizační složce (např. současná krize personálu, třísměnný provoz, velký počet přesčasů aj.). Průběh supervize může komplikovat i nerovnoprávný

¹²⁷ Srov. TRÖSTER, M.; SVÍTILOVÁ, H. *Nemocnice v Českých Budějovicích chce zrušit dolní areál* [online].

¹²⁸ Srov. KÝČEK, M. *Nemocniční informační systémy*, s. 15.

¹²⁹ Ve třetím ročníku jsem měla možnost vykonat povinnou praxi v Nemocnici Klatovy, a.s., kde jsou zaměstnáni dva zdravotně sociální pracovníci. Oba přístup do NISu mají, což jim šetří čas a umožňuje vykonávat další činnosti (např. doprovázení pacienta aj.). Mně byl přístup do databáze také umožněn. Byly zde k dohledání všechny informace o pacientovi, z jakého důvodu byl hospitalizován, osobní anamnéza, kontakty na rodinu či blízkou osobu, praktického lékaře, indikace z vizit atd.

vztah a nedostatek bezpečí. Je potřeba, aby se lékařský personál společně s ošetrovatelským považoval za rovnocenné kolegy.¹³⁰

¹³⁰ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Jde zavést supervizi do zdravotnických zařízení?* [online].

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo představit práci, respektive náplň práce zdravotně sociálního pracovníka, a zjistit, jak probíhá jeho spolupráce s členy v interdisciplinárním týmu ve zdravotnickém zařízení. Výzkum se zaměřuje na konkrétní zdravotnické zařízení, a to na Nemocnici České Budějovice a.s., kde bylo osloveno pět zdravotně sociálních pracovníků. Všichni oslovení pracovníci s provedením hloubkových polostrukturovaných rozhovorů souhlasili. Zodpovězením výzkumných otázek v kapitole 7 bylo dosaženo cíle výzkumu. K zodpovězení druhé výzkumné otázky bylo stanoveno osm kritérií zahrnující nejdůležitější předpoklady úspěšné interdisciplinární týmové spolupráce, které jsou blíže popisovány v kapitole 3.4.

Výzkumem bylo zjištěno, že interdisciplinární tým, jehož součástí je zdravotně sociální pracovník, úspěšně funguje v případě kmenových oddělení zdravotně sociálních pracovníků. Dochází zde k holistickému přístupu k pacientovi, vzájemnému povědomí členů týmu o kompetencích a rolích spolupracovníků, otevřené komunikaci, bezproblémovému předávání informací, hledání komplexních řešení, stanovení jednotného cíle, povědomí o struktuře týmu, stanovení vedoucího pracovníka týmu, respektování příspěvků a názorů. Na ostatních spravovaných odděleních nejsou zdravotně sociální pracovníci ve stálé přítomnosti, neúčastní se ranních porad a vizit, což jsou významné faktory úzké spolupráce celého týmu a nelze tedy uvažovat o interdisciplinárním týmu v pravém slova smyslu. Výzkumem byly odhaleny některé bariéry, s kterými se zdravotně sociální pracovníci setkávají při výkonu své práce v nemocnici. Jedná se zejména o neumožnění přístupu do NISu, nevybavení mobilními telefony, nedostatečný počet zdravotně sociálních pracovníků a chybějící supervize v nemocnici.

Práci lze využít pro zvýšení informovanosti laické i odborné veřejnosti o tomto tématu, kterému není věnována dostatečná pozornost. Dále mohou být výsledky využity pro zlepšení služeb zdravotně sociální práce a zvýšení kvality a efektivity spolupráce interdisciplinárního týmu jak v Nemocnici České Budějovice, a.s., tak i dalších nemocnicích. Tato práce by také mohla sloužit jako podklad k dalšímu výzkumu koncipovaného jako mnohonásobná případová studie, ve které by výzkumný vzorek tvořili i další členové interdisciplinárního týmu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Tištěné dokumenty

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
2. BAŠTECKÁ, B.; ČERMÁKOVÁ, V.; KINKOR, M. *Týmová supervize*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9.
3. BEDER, J. *Hospital social work: the interface of medicine and caring*. New York: Routledge, 2006. ISBN 978-0-415-95067-1.
4. DOSTÁLOVÁ, O; ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v paliativní medicíně. In VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 485–504. ISBN 80-247-0279-7.
5. DZIEGIELEWSKI, S. *The Changing Face of Health Care Social Work: Opportunities and Challenges for Professional Practice*. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company, 2013. ISBN 978-0-8261-1942-1.
6. HANUŠOVÁ, J.; HELLEBRANDOVÁ, K. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-79-2.
7. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
8. HAYES, N. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.
9. HEIDENTHAL, P. K. *Nursing leadership and management*. Kanada: Thomson Delmar Learning, 2003. ISBN 0-7668-2508-6.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
11. HOLČÍK, J.; ŽÁČEK, A.; KOUPILOVÁ, I. *Sociální lékařství*. 3. nezměn. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-3954-4.
12. KELLY, P. *Essentials of nursing leadership and management*. 2nd ed. Delmar: Cengage Learning, 2010. ISBN 14354-53565.
13. KREBS, V. et al. *Sociální politika*. 5. přeprac. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.
14. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMAN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-384-7.
15. KUZNÍKOVÁ, I. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-470-2.
16. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

17. KUZNÍKOVÁ, I.; HOLASOVÁ MALÍK, V. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7368-987-2.
18. KÝČEK, M. *Nemocniční informační systémy: kvalita v informačních systémech ve zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra radiologie a toxikologie. Vedoucí práce L. Beránek.
19. MACKOVÁ, M. Sociální pracovník v nemocničním multidisciplinárním týmu. In *Zborník z II. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov v ošetrovatelstve*. Trenčín: Fakulta zdravotníctva, TU Alexandra Dubčeka v Trenčíně, 2008. ISBN 978-80-8075-265-1.
20. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
21. MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
22. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
23. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
24. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
25. ŠVARÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
26. THOMAS, J.; POLLARD, K. C.; SELLMAN, D. *Interprofessional working in health and social care: professional perspectives*. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014. ISBN 978-0-230-39343-1.
27. TOKOVSKÁ, M; ODLEROVÁ, A. Riziká interdisciplinárnej kooperácie v sociálnej starostlivosti o klienta. In *Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatelstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci: recenzovaný zborník príspevkov z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie*. Ružomberok: Verbum, 2012. ISBN 978-80-8084-873-6.
28. URBAN, D. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. In *Spolupráce v sociální práci: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové, 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, s. 123–127. ISBN 978-80-7435-259-1.
29. VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.
30. VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

Internetové zdroje

31. ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Co je supervize* [on-line]. Praha: ČIS, 2006 [cit. 2. prosince 2017]. Dostupné na WWW: <<http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>>.
32. International Federation of Social Workers. *Global definition of social work*. [online]. IFSW, © 2017 [cit. 28. července 2017]. Dostupné na WWW: <<http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>>.
33. KOUBOVÁ, M. Z nemocnice rovnou na ulici. Česku zcela chybí návazná a úlevová péče pro bezdomovce. *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 21.10.2015 [cit. 3. prosince 2017]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/10/z-nemocnice-rovnou-na-ulici-cesku-zcela-chybi-navazna-a-ulevova-pecce-pro-bezdomovce/>>.
34. KOLÁŘOVÁ, L. Katoličtí kaplani se stávají zaměstnanci nemocnice. *Jižní Čechy Ted'* [online]. Tábor: Jihočeské týdeníky, © 2018 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.jcted.cz/katolicti-kaplani-se-stavaji-zamestnanci-nemocnic/>>.
35. MARKOVÁ, V.; ŠLENKRTOVÁ, H. Pracovní postup: Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. *Česká asociace sester – Prezidium* [online]. 2008, revizováno 9. 1. 2012, č. 3 [cit. 8. září 2017]. Dostupné na WWW: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf>.
36. MINISTERTSVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Pečujeme o své blízké - dlouhodobé ošetrovné* [online]. Praha: MPSV, posl. aktualizace 16.11.2017 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.mpsv.cz/cs/28608>>.
37. MINISTERTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn IX – nemocniční kaplani* [online]. Praha: MZČR, posl. úprava 13.4.2017 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zverejnilo-metodicky-pokyn-pro-duchovni-peci-v-nemocnicich_13684_1.html>.
38. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník* [online]. Praha: MZČR, © 2010 [cit. 18. září 2017]. Dostupné na WWW: <https://www.mzcr.cz/dokumenty/akreditavany-kvalifikacni-kurz_8860_3080_3.html>.
39. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Praktické informace* [online]. České Budějovice, © 2013 [cit. 21. února 2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.nemcb.cz/prakticke-informace/nase-nemocnice/>>.
40. *Nemocnice České Budějovice, a.s. v roce 100. výročí* [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., 2014 [cit. 21. února 2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.nemcb.cz/100-let-vyroci/>>.
41. Nemocnice Český Krumlov, a.s. *Hospitalizace* [online]. Český Krumlov, © 2011-2018 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.nemckr.cz/index.php/cs/hospitalizace/nasledna-pecce>>.

42. Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. *Lůžková oddělení* [online]. Jindřichův Hradec, © 2011–2018. [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.nemjh.cz/soc>>.
43. Nemocnice Písek, a.s. *Oddělení* [online]. Písek, © 2018 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.nemopisek.cz/index.php/oddeleni/luzkova/347-oddeleni-socialnich-luzek?showall=&start=1>>.
44. Nemocnice Strakonice, a.s. *Sociální péče* [online]. Strakonice, © 2017 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.nemocnice-st.cz/index.php/oddeleni/socpece/socialni-pece>>.
45. OANDASAN, I.; BAKER, G. R. et al. Teamwork in Healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* [on-line]. Ontario, 2006 [cit. 2. prosince 2017]. Dostupné na WWW: <<http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/06-06-01/7fa9331f-0018-4894-8352-ca787daa71ec.aspx>>.
46. RPSS CB. Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice 2013–2018. [online]. České Budějovice [cit. 11. března 2018]. Dostupné na WWW: <<http://rpss.c-budejovice.cz/cz/archiv/RPSS-2013-2018/dokumenty/Documents/RPSSCB%202012-2018%20FINAL.pdf>>.
47. SEVEROVÁ, J. Sociální práce ve zdravotnictví. *Sestra* [online]. Praha: Sestra, 11.9.2005 [cit. 10. září 2017]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>>.
48. TRÖSTER, M.; SVÍTILOVÁ, H. Nemocnice v Českých Budějovicích chce zrušit dolní areál. *Deník.cz* [online]. 22.10.2013 [cit. 21. února 2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.denik.cz/jihocesky-kraj/budejovicka-nemocnice-chce-zrusit-dolni-areal-20131021-1ahe.html>>.
49. VARANI, T. Interprofessional collaborative teams. *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* [on-line]. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation, 2012 [cit. 15. října 2017]. Dostupné na WWW: <<http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/12-06-27/048fc7ed-abd5-4704-8345-075327b16ccc.aspx>>.
50. VENGLÁŘOVÁ, M. Jde zavést supervizi do zdravotnických zařízení? *Supervizní listy* [online]. Praha: ČIS, 2016 [cit. 12. března 2018]. Dostupné na WWW: <<https://listy.supervize.eu/temata/precetli-jsme-za-vas/jde-zavest-supervizi-do-zdravotnickych-zarizeni/>>.
51. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků, ve znění platném k 14.12.2017 [on-line] [cit. 10. října 2017]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>>.
52. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění platném k 1.11.2017 [on-line] [cit. 20. března 2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>>.
53. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění platném k 1.9.2017 [online] [cit. 10. října 2017]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>>.

54. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.1.2017. [online] [cit. 5. srpna 2017]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf>.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I. Seznam otázek k rozhovorům s povolením k výzkumu (vlastní zdroj)
- Příloha II. Příklad otevřeného kódování (vlastní zdroj)
- Příloha III. Ukázka schématu kódování (vlastní zdroj)

PŘÍLOHY

Příloha I.

Seznam otázek k rozhovorům s povolením k výzkumu v nemocnici (vlastní zdroj)

Výzkumná otázka 1: Jaká je pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení?

Výzkumná otázka 2: Jak probíhá spolupráce zdravotně sociálních pracovníků v interdisciplinárním týmu v daném zdravotnickém zařízení?

Obecné informace- profesní zkušenosti a odborný růst zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete v nemocnici na pozici zdravotně sociálního pracovníka?
 - a. Pracoval/a jste už někde předtím na této pozici?
3. Absolvoval/a jste nějaký kurz potřebný pro pozici zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici?
4. Prohlubujete si své vzdělání? Pokud ano, jakým způsobem?
 - a. Uveďte, prosím, jakým způsobem rozšiřujete své znalosti v oblasti sociální práce ve zdravotnictví o nové poznatky.

Pracovní náplň a role zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení.

5. Popište, prosím, Vaše pracoviště.
 - a. Je umístěna Vaše kancelář ve stejné budově, ve které se nachází Vaše spravovaná oddělení?
6. S kým při své práci spolupracujete?
7. S jakými institucemi či organizacemi spolupracujete mimo toto zdravotnické zařízení?
8. Na jakém oddělení považujete svou práci nejvíce potřebnou?
9. Uveďte, prosím, jaké jsou Vaše ústřední pracovní činnosti.
10. Vykonáváte nějaké činnosti, které by podle Vás neměly spadat do Vaší kompetence?
 - a. Pokud ano, o jaké se jedná?
11. Jsou podle Vás ostatní pracovníci týmu obeznámeni s Vašimi kompetencemi a pracovní náplní?
 - a. Máte i Vy přehled o kompetencích a pracovní náplně ostatních pracovníků?
12. S jakou cílovou skupinou nejčastěji pracujete?
13. Jak se ve většině případech dozvíte o pacientovi, který potřebuje sociální pomoc?
 - a. Požádá o ni pacient sám prostřednictvím ošetřujícího lékaře oddělení, kde je pacient hospitalizovaný nebo Vás kontaktuje někdo z pracovníků daného oddělení?
 - b. Vyhledáváte i Vy sám/sama pacienty potřebující sociální pomoc?
14. Uveďte, prosím, v jakém případě se na Vás obrací pracovníci.
 - a. A na druhé straně s jakými požadavky se Vy obracíte na pracovníky?
15. Je počet zdravotně sociálních pracovníků dle Vašeho názoru dostačující?
 - a. Pokud ne, jaký by byl ideální počet?
16. V jakých oblastech shledáváte slabé a silné stránky Vaší profese?
17. Uveďte, prosím, s jakými aktuálními problémy se setkáváte při výkonu své práce v nemocnici.

Postavení zdravotně sociálního pracovníka v pracovním týmu.

18. Uveďte, prosím, jaké je Vaše postavení v organizačně-personálním systému.
 - a. Kdo je Vaším bezprostředním nařízeným?
19. Kdo tvoří interdisciplinární tým?
 - a. Jak byste popsal/a jeho fungování?
 - b. Vede někdo tento pracovní tým?

- c. Jak byste popsal/a svou roli v tomto týmu.
 - d. Shledáváte nějaké výhody/pozitiva interdisciplinárního týmu?
 - e. Shledáváte nějaké nevýhody/negativa interdisciplinárního týmu?
 - f. Existují nějaké změny, které by mohly vést ke zvýšení kvality a efektivity činnosti týmu? Které byste chtěl/a, aby se udály?
20. Uveďte, prosím, s jakými pracovníky nejčastěji spolupracujete v rámci interdisciplinárního týmu?
 - a. Jak vypadá spolupráce s těmito pracovníky?
 21. Znáte pracovníky na Vašich správních odděleních?
 - a. Jste seznámen/a s novým pracovníkem, který nastoupil na dané oddělení?
 22. Dochází k nějakým problémům ve vzájemné komunikaci s ostatními pracovníky?
 23. Uveďte, prosím, jakým způsobem se podílíte na léčebném procesu pacienta.
 24. Účastníte se ranních vizít?
 25. Účastníte se pravidelných porad/ setkání?
 26. Popište, prosím, jak vnímáte své postavení v interdisciplinárním týmu z hlediska svého povolání.
 27. Jste za svou práci odměňován/a uznáním ze strany pracovního týmu?
 28. Máte možnost využití individuální, skupinové či týmové supervize?
 - a. Pokud ano, jaké a kdo se jí účastní?
 - b. Pokud ne, uvítal/a byste tuto možnost?
 29. Co si myslíte, že mohou zdravotně sociální pracovníci sami udělat pro celkové zvyšování vlastní prestiže a ocenění?
 30. V čem je podle Vás významné postavení zdravotně sociálního pracovníka?

21. VI. 2017

SOUHRAVITÝ

Mgr. Monika Kyselová.MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha II.

Příklad otevřeného kódování (vlastní zdroj)

	Takže tento pracovní tým vede hlavně primář?
Vedoucí týmu	„Určitě, to je gro, to je primář, který rozhoduje o tom, bude to takle a takle a vy to uděláte takle. V tom týmu se může třeba každý vyjádřit, rehabilitační, logoped k tomu řekne, psycholog k tomu řekne ...“
	Jak byste popsala svou roli v tomto týmu?
Role zdravotně sociálního pracovníka Bariérovost azylových domů Odvislost na poskytování služeb v regionu	„No taková poradenská spíše. Oni od nás očekávají to, že ty lidi někam dáme. Ale někdy jsou ty lidi složité osobnosti, nebo nemají peníze, jsou to alkoholici a teď vlastně nevíte, co s nimi máte dělat, kam je máte propustit, když je třeba azylový dům nechce, když je tam nějaké zdravotní omezení. Takže v tom je taková ta nevýhoda, že se musíme spolíhat na ty služby, co kde je na to, kdo vám vyjde vstříc, kdo je ochoten vám pomoci. My to akorát můžeme zprostředkovat. Na akutním lůžku moc času není, kdežto na tý LDNce přece jenom je trošku čas, můžete mu začít vyřizovat nějaký dávky, občanku.“
	Shledáváte nějaké výhody tohoto interdisciplinárního týmu?
Výhody týmu - předávání informací	„Určitě. Právě to, že vám řeknou informace o tom pacientovi, který vy nevíte, jak funguje rodina, jestli je schopný to zvládnout doma a tak. My to nepoznáme, když přijdeme k tomu lůžku, tak nepoznáme, jestli ten člověk projde chodbou, dojde si na záchod, nají se sám. Někdy nám to řekne pacient sám, ale někdy je to úplně jinak, může být ovlivněný demencí.“

Příloha III.

Ukázka schématu kódování (vlastní zdroj)

práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici	personálně organizační struktura	nadřízený pracovník
	pracovní náplň	pracovní činnosti
		kmenová a spravovaná oddělení
		umístění kanceláře
		spolupráce s organizacemi/institucemi
		činnosti v rámci kompetencí
		povědomí o kompetencích a činnostech v týmu
	bariéry	aktuální problémy při výkonu práce
	klientela	cílová skupina
navázání kontaktu s klientem		
počet zdravotně sociálních pracovníků		

ABSTRAKT

DVOŘÁKOVÁ, M. *Zdravotně sociální pracovník jako člen interdisciplinárního týmu ve zdravotnických zařízeních*. České Budějovice 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce H. Machulová.

Klíčová slova: zdravotně sociální práce, zdravotně sociální pracovník, zdravotnické zařízení, interdisciplinární tým, interdisciplinární týmová spolupráce, kvalitativní výzkum

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních a její pozici v interdisciplinárním týmu, která je potřebná při poskytování kvalitní a komplexní péče o pacienta. První část práce obecně charakterizuje specifika profese a naplnění činností v rámci kompetencí zdravotně sociálního pracovníka. Dále popisuje interdisciplinární týmovou spolupráci. Praktická část se soustřeďuje na analýzu dat, která jsou zjištěna prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů realizovaných s pěti zdravotně sociálními pracovníky ve zdravotnickém zařízení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výsledky výzkumu ukazují, že nemocnice poskytuje pacientům kvalitní a komplexní péči. Kvalita poskytované péče by se mohla zvýšit zavedením supervize, navýšením počtu zdravotně sociálních pracovníků a odstranění technických bariér v komunikaci a při předávání informací.

ABSTRACT

Medical social worker as a member of interdisciplinary team in health care facilities

Key words: medical social work, medical social worker, health care facility, interdisciplinary team, interdisciplinary teamwork, qualitative research

This bachelor thesis deals with the topic of medical social work in health care facilities and its position in an interdisciplinary team that is necessary in providing quality and comprehensive patient care. The first part generally characterizes the specifics of the profession and content of competences and activities of medical social worker. It also describes interdisciplinary teamwork. The practical part focuses on data analysis detected through semi-structured in-depth semistructured interview and realized with five medical social workers in the health care facility Hospital České Budějovice, a.s. Research results show that the hospital provides quality and comprehensive patient care. The quality of provided care could be higher by introducing supervision, increasing the number of medical social workers and removing of technical barriers in communication and information transfer.