



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**REHABILITACE**

**Autor:** Dagmar Horňáková

**Vedoucí práce:** doc. ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2021

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích*“ 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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

.....

Dagmar Hornáková

## **Poděkování**

Zde bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, doc. ing. Lucii Kozlové, Ph.D., za odborné vedení a připomínky, které mi poskytla během zpracování práce. Dále děkuji všem komunikačním partnerům z jihočeských nemocnic, kteří se podíleli na výzkumu a byli ochotni mi věnovat svůj cenný čas a informace.

# **Role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích**

## **Abstrakt**

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích, jaká je jeho pracovní náplň, jak funguje spolupráce v multidisciplinárním týmu při péči o pacienta, jak je nahlíženo na jeho profesi v rámci pracovního kolektivu a jak vnímá sociální pracovník svou roli v nemocnici. Akcent byl zaměřen dilemata a možnosti sociální práce v nemocnici.

Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretický diskurz byl věnován pojmům sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, jakou roli zastává sociální pracovník v rámci nemocnice a jaká je jeho legislativní opora. Stejně tak se teoretická práce zabývala dilematy sociální práce, se kterými se může sociální pracovník potkat při výkonu svého zaměstnání a zároveň byly popsány cílové skupiny pacientů, se kterými se sociální pracovník setkává v nemocnici nejčastěji.

V praktické části práce je popsán výzkum věnovaný třem okruhům zkoumaných otázek, z nichž vyplynulo, že pro práci sociálního pracovníka v nemocnici je důležité sociálně zdravotní vzdělání, stejně tak vytyčené postavení v týmu pečujícího o pacienta a dobrá znalost sítě sociálních služeb, jež jsou nabízeny pacientům v rámci sociální pomoci během hospitalizace. Největším úskalím sociálního pracovníka v nemocnici je předimenzovanost administrativní činnosti, kdy samotnou práci s pacienty limituje administrativní zátěž. Jako vhodné se jeví navýšení počtu sociálních pracovníků v nemocnici, kteří mají odlehčit vytíženému zdravotnímu personálu.

## **Klíčová slova**

sociální pracovník; sociální práce; nemocnice; pacient; interdisciplinární tým; dilemata sociální práce

# **The role of a social worker in South Bohemian hospitals**

## **Abstract**

This thesis focuses on the role of social workers in South-Bohemian hospitals - their duties, their role as part of the multidisciplinary team caring for a patient, how their profession is viewed by their work colleagues, and how social workers perceive their role within the hospital. The main focus is on various dilemmas and the possible scope of social work in the hospital.

The thesis is composed of two main parts - the theoretical part and the practical one. The theoretical part discusses the terms "social worker" and "medical social worker", how social workers operate within the hospital, and what the legislative basis for their work is. The theoretical part also takes a closer look at the dilemmas of social work that social workers can encounter in their job, and describes the patient target groups that social workers most often work with.

In the practical part, the research of three areas of inquiry has been made, revealing that the most important prerequisites of a social worker in a hospital are social and medical education, a clearly defined role within the team taking care of the patient, and a good knowledge of social services network, whose assistance is offered to the patients by the social worker as part of the social help during their stay in the hospital. The biggest obstacle in a social worker's job is the large volume of administrative work, when the work with patients itself is done at the expense of the administrative workload. The appropriate solution seems to be an increase in the number of social workers in the hospital, whose job it is to take some load off the busy medical staff.

## **Key words**

social worker; social work; hospital; patient; interdisciplinary team; social-work dilemmas

# Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Vymezení základních pojmů.....</b>	<b>9</b>
1.1 Sociální práce .....	9
1.2 Historie sociální práce .....	11
1.3 Sociální pracovník .....	12
1.4 Zdravotně sociální pracovník .....	12
<b>2 Sociální práce ve zdravotnictví .....</b>	<b>15</b>
2.1 Zdravotnická zařízení a její organizace .....	15
2.2 Profesionalita ve zdravotně sociální práci .....	16
2.3 Osobnostní rysy zdravotně sociálního pracovníka .....	17
2.4 Pracovní náplň sociálního pracovníka v nemocnici.....	17
2.5 Zahraniční pojetí sociální práce v nemocnici.....	18
<b>3 Legislativa ovlivňující činnost sociálního pracovníka v nemocnici .....</b>	<b>19</b>
<b>4 Dilemata sociální práce .....</b>	<b>21</b>
<b>5 Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví .....</b>	<b>25</b>
5.1 Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení.....	25
5.2 Sociální práce s dětmi ve zdravotnickém zařízení .....	26
5.3 Sociální práce s lidmi bez přístřeší ve zdravotnickém zařízení .....	27
5.4 Sociální práce s umírajícími ve zdravotnickém zařízení .....	28
<b>6 Výzkum.....</b>	<b>30</b>
6.1 Cíl výzkumu.....	30
6.2 Metodika .....	30
6.2.1 Kvalitativní výzkum .....	30
6.2.2 Metoda získávání dat.....	31
6.2.3 Výběr výzkumného souboru .....	32
6.2.4 Harmonogram výzkumu.....	33
6.2.5 Zpracování dat.....	34
6.2.6 Analýza dat.....	34
6.3 Výsledky výzkumu .....	34
<b>7 Diskuze .....</b>	<b>46</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>50</b>

<b>Seznam literatury.....</b>	<b>51</b>
<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>55</b>
<b>Seznam zkratek.....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Sociální práce ve zdravotnictví je specifická tím, že propojuje jak samotnou sociální práci, tak i činnost zdravotní. Sociální pracovník v nemocnici je součástí multidisciplinárního týmu, který má za úkol celkovou rehabilitaci pacienta. Pokud není možné plné navrácení zdraví a dochází ke změně sociálního statusu, má sociální pracovník za úkol pomoci pacientovi tyto nedostatky kompenzovat. Tímto se stává sociální pracovník jedním členem z týmu, který pečuje o následné umístění pacienta do vhodného zařízení po demisi z hospitalizace nebo doporučí jinou sociální službu či radu. Práce takového sociálního pracovníka je velice různorodá a setkává se s velkým množstvím cílových skupin pacientů ze všech oddělení nemocnice, což vyžaduje dobrou orientaci v možnostech navazující sociální pomoci pro pacienty. Tato profese prochází v čase velkým rozvojem a její důležitost a potřebnost je na vzestupu, jelikož usnadňuje práci již poměrně vytíženému zdravotnickému personálu.

Cílem bakalářské práce je popsat roli sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích, k čemuž byl uskutečněn kvalitativní výzkum a byly stanoveny výzkumné otázky. V praktické části této práce jsou prezentovány výsledky výzkumu a následně také uvedeno doporučení pro zkvalitnění práce sociálního pracovníka v nemocnici.



## **Teoretický diskurz**

### **1 Vymezení základních pojmů**

#### **1.1 Sociální práce**

Sociální práce je dle Mátela (2019) rozdělena do tří složek. První z nich je profesní složka, která je myšlena jako odborná činnost vykonávaná sociálními pracovníky, druhá složka je akademická disciplína, tedy obor vzdělávání, a třetí, poslední složka je vědní obor, který naplňuje atributy samostatné vědecké disciplíny.

Mašát (2012) vysvětluje, že individuální forma sociální práce neexistuje, vždy jde o vytvoření vazeb mezi klientem, sociálním pracovníkem, rodinou klienta či jeho přátel, aby sociální práce byla co nejvíce efektivní.

Sociální práce zažívá v dnešní době obrovský rozvoj a očekávání, že dnešní informovanost, duševní a materiální rozvoj přinese i větší schopnost se postarat o sociální oblast bez problémů (Gulová 2011). Dále se Gulová zamýšlí nad tím, že humanizace společnosti neukazuje ubývání příjemců poskytovaných sociálních služeb. Ani rozvíjení a specifikování konkrétních oborů v sociální práci nezmenšuje úbytek klientů ze sociálních služeb. Za vinu dává Gulová právě rozpad sociálních vazeb v rodině, kdy s tempem ekonomického rozvoje nemají členové dostatečné možnosti se postarat o člena rodiny, jenž zůstane závislý na druhé osobě.

Při poskytování sociální služby je také důležité dobře nabídnout, co klient potřebuje, vymezit obsah a rozsah služeb, které klientovi chceme zprostředkovat a tyto informace jasně zaznamenat písemnou formou v podobě smlouvy, aby nedocházelo ke konfliktům a nedorozuměním v procesu poskytování sociálních služeb klientovi, což by jen zhoršilo jeho tíživou a náročnou situaci (Chloupková, 2013).

Sociální práci lze též nazvat jako činnost nebo soubor činností, které mají za úkol zamezit sociálnímu vyloučení klienta sociální služby a zároveň umožnit příznivé a vhodné začlenění v sociální oblasti (Mátel, 2019).

Matoušek (2011) nahlíží na sociální práci ze strany politické, vysvětluje existenci státem organizovaného a zabezpečovacího systému při poskytování a redistribuci služeb, jejímž cílem je uspokojování sociálních potřeb klientů a potřeba kontroly nad nimi. Dále

zmiňuje součinnost sociální práce i v jiných oblastech (zdravotnictví, školství). Sociální práce má výlučné postavení v tom, že jejím prostřednictvím transferuje zdroje k závislým lidem, a tím se kompenzují defekty tržního systému. Kompatibilitnost funkce redistribuce sociálního státu a tržní ekonomiky není možná, jelikož drive tržní ekonomiky přerývá a disharmonuje oblast sociální, která vyniká spravedlností, pomocí a rovností.

## 1.2 Historie sociální práce

Profesionální sociální práce je spojena se sociálními hnutími, jež výrazně podtrhla povědomé vlastnosti veřejnosti jako jsou rovnost, sociální spravedlnost a solidarita. Tuto problematiku rozebírá Kodymová (2013), která dále píše o historii sociální práce v České republice. Ta se objevuje na přelomu 18. a 19. století, kdy roli sociálně zdravotního pracovníka nahrazovaly laické spolky, dobročinné činnosti, péče o chudé vykonávané státem nebo církví. Na prvopočátku to byly zejména josefínské reformy, které zasahovaly do zdravotní a sociální péče. Ve výnosu z roku 1818 nalezneme rozdělení zdravotních a dobročinných ústavů do třech úrovní, jsou jimi nalezince, blázince a ústavy dočasně zřizované v době epidemií. Ty se stávají státními ústavami jako nemocnice a porodnice, naopak církevní nemocnice jsou brány za soukromé ústavy. V nemocnicích, ale i v rodinách pacientů se začínala poskytovat sociální péče, v náplni práce měly sociální pracovnice poskytovat lékařům kompletní sociální anamnézu, která měla dokreslovat zdravotní anamnézu pacienta. Kompletace těchto dvou anamnéz měla lékaře směřovat k co nejefektivnější léčbě jako například v roce 1938, kdy Vinohradská nemocnice disponovala svojí sociální pracovnicí a kde se vyškolovaly další studentky tohoto oboru (Kodymová 2013).

O historii sociální práce se zmiňuje i Kuzníková (2011), která píše o první škole sociální práce z roku 1918 s názvem Vyšší škola sociální práce v Praze, kterou později nahradila v roce 1935 Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. Tato škola nabízela vyšší odborné vzdělání především pro zdravotní sociální pracovnice, které pomáhaly lékařům v oboru sociálního lékařství. Další zlom v oblasti sociální práce nastal po roce 1968. Po silné kritice komunistického režimu si stát začal uvědomovat nutnost existence sociálního zabezpečení v oblastech jako je například sociální práce s rodinou a dětmi, se starými a zdravotně postiženými lidmi nebo například osobám bez přístřeší či osobám po propuštění z výkonu trestu. Stát opět zřídil pro tyto účely Ministerstvo práce a sociálních

věcí a podle konceptu západoevropských zemí se začalo pomáhat především těmto zmíněným sociálním skupinám. V té době bylo náplní sociálního pracovníka v nemocnicích především tvorba evidence všech nemocničních pacientů, kteří potřebují současně sociální péči, spolupráce s přednosty všech oddělení, kteří mohou rozpoznat potřebu intervence sociální práce, identifikace faktorů, které mohou zhoršovat nemoc pacientů, řešení negativních mravních jevů, monitorace návštěv u pacientů, vyhledávání rodiny pacientů, šetření v okolí běžného života pacientů za účelem identifikace negativních vlivů na jeho zdraví, depistáž propuštěných pacientů, snaha o zajištění soběstačnosti pacientů po propuštění, s akcentem na prevenci nemocí a spolupráce se všemi sociálně zdravotními institucemi a s úřady.

### **1.3 Sociální pracovník**

Pro vykonávání práce sociálního pracovníka je zapotřebí získat předepsané vzdělání a dodržovat profesní etiku (Mátel 2019). Do schopností sociálního pracovníka dle Mátela jistě patří prokazatelnost schopnosti používat nabitě znalosti, dovednosti a používání metodických schopností jak při práci, tak ve studiu a možnosti se posouvat jak v odbornosti při výkonu svého povolání, tak ve svém osobním životě. Za roli sociálního pracovníka se považuje činnost, jež je promítnuta do dopomoci druhým, míněno pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám či komunitám, aby dosáhli způsobilosti k sociálnímu uplatnění a zároveň uplatnit příznivé společenské podmínky (Holásová 2014).

Nelehkou úlohu sociálního pracovníka popisuje i Elichová (2014), která se zmiňuje, zda je sociální pracovník dostatečně připraven v současné praxi obstát a reagovat na rychle se měnící podmínky a konstatuje, že současný způsob výuky sociální práce neumožňuje sociálním pracovníkům získat společenské uznání, jelikož se dostatečně nevěnuje problémům v interakci, a tak dochází ke špatnému pojetí identity oboru.

V časopise *Mezinárodní sociální práce* (Brown, 2018) je popsán výsledek čtyřletého projektu, kdy se sociální pracovníci zúčastnili mezinárodního vzdělávání v roli sociálního pracovníka, a s úspěchem bylo zjištěno, že uplatnění takových pracovníků je na dobré úrovni a probíhá u nich rychlá adaptace na nové pracovní prostředí.

#### 1.4 Zdravotně sociální pracovník

Činnost zdravotně-sociálního pracovníka stanoví vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb., v § 9. Jednotlivé vysoké školy nabízí kurzy pro absolventy tříletého studia v oboru sociálního zaměření na vyšších odborných školách, nebo pro absolventy akreditovaného bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření. Po absolvování jednoletého dálkového kurzu umí řešit složité sociální situace pacientů vzniklé v souvislosti s onemocněním nebo zdravotním postižením. Odborně komunikuje tak, aby se vyjadřoval přesně, věcně a terminologicky správně, rozuměl základní latinské terminologii v rozsahu stanovených činností a dodržel etické kodexy a požadavky na ochranu informací. Dále umí sledovat odborné informace v oblasti činnosti, které je způsobilý vykonávat a umí s nimi efektivně pracovat (Tomeš 2015). Účastník takového kurzu je připraven k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče.

Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta (Maroušek 2011). Matoušek dále upozorňuje, že sociální pracovník v nemocnici má daleko menší kompetence než zdravotně-sociální pracovník a navíc píše, že po roce 1989 počet sociálních pracovníků v nemocnici klesl a důvodem uvádí to, že po tomto roce byla snaha přesunout pacienty co nejdříve do domácí péče a s tím související vznik sociálních služeb mobilní domácí péče, kdy má domácí prostředí pomoci pacientovi se lépe rehabilitovat.

Tomeš (2015) se věnuje ve své knize nejen legislativní problematice, ale navíc popisuje sociálního pracovníka v nemocnici za neméně důležitého při komplexní ošetrovatelské a zdravotní péči, jenž má za úkol pomáhat a řešit klientův sociální problém, který úzce souvisí s jeho zdravotním stavem a objektivně vnímá jeho kvality života. Zároveň si uvědomuje to, že společnost stále více dokáže vnímat nutnost poskytovat pacientům nejen kvalitní zdravotní péči, ale i umět uspokojit sociální potřeby profesionálně provedenou péčí sociálního pracovníka.

Pro zdravotně-sociálního pracovníka je velice významný interdisciplinární tým, jelikož dobrá spolupráce a komunikace se zdravotními pracovníky je podmiňující pro možnost aplikace sociálních metod u pacientů, kteří se dostali do obtížné životní situace kvůli

změněnému zdravotnímu stavu, aniž to změnilo kvalitu jejich života a současně se neumí sami s touto situací vyrovnat (Tomeš 2015).

Hlavním úkolem sociální práce ve zdravotnictví je především pomoci klientovi, tedy pacientovi, potažmo jeho rodině, při zmírnění negativních sociálních důsledků nemoci za pomoci psychosociální složky pomoci, jež má za úkol lepší adaptaci, překonání potíží a lepší motivaci k léčbě pacienta (Kuzníková 2011).

Tuto skutečnost potvrzuje i Kutnohorská (2012), která uvádí, že sociální práce ve zdravotnictví je odvětví, ve kterém zajišťuje sociální péče v přímé návaznosti na zdravotní péči, která je nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu, což vytváří komplexnost v léčbě o pacienta, jenž se ocitl v nepříznivé sociální situaci a není schopen si pomoci sám.

Názor Kuzníkové (2011) je, že nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací a ke kvalitní péči o pacienta v nemocnici a je bez výhrady potřeba poskytnout i sociální poradenství a pomoc nejen samotnému pacientovi, ale i jeho rodině a lidem, kteří o něj pečují. Současně sdílí názor, že sociální práce ve zdravotnictví se významně podílí na uzdravování nemocného, jakož i spolupráce s ostatními odborníky, kteří vytvářejí postup při pomoci pacientovi v jeho rehabilitaci, vyrovnání se s nemocí či změnou životní situace, která nastala díky změněnému zdravotnímu stavu. Komplexní činnost v péči o pacienta zahrnuje bezvýznamně také činnost sociálního pracovníka, který poskytuje část podílu v procesu zdravotně sociální rehabilitace (Kuzníková 2011). Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka je u nás dle zákona č. 96/2004 Sb. považována činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí v oblasti uspokojování sociálních potřeb klienta a na ošetrovatelské péči (Kuzníková 2011).

Brůha (2011) popisuje právní úpravu zdravotně sociálního pracovníka jako zdravotně sociální práci, jako zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a druhým je zákon o sociálních službách. Píše i o zdravotně sociálním pracovníkovi, o jeho odborné způsobilosti, kterou mohou studenti získat absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studia, nebo oboru sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách doplněného akreditovaným kurzem zdravotně-sociální pracovník. Z toho vyplývá, že v oblasti sociální práce rozlišujeme dvě profese, jež jsou v České republice právě vymezeny. Jsou jimi zdravotně sociální pracovník, na kterého se vztahují

všechna ustanovení podobně jako na jiné zdravotnické pracovníky, a sociální pracovník, který je primárně regulován zákonem o sociálních službách. Pro konkrétní pochopení této problematiky lze říci, že zdravotně sociální pracovník vykonává plně své povolání bez odborného dohledu i indikace lékaře a sociální pracovník v sociálních službách je pak regulován obsahem sociálních služeb.

Pevné vymezení postavení sociální práce ve zdravotnictví je z pohledu legislativního nedostatečná, v povědomí laické a odborné společnosti dosud usiluje o vyhraněná a pevná pravidla k výkonu této sociální práce (Holasová 2012).

Ve své navazující publikaci Kuzíková (2014) říká, že sociální práce ve zdravotnictví je prostředkem zajištění efektivní následné péče o klienty, snaží se především zapojit rodinu do péče o klienty, vést klienty ke svépomoci, nabídnout psychosociální podporu. Dále je náplní práce zprostředkovat kontakt mezi klientem a navazující sociální službou. Kuzíková se v této publikaci věnuje především pohledu managementu nemocnice a jeho hodnocení svého sociálního pracovníka jak z ekonomického hlediska, tak z hlediska zdravotního. Kvalitní sociální práce produkovaná v nemocnici má zefektivnit následnou péči o pacienta a předejít sociálnímu vyloučení pacientů, již se ocitli, z jejich pohledu v bezvýchodné situaci. Zkoumáním role sociálního pracovníka přineslo Kuzíkové výstupy, jež popisují velkou administrativní zátěž těchto pozic, malý zájem o mezioborovou spolupráci ze strany ostatních zdravotníků, nedostatečný prostor pro aplikaci všech dostupných metod z důvodu předimenzování množství řešených sociálních případů pacientů.

Havrdová (2010) se podrobněji věnuje specifické skupině seniorů, která tvoří nejpočetnější skupinu klientů sociálního pracovníka v nemocnici. Předkládá fakt, že nynější populace stárne jak u nás v České republice, tak v celé Evropě, takže s tímto problémem se potýkají i jiné evropské státy a akcentují podporu sociálních pracovníků, které řeší a budou muset řešit tento problém. Předpokládá se, že v roce 2040 vystoupá procento z 4,4 % na 9,4 % seniorů v populaci v zemích evropské patnáctky, kdy naše republika patří k nejrychleji stárnoucí zemi. Tímto vývojem se dá očekávat nárůst počtu pacientů seniorů, již se ocitnou v nemocničních zařízeních a po stabilizování jejich stavu a kvůli snížení soběstačnosti vlivem pozměnění zdravotního stavu, budou muset sociální pracovníci řešit už tak nelehkou situaci, kam umístit takového klienta a jak vyřešit jeho situaci s použitím veškerých možných dostupných možností sociální péče ve většině případů i zdravotního ošetření.

## 2 Sociální práce ve zdravotnictví

### 2.1 Zdravotnická zařízení a její organizace

Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, je zdravotnické zařízení prostor, budova, která je určena pro poskytování zdravotnických služeb. Zákon pojednává o činnostech a postupech činností poskytovaných ve zdravotnických zařízeních. Dále zákon pojednává o právech a povinnostech pacienta, jenž využívá zdravotnických služeb (Sbírka zákonů, MZ).

Druhy a základní formy zdravotnických zařízení vysvětluje (Kebza a kol., 2017) v tomto přehledu:

#### 1) Ambulantní péče

Druh poskytování zdravotnické péče, při níž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci pacienta, nebo přijetí na lůžko.

Rozlišujeme dva druhy ambulantní péče:

- a) Primární ambulantní péče – tento druh péče je poskytován zejména praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, zubními lékaři (stomatology) a praktickými ženskými lékaři (gynekology). U těchto lékařů je nutností se zaregistrovat. Lékař však může pacienta odmítnout, pokud by přijetí pacienta bylo nad rámec jeho kapacitní možnosti. Účelem této péče je především poskytování preventivní, diagnostické a léčebné péče.
- b) Specializovaná ambulantní péče – tento druh péče poskytují lékaři specialisté v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. Pokud se pacient rozhodne takového specialistu navštívit, není nutné doporučení od lékaře primární péče.

#### 2) Lůžková péče

Pokud již nelze zdravotní stav léčit ambulantně, musí být pacient přijat k hospitalizaci. Poskytování lůžkové péče je buď v rámci nemocnice, nebo odbornými léčebnými ústavami jako jsou například léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny, noční sanatoria nebo lázeňské léčebny. Nepřetržitý provoz takové péče je dělen na akutní, následnou či dlouhodobou. Tento druh péče je buď přímo doporučen a zajištěn lékařem primární péče či lékařem specialistou, nebo při akutních

potíží se mohou pacienti dostavit sami nebo přijetí do nemocnice zajistí rychlá záchranná služba.

3) Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Pacientům, kteří vyžadují odbornou zdravotní péči a zároveň mohou fungovat v domácím prostředí, může tuto zdravotní péči poskytnout návštěvní služba či domácí péče. Takto je možné pečovat i o pacienty v terminální fázi v rámci paliativní péče.

4) Pohotovostní a neodkladná péče

V případě, kdy pacient potřebuje ošetření mimo ordinaci hodiny, nebo pokud lékař není přítomen ve své ordinaci, absentujícího lékaře zastupuje jiný lékař. Ve větších lokalitách jsou pak provozovány pohotovostní služby v rámci první pomoci. K této službě patří i složka organizované zdravotnické záchranné služby, jež poskytuje neodkladnou péči. Je zřízena pro případy, kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě a jeho zdravotní stav by mohl vést k náhlé smrti.

5) Závodní preventivní péče

Péče poskytovaná ze strany zaměstnavatele. Tato péče se stará o zdravotní stav zaměstnance v průběhu celého pracovního poměru, jak v rámci vstupní prohlídky, průběžné prohlídky, tak i při výstupní prohlídce. Dále je ze strany zaměstnavatele zajišťována odborná poradenská činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví a je kontrolován vliv práce a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců.

## 2.2 Profesionalita ve zdravotně sociální práci

Kutnohorská a kol. (2011) pojednává, že zdravotně sociální práce je činnost, kterou vykonává zdravotně sociální pracovník, nebo sociální pracovník. Pomoc je zaměřena na klienta, jenž se dostal do tíživé životní situace ve spojitosti se zdravotním stavem a není schopen svoji situaci řešit svými silami, ani s pomocí svých nejbližších. Při svojí práci se dostává zdravotně sociální pracovník do dvojrole. Na jedné straně je vázán dodržovat normy a zákonná ustanovení, tedy je zástupcem státu, a druhá jeho role je jako prostředník klienta a společnosti. Profesionalita zdravotně sociálního pracovníka spočívá v uvědomění si svých rolí a to, že je:



- zástupcem státu a majoritní společnosti
- je představitelem většinové kultury
- udává kritéria normality
- hájí občanská práva klienta
- je zprostředkovatelem vztahu klient – stát

### **2.3 Osobnostní rysy zdravotně sociálního pracovníka**

Jak psala Kutnohorská (2011) o profesionalitě, zabývá se i problematikou osobností rysů těchto pracovníků. Vztah pacienta se sociálním pracovníkem je velice křehký a pro jeho optimální udržení by měl mít zdravotně sociální pracovník určité osobnostní rysy:

- Hlavní je kompetentnost, předepsané vzdělání, profesionální a životní zkušenosti, svědomitost, odpovědnost, předvídatelnost, umět se rychle a správně rozhodovat.
- Ve vztahu ke klientovi by měl být empatický, komunikativní, rozvážný, autentický, citlivý, trpělivý, laskavý, důvěryhodný a umět porozumět klientovi a jeho potřebám.
- Při práci je důležitý i dobrý vztah k nadřízeným. Zaměstnanec na pozici zdravotně sociálního pracovníka by měl být loajální, pravdomluvný, disponibilní a pružný k novým věcem.

### **2.4 Pracovní náplň sociálního pracovníka v nemocnici**

Činnost sociálního pracovníka v nemocnici popisuje Kuzníková (2011) jako činnost, jež má za úkol pacienta sociálně rehabilitovat. Je to složitý proces, který má za úkol zvýšení, či udržení kvality života pacienta, jenž se dostal v souvislosti se zdravotním stavem do nepříznivé situace.

Činnosti, jež sociální pracovník provádí jsou:

- Řeší situace akutně hospitalizovaných pacientů. Lékař je ten, kdo rozhoduje o tom, zda bude pacientovi sociální péče aktuálně poskytnuta.
- Sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných. Je poskytováno sociální poradenství, plánovaná péče a sociální rehabilitace, jednání s externími

institucemi, zprostředkování specializovaných služeb a specializované pomoci, poradenství v oblasti bytové a finanční situace, spolupráce s rodinou pacienta či jeho nejbližšími a v neposední řadě psychosociální pomoc klientovi.

- Sociální prevence. Průběžná depistáž potencionálních pacientů, jako prevence zhoršení životní situace.
- Vyhotovení sociální anamnézy a prognózy pacienta. Usilování sociálního pracovníka o reintegraci pacienta, znovunavrácení do původního sociálního začlenění. Také sociální pracovník zjišťuje, zda jeho sociální situace nezhoršuje jeho zdravotní stav, což je v této práci klíčové. Pokud reintegrace pacienta není možná, je snaha sociálního pracovníka nalézt formy pomoci, jež by zlepšily životní situace pacienta a zároveň připravit rodinu pacienta na možné trvalé následky jejich blízkého.
- Aplikace metod sociální práce. Možnost kvalitně uplatňovat metody sociální práce je spíše přáním sociálního pracovníka, jelikož administrativní zatížení je nepřehlédnutelné. V nemocnici používají sociální pracovníci zejména individuální práci s klientem, sociální práci s rodinou nebo skupinovou práci s klientem a jeho rodinou.

## **2.5 Zahraniční pojetí sociální práce v nemocnici**

Takzvaný skandinávský model je část sociálního systému, jejím cílem je vytvořit komplexní sociální zabezpečení pro všechny občany. Tento model je používám ve Finsku, kde třetina všech sociálních pracovníků je zaměstnána v nemocnicích, má univerzitní vzdělání a každé oddělení má svého sociálního pracovníka, který má blíže všem hospitalizovaným pacientům a může pružněji provádět sociální rehabilitaci u pacientů, jež potřebují sociální pomoc (Beránková in Kuzníková 2011).

Sociální práce ve zdravotnictví v Anglii je spojována s historickými událostmi. Převrat nastal v 19. století, kdy proběhla průmyslová revoluce, zvýšila se migrace. První sociální pracovníci stáli u zrodu tradice sociální práce ve zdravotnictví (Kuzníková 2011).

Komplexností sociální péče v návaznosti na zdravotní péči se zabývala rakouská studie probíhající v roce 2018, která se zaměřila na sociální práci v Rakousku. Vědci zjistili, že v jejich zemi chybí integrace sociální péče do zdravotní péče (Kriegel, 2019).

### 3 Legislativa ovlivňující činnost sociálního pracovníka v nemocnici

Aktuální platná legislativa České republiky neřadí nemocnice mezi zařízení sociálních služeb, což ovlivňuje i náplň sociálního pracovníka v nemocnici.

I přes to, že činnost sociálního pracovníka není pevně ukotvena, je sociální pracovník povinen při své práci se řídit některými zákony. Četná různorodost této činnosti, kdy se sociální pracovník setkává s mnoha diferenciálními případy, vyžaduje jeho práce znalost právních norem pro kvalitní poskytování sociálního poradenství dle potřeb pacienta (Kuzníková 2011).

Výchozí oporou pro činnost každého sociálního pracovníka je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje základní vymezení pro jednotlivé služby v sociální práci. § 52 v tomto zákoně s názvem Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se v odstavci píše: *„Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.* Tento zákon zároveň upravuje i základní činnosti poskytované sociálním pracovníkem, a to aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv pacienta.

Dále zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon rozděluje činnosti nelékařských pracovníků, a tedy i sociálního pracovníka dle dosaženého vzdělání a pracovního zařazení. Rozděluje dva typy pracovních míst se sociálním zaměřením – zdravotně sociálního pracovníka a jiného odborného pracovníka se sociálním zaměřením.

Další oporou sociálního pracovníka je vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů, kde se uvádí: *„Jiný odborný pracovník uvedený v § 45 až § 53 pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování zdravotní*

*péče vykonává činnosti, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče, v rozsahu své odborné způsobilosti; rozsah odborné způsobilosti vyplývá z obsahu absolvovaného studijního programu.*“ Tato vyhláška přímo uvádí tři body činnosti jiného odborného pracovníka, prvním bodem je dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, druhým bodem vedení zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů v rozsahu činností, ke kterým je způsobilý. Dále pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení a nakonec se podílí na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu.

## 4 Dilemata sociální práce

Při práci sociálního pracovníka v nemocnici, jako i u ostatních sociálních pracovníků, dochází k vnitřním rozporům, jak se správně rozhodnout. V některých situacích rozhoduje právě sociální pracovník o tom, jaké rozhodnutí bude to nejsprávnější a nejvhodnější pro konkrétního klienta (Bicková, 2010). Důležitým faktorem v těchto situacích je osobní zkušenost, osobnost, vlastní hodnoty a osobnostní kvality sociálního pracovníka. Bicková (2010) předkládá dva rozměry dilemat sociálního pracovníka, a to rozdělení etické praxe na defenzivní a reflexivní. O defenzivní mluvíme, když sociální pracovník jedná podle předpisů, směrnic a zákona, které mu vymezují jasné postupy a možnosti, a navíc ho chrání před vlastní zodpovědností. Naproti tomu, jak uvádí Bicková (2010), reflexivní postup je ten, ve kterém sociální pracovník dokáže vlastní praxi reflektovat a je schopen etická dilemata identifikovat, ale i rozpoznat, jak vznikají. Je jistější svými kroky, které plynou především z praxe.

O dilematech píše i Mickertsová (2011), uvádí, že existuje formalizace a deformalizace z převedení na sociálního pracovníka v nemocnici. Deformalizace by se dala napasovat na péči o pacienta v domácím prostředí, kdy rodina odmítá jakékoliv ústavní zařízení, či jinou pomoc. Dále Mickertsová zmiňuje jako další dilemata sociální práce problém profesionalizace a deprofesionalizace, ale s tímto problémem se sociální pracovníci ve zdravotnickém prostředí setkávají minimálně.

Zvoníková (2010) definuje dilemata a etické problémy jako situaci, kdy daný postup sociální práce je daný, ale sociálnímu pracovníkovi se osobně příčí, nebo stojí před dvěma nebo více stejně nevhodnými možnostmi.

Stojí za to i uvést text Mickertsové (2011), jenž rozebírá všední dilemata sociálních pracovníků, se kterými se setkávají. Uvedu zde jen pár hlavních a nejčastějších dilemat. První je dilema mezi komplexními a zjednodušenými cíli. Neurčitost podmínek své sociální práce vedou ke zjednodušování cílů. Neurčitost může mít prapůvod na poli politickém, kdy určité politické programy se záměrně snaží vyhnout konfliktům. Další příčinou může být neurčitost technologií sociálních služeb, kdy není zřejmé, zda a jak lze potřebných cílů dosáhnout. Této situaci se lze vyhnout konkretizací nejasných cílů, výběrem cílů, které jsou slučitelné. Dále Mickertsová říká, že s tímto dilematem se sociální pracovníci vyrovnávají sebe ospravedlňováním a medializací sociálních problémů. Další dilema má rozkol mezi množstvím klientů a kvalitou poskytovaných

služeb. Sociální pracovník musí najít správný poměr v kvalitě poskytovaných služeb při velkém množství pacientů, kteří vyžadují jeho pomoc. Dilema mezi poskytováním materiální a nemateriální pomoci je také nesnadné, materiální pomoc, myšlena finanční pomoc nebo sociálně právní poradenství, je spíše krátkodobá a nemateriální pomoc je naučit klienta zlepšit si životní situaci vlastními silami. Neméně podstatné je i dilema mezi snahou zasáhnout včas a obavou z unáhleného rozhodnutí. Najít pomyslnou hranici, kdy správně načasovat potřebnou pomoc, je rolí dobrého sociálního pracovníka.

V Sociálním sešitě vytvořeném Ministerstvem práce a sociálních věcí (2015) rozebírá Bandit dilemata sociální práce z hlediska limitace zdrojů v sociální práci. Při své práci u nás i v zahraničí se zamýšlí nad otázkami, se kterými se při své práci setkal. Uvádí například, zda je etické, že sociální pracovník toleruje nelegální brigádu svého klienta, když ví, že bez peněz z tohoto zdroje jim hrozí ztráta ubytování. Jako další příklad uvádí to, že často sociální dávky nepokryjí nejnütnější výdaje, nebo jak přihlížet situaci, kdy klient potřebuje konkrétní sociální službu, kterou jim z kapacitních nebo finančních důvodů nemůže nabídnout, nebo jak má zvládnout kompletní sociální poradenství pro klienta za předem určený čas, když za dveřmi stojí dalších dvacet klientů. Setkává se i s případy, kdy by měl klienty poslat do zaměstnání v rámci individuálního plánu, když ví, že tím by klient přišel o dávky, které jsou jedinou ochranou před devastujícími exekucemi. Bandit (2015) říká, že každý sociální pracovník pocítí morální tíseň z důvodu neproveditelnosti své práce s ohledem na limitované zdroje, legislativní omezení nebo podfinancování sociálních služeb. Nově vznikající konzumeristické postupy, požadavky na měřitelnou efektivitu práce, manažerismus a byrokratické přístupy znepríjemňují práci sociálního pracovníka. Etické dilema je vždy volbou mezi dvěma nežádoucími alternativami, a to morální a administrativní. Celý problém shrnuje tím, že z pohledu aktivistického lze etická dilemata vnímat nikoli jako krizi hodnot, ale jako příležitost ke zlepšování etického rámce sociální práce (Bandit 2015).

Další hledisko sociálních dilemat v Sociálním sešitě popisuje Davidová (2015), a to dilemata vyplývající z lokálních a politických zdrojů či tlaků zaměstnavatele. V článku píše, že obce často opomíjejí služby primární prevence v oblasti bezdomovectví, kriminality, užívání drog a dalších sociálně patologických jevů. Jejich prevence je daleko méně nákladná, než její následné odstraňování, čímž dochází k nerovnoměrnému financování sociálních služeb, v čemž spatřuje primární příčinu vzniklých situací. Dilema vidí v tom, že sociální pracovník by měl jednat podle etických zásad čili snažit se bránit

patologickým jevům u nichž dopředu ví, že nastanou, pokud nebude dostatečně poskytnuto sociální poradenství, či zřízena potřebná sociální služba. Další dilema uvádí Davidová (2015), kdy se sociální pracovník setkává se situací v rámci obce, kdy řeší případ odejmutí svéprávnosti či umístění do vhodného sociálního zařízení, především u klientů se symptomy psychopatologické poruchy, a to na doporučení či nařízení obce. Dilema nastává v tom, že takové jednání není pokaždé v souladu se zájmem klienta. Samotné dodržování pracovní doby může být protichůdné potřebám klientů, kdy zaměstnavatel lpí na dodržování pracovní doby a některé situace, především terénní práce, kdy klient potřebuje doprovodit do jiných institucí, či večerní depistáže klientů by umožnilo poskytnutí pružné pracovní doby, ale to vždy zaměstnavatel nezohledňuje. Davidová (2015) shrnuje doporučení pro sociálního pracovníka při setkání s některým z dilemat. Jedním z doporučení je určitě mít dobrou znalost právních a metodických vodítek práce ve veřejné správě a etických zásad, uvědomit si existenci tohoto dilematu, a nakonec řešit vzniklé kolize situačně, což znamená neplnit doslovně metodická nařízení, která mohou v důsledku škodit klientům, ale zároveň je ani neignorovat, protože mohou mít své opodstatnění.

V Sociálním sešitě píše i Macurová (2015), která rozebírá sociální dilemata převážně z hlediska ambivalence pomoci a kontroly v sociální práci. Píše, že sociální pracovník vidí dvě možné cesty, cesta pomoci nebo kontroly, kdy kontrola je postavena na zájmech jiných lidí než na zájmech klienta a pomoc je chápána jako výsledek interakce mezi klientem a sociálním pracovníkem. Macurová klade důležitost umět nahlížet na etické dilema z více pohledů a následně na ně umět reagovat, přistupovat v řešení klientových situací holistickým způsobem. Důležité je také vnímat situaci jako celek bez nutnosti soustředit se na prolnutí kontroly a pomoci nebo její ambivalenci a brát ohled na to, že naše rozhodnutí v práci s klientem je navazující na více pomoci, které souběžně klient může přijímat, což pokaždé nemusí sociální pracovník brát v úvahu.

Etická dilemata v Sociálním sešitě řeší i Opatrný (2015), který se podrobně zabývá dilematy vyplývající z odpovědnosti sociálních pracovníků k sobě samým a dilematy v nastavení hranic vůči klientům. Vysvětluje je ve vztahu klienta a sociálního pracovníka, přičemž sociálnímu pracovníkovi jsou přiřčeny vlastnosti předpokladu, co klient potřebuje. Měl by uhodnout klientovy nevyřčené potřeby, ale zároveň umět rozeznat hranice zneužívání. Jedná se o to, že v tomto případě začne klient určovat, co pro něj má pracovník udělat a co ne. Jako příklad uvádí azylový dům, kdy osoby bez přístřeší mohou

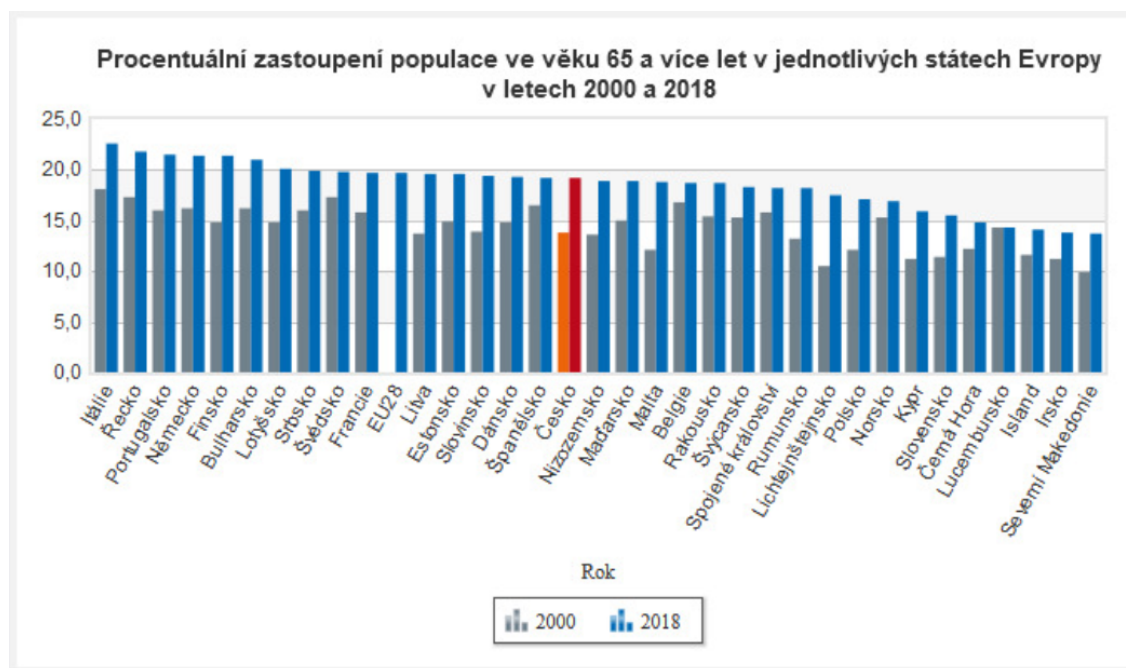
kdykoliv přijít do denního centra ohřát se, umýt se, najíst se. Klienti tak nejsou dostatečně motivováni k tomu, aby svojí sociální situaci měli potřebu zlepšit, a to je další krok k dalším požadavkům na pracovníky azylového domu. Takto vzniká ohrožení klienta ze strany sociálního pracovníka, který nebere ohled na skutečné problémy klienta, nebo je nevidí.



## 5 Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví

### 5.1 Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení

V rámci dlouhodobého trendu vývoje demografické křivky stárnutí populace narůstá potřeba dlouhodobé péče a spektra služeb u seniorů nejen v samotných sociálních zařízeních, ale i na odděleních lůžkové péče dlouhodobě nemocných pacientů v nemocnicích (Havrdová 2010). Tvrzení, že populace stárne, jasně píše i Český statistický úřad, jež uvádí, že seniorská skupina osob se bude v nadcházejících padesáti letech výrazně zvyšovat. Předpoklady dle současného vývoje říkají, že v roce 2050 stoupne počet seniorů na 28,6 % populace, přičemž z roku 2001, kdy bylo 13,9 % seniorů, vystoupal počet v roce 2017 na 19,2 % z celkového počtu obyvatel (ČSÚ, 2019). Se stárnutím populace jsou na tom stejně i jiné státy Evropy, jak můžeme vidět na obrázku číslo 1, kdy ve sledovaném období došlo k výraznému zvýšení počtu seniorů.



**Obrázek 1**

Zdroj: ČSÚ

V rámci společnosti by péče o seniory měla být jakýmsi projevem kultury dané společnosti a zajištění kvalitních služeb, souvisí s jejími hodnotami. Tato problematika

by se měla promítnout laické veřejnosti, aby problém a kvalitu péče zařadili mezi hodnoty svého života (Havrdová 2010).

O kontinuitě sociální práce a zdravotní péče se zamýšlí i Matoušek (2010), který popisuje, že zhoršení zdravotního stavu s sebou přináší ve většině případů i potřebu sociálních služeb. Z toho vyplývá, že je nutností, aby péče o tyto klienty probíhala jak v multidisciplinárním týmu zaměstnanců nemocnice, tak i externích pracovníků, kteří mohou dopomoci k efektivnějšímu řešení situace pacienta seniora. Výstižně Matoušek rozebírá kritické situace, které obvykle vedou ke zhoršení situace seniora, je jím zpretrhání sociálních vazeb, které byly dosud nedílnou součástí jeho života, patří mezi ně odchod do důchodu, hospitalizace, odchod blízkého člověka, odchod do ústavní péče nebo integrace do nové sociální sítě. Právě v této době je na sociálním pracovníkovi, aby přiměřeně využil jednotlivých metod a prostředků, které by seniorovi dopomohly sociálně se adaptovat v těchto nelehkých situacích.

I dle výzkumu provedeného v britských nemocnicích je sociální práce velice důležitá. Výzkumem bylo zjištěno, že včasná a dostatečně kvalitní komunikace s pacientem v geriatrické křehkosti, může ovlivnit délku pobytu v nemocnici a ovlivnit rozhodnutí týkající se konce života pacienta (Bridges, at al. 2020).

Studie z Nizozemí byla zaměřena na následnou péči o seniora v domácím prostředí, kdy bylo zjištěno, že největším prospěchem z pobytu v domácím prostředí je samotná aktivace seniora při úkonech základní péče. Ukázalo se, že přebírání všech úkonů v péči o seniora nevede ke zlepšení jeho stavu (Meets, 2017).

## **5.2 Sociální práce s dětmi ve zdravotnickém zařízení**

Dětství je pro každého jedince základní a integrální etapou jeho života, kdy slovo dětství je ekvivalentem pro každého jedince do věku 18 let. Obor, který se jím zabývá se nazývá pediatrie, vydělila se v 19. století z vnitřního lékařství (Kuzníková 2010). Provázanost zdravotního ošetřujícího personálu a lékařů pediatrie je přímo nezbytná, ale také nelehká pro obě strany, a v některých případech je do spolupráce v péči o pacienta povolán i sociální pediatr (Kuzníková 2010).

Kukula (2016) vysvětluje jeden z důležitých aspektů práce sociálního pediatra. Je tím aspekt citový a mravní, kdy má být obhájcem a ochráncem dítěte v nelehké situaci za hospitalizace.

Ve většině případů, ve kterých je zapotřebí práce sociálního pracovníka v nemocnici, jsou situace, kdy je podezření, nebo dokonce potvrzený případ zanedbání nebo týrání dítěte, sexuální zneužívání nebo emoční týrání (Matoušek 2010). Ne ve všech případech je rozlišení špatného zacházení s dítětem snadné. S brutálním násilím na dětech se setkávají sociální pracovníci méně často, ale i takové případy existují (Matoušek 2010).

Ve své knize se Holá (2016) dotýká problému nazývaný zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect), v českém překladu Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbaného dítěte. Podrobně ho popisuje jako psychické, fyzické a sociální poškození dítěte a jeho vývoje, k němuž dochází při výchově a péči o potomka rodičů či svěřeného dítěte, při kterých dochází k nedostatečnému uspokojení základních potřeb dítěte. Nebo jsou svědky domácího násilí v rodině, které se jich fyzicky netýká, ale poškozuje jejich psychiku samotnou přítomností událostí mezi členy rodiny. Sociální pracovník má povinnost při podezření na týrání dítěte se neprodleně obrátit na příslušný krajský orgán sociálně právní ochrany dětí, kde sociální pracovníci dle platného zákona mají povinnost oznámit tuto skutečnost orgánu činnému v trestním řízení, že dochází k násilí mezi rodiči, nebo jinými členy žijícími ve společné domácnosti, nebo je týrané samotné dítě (Holá 2016).

### **5.3 Sociální práce s lidmi bez přístřeší ve zdravotnickém zařízení**

Vágnerová (2012) uvádí, že bezdomovci jsou nestandardní osobnosti, které mívají často nějakou psychickou poruchu. Nedokáží pochopit běžná pravidla a normy okolní majoritní společnosti a z toho vyplývá, že nedokážou respektovat běžná pravidla a chovají se asociálně. Proto bývají odmítáni, a to má za následek další sociální propad.

Tato cílová skupina je velice specifická, jelikož se při ní sociální pracovník setkává v některých případech hned s několika problémy najednou (Baláž 2010). Způsob života lidí bez domova přináší takzvané kumulované sociální problémy, kdy samotným determinantem problémů bývá někdy samotný sociální systém, který efektivní inkluzivní sociální pomoc limitují. Hovoříme tak o duální sociální diagnóze, jak vysvětluje Baláž ve své knize. Tuto situaci vysvětluje jako nevyhovující nebo nedostačující řešení pro lidi bez

domova. Jako neméně častým je problém, kdy takový člověk má velký problém se vůbec zaregistrovat u praktického lékaře, v tomto případě narážíme na nedostatečnou provázanost sociální a zdravotní péče. Dále se jedná o problém zařazení člověka bez přístřeší, seniora, do tradičního domova pro seniory, kdy narážíme na podmínky k přijetí, jako je absence psychiatrické diagnózy a absence abúzu v tomto případě alkoholu, což ve většině případů tito lidé nesplňují.

Abúz alkoholu a masivní kouření, závislost na psychoaktivních látkách je ve většině případů velkým determinantem přispívající ke zhoršení zdravotního stavu a následnou hospitalizací, jak uvádí Vágnerová (2012). Dále je pro bezdomovce typická zhoršená, či spíše absence základní hygieny, z důvodu špatné dostupnosti, nedostatečná životospráva, časté podchlazení z důvodu užívání alkoholu. Ve své podstatě je sociální péče s bezdomovci v nemocnici tou nejtěžší skupinou. Dochází k opakovaným remisím, kdy po propuštění z hospitalizace se vrátí k původnímu způsobu života, a tím zvyšuje riziko předčasného úmrtí následkem dlouhodobého užívání alkoholu, drog, komplikovaného úrazu, či jeho život končí podchlazením, nebo celkovým vyčerpáním (Vágnerová 2012).

Jak ukázala i studie o riziku nemoci lidí bez domova ve Spojených státech amerických a Kanadě, většina těchto lidí uspokojuje primárně pouze své základní potřeby, jako je hledání přístřeší a jídla, před poskytováním zdravotní péče, jelikož byrokracie a přísná otevírací doba stejně jako diskriminace a stigmata brání těmto osobám k přístupu ke zdravotní a sociální péči (Omerov, 2019).

#### **5.4 Sociální práce s umírajícími ve zdravotnickém zařízení**

Úroveň dnešní paliativní péče je nesrovnatelně na lepší úrovni než před několika lety, a to hlavně díky pokroku v medicínské oblasti, kdy u pacientů s nevléčitelnou chorobou lze již ve většině případů zmírnit, nebo zcela odstranit symptomy nevléčitelné nemoci (Matoušek 2010). Úkolem lékařů je samozřejmě správná diagnóza a léčba pacienta. Dlouhodobé upoutání na lůžko a dlouhá hospitalizace ovlivňuje pacienta ve všech oblastech jeho života, což se podepisuje na zdravotním stavu. Ovlivňující stresory jsou například dlouhodobá izolace, absence častých návštěv, změna prostředí, odkládání vyslovení konečné diagnózy či ztrátou role v rodině pacienta (Matoušek 2010). Matoušek dále uvádí, že rolí sociálního pracovníka je umět se zaměřit na konkrétní sociální situaci

konkrétní osoby. To by mělo upevnit jeho roli v multidisciplinárním týmu, kdy sociální pracovník je nápomocen jak pacientovi, tak celé jeho rodině, která se nachází v nejtěžších chvílích. Musí být schopen v nejtěžších situacích mít dokonalý přehled o dostupnosti všech služeb, jež mohou být prospěšné či pomocné pro pacienta a jeho rodinu jak ve státním sektoru, tak i nestátním, a umět pomoci rodině, pokud chtějí o člena rodiny pečovat v jeho posledních chvílích doma. Měl by znát možnosti různých hospicových a odlehčovacích služeb, pokud je například toto poslední přání pacienta. Práce s touto cílovou skupinou je nesmírně vyčerpávající, jelikož si sociální pracovník uvědomuje nezvratný stav pacienta, podstupuje tím riziko syndromu vyhoření a pocity bezmocnosti.

Maroon (2012) se zmiňuje, že pocity při práci mohou vyústit i ve roztrpčení, zlobu až nepřátelství a odcizení, nebo dochází ke ztotožnění s pacientovou situací. Takové psychické zatížení není možné dlouhodobě snášet, proto se musí sociální pracovník naučit vlastní disciplíně a umět dodržet profesionální přístup.

## **Praktická část**

### **6 Výzkum**

#### **6.1 Cíl výzkumu**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích. V rámci výzkumu bylo zjišťováno, jaké má sociální pracovník působící v nemocnici vzdělání, jaká je jeho pracovní náplň. Dále se výzkum soustředil na to, zda je jeho práce dostatečně ohodnocena, zda jeho funkce v multidisciplinárním týmu je adekvátně brána na zřetel. Nedílnou součástí výzkumu bylo zjistit, zda se sociálnímu pracovníkovi, který působí v nemocnici, dostává dostatečné podpory ze strany zaměstnavatele a s jakými úskalími se ve své práci setkává.

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

- 1) Jaká je role sociálního pracovníka v nemocnici.

#### **Dílní výzkumné otázky:**

- 1) Jakou má sociální pracovník v nemocnici kvalifikaci a jeho možnosti dalšího vzdělávání?
- 2) Jaká je pracovní náplň sociálního pracovníka v nemocnici?
- 3) S jakými limity a úskalími se sociální pracovník v nemocnici setkává?

#### **6.2 Metodika**

Téma je z pohledu odborníků působící v nemocnici specifické, jelikož se zde propojují jak oblast zdravotnická, tak oblast sociální. Z tohoto důvodu, aby byla problematika probádána hlouběji, byl zvolen kvalitativní výzkum.

##### **6.2.1 Kvalitativní výzkum**

Vývoj kvalitativního výzkumu v čase byl nejistý a potýkal se s jistou nerelevantností, validitou informací, jelikož v dřívější době byl používán pouze jako doplněk

kvantitativního výzkumu, ale postupně získal v sociálních vědách rovnocenné postavení a je uznávám jako seriózní sběr informací (Hendl, 2016). Optimisticky se vyjádřil i známý výzkumný metodolog Crosswell (Crosswell In: Hendl, 2016, s. 46), kdy kvalitativní výzkum definoval takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního anebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

V knize Hendla (2016) se dočteme, že kvalitativní výzkum se započíná tím, že si stanovíme základní zkoumané otázky. Modifikace otázek je zcela běžná, jelikož pracujeme v terénu v přirozeném prostředí a dopodrobna pružně zkoumáme daný problém, kdy výzkumník hledá a analyzuje jakékoliv informace, které mohou přispět k osvětlení problému. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje podrobný popis výzkumu, rozsáhlé citace z rozhovorů, jeho načasování a záznamy z rozhovorů s cílovou skupinou.

### **6.2.2 Metoda získávání dat**

Pro získání dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Jelikož předem nejsou známy odpovědi komunikačních partnerů, je možno se během rozhovoru doptat na nově zjištěné informace, jež mohou dopomoci odhalit zkoumaný cíl výzkumu.

#### **Polostrukturovaný rozhovor**

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval patnáct zkoumaných otázek, jež měly objasnit hlavní cíl výzkumu, což je role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích. Dále byly otázky vytvořeny tak, aby odhalily pracovní možnosti, kompetence a dilemata, s nimiž se sociální pracovníci setkávají ve své práci. Výzkum byl zaměřen na dosažené vzdělání, kde bylo zjišťováno, zda na pozici sociálního pracovníka pracují jak sociální pracovníci, tak i zdravotně sociální pracovníci. V rámci této otázky, byly kladeny doplňující otázky, jak dlouho komunikační partneři pracují na této pozici a zda již v minulosti pracovali na pozici sociálního pracovníka v jiné instituci, než je nemocnice, nebo zda mají i jiný úvazek současně a zda jejich pozice sociálního pracovníka v nemocnici je pro ně komfortní. Otázky byly zaměřeny na pracovní náplň, co je

předmětem jejich práce, zda výsledky jejich práce jsou hodnoceny i jinak než finančně. Předmětem výzkumu bylo i postavení v multidisciplinárním týmu, zda kolektiv nemocnice bere jejich práci na zřetel a jak probíhá jejich spolupráce. V souvislosti s kompetencemi na jejich dosažené vzdělání bylo zkoumáno, zda je zdravotnické vzdělání nějak omezuje při výkonu práce, myšleno – možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace. Závěrem rozhovoru bylo zjišťováno, jaké mají sociální pracovníci možnosti, jež by vedly ke zlepšení podmínek pro jejich práci a zda se setkávají při svojí práci s dilematy, jež musí řešit při práci s klienty, potažmo s pacienty nemocnice.

Rozhovory, které byly vedeny osobně autorkou práce, byly zaznamenávány na diktafon, v dalších případech, kdy rozhovor probíhal prostřednictvím telefonického rozhovoru, byl použit poznámkový blok a odpovědi zapisovány během rozhovoru.

### **6.2.3 Výběr výzkumného souboru**

Dle knihy Hendla (2012) lze použít totální výběr, pokud jsou kritéria pro výběr předem známá a nezávislá na výsledcích. Jako příklad uvádí demografické parametry a je-li počet zkoumaných objektů malý. Totální výběr znamená – se všemi pracovníky zkoumaných institucí.

Pro potřeby bakalářské práce byl tedy zvolen totální výběr, jelikož splňuje výše zmíněné parametry – výzkum se zabývá rolí sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích, jejichž počet je malý. V jihočeském kraji je osm krajských nemocnic. Počet sociálních pracovníků v jednotlivých nemocnicích se různí. Při výzkumu tedy nehrály roli pouze kapacitní možnosti jednotlivých nemocnic při zaměstnanosti počtu sociálních pracovníků zaměstnaných v jednotlivých nemocnicích, spíše se jednalo o rozhodnutí jednotlivých vedení nemocnic. Celkový počet sociálních pracovníků v jihočeských nemocnicích je sedmnáct, což tvořilo výzkumný soubor. Všichni tyto pracovníci byli kontaktováni nejprve prostřednictvím telefonického hovoru, poté jim byl zaslán e-mail, jehož prostřednictvím byl dohodnut konkrétní termín rozhovoru a předem jim byly zaslány návodné otázky, jež byly použity v rozhovoru. Komunikační partneři byli informováni o tom, že se jedná o výzkum k bakalářské práci a jejich výpovědi budou anonymní a budou zapsány pod kódovou značkou - „komunikační partner“ č. 1, č. 2...



Všichni sociální pracovníci byli poučeni o tom, že výzkum je dobrovolný a mohou rozhovor kdykoliv odmítnout nebo ukončit.

Z celkového počtu oslovených komunikačních partnerů se podařilo realizovat rozhovory jen s osmi sociálními pracovníci celkem z šesti jihočeských nemocnic. Ve čtyřech případech byl rozhovor uskutečněn osobně, což umožňovalo více se doptat na zjištěné skutečnosti a osobně poznat prostředí, v němž sociální pracovníci vykonávají svou činnost, což bylo i předmětem jedné ze zkoumaných otázek.

Nutno zmínit, že v době výzkumu panovala nestandardní vládní opatření, což mělo na kvalitu výzkumu jistě nepochybně negativní vliv, proto další čtyři rozhovory byly poskytnuty prostřednictvím telefonického rozhovoru, kde byly časové možnosti omezeny a odpovědi se musely shrnout do daného časového úseku, tedy 30 minut, jelikož nebylo možné se věnovat telefonickému rozhovoru a pracovním záležitostem současně. Sociální pracovníce ze dvou nemocnic rozhovor neposkytly. Jedna komunikační partnerka se do výzkumu nezapojila z časových důvodů, v druhém případě nemocnice na písemnou žádost vůbec neodpověděla. Ti komunikační partneři, již souhlasili s rozhovorem, byli vstřícní a ochotní na otázky odpovídat a zajímalo je, jak to chodí i v jiných nemocnicích. Nebylo však možné v době probíhajícího výzkumu tyto informace poskytnout. Někteří komunikační partneři tedy projevíli zájem o konečnou verzi bakalářské práce. Při osobních rozhovorech byl poskytnut dostatečný prostor pro doptávání k jednotlivých otázkám. Osobní rozhovory probíhaly v kancelářích sociálních pracovníků. Jelikož většina nemocnic disponuje více zaměstnanci na pozici sociální pracovník, většina odpovědí v rámci jedné nemocnice vyzněly obdobně, někdy i zcela stejně, což se dá vzhledem k podmínkám a chodu dané nemocnice předpokládat.

#### **6.2.4 Harmonogram výzkumu**

Výzkum probíhal v měsících duben a květen roku 2021, po domluvě s jednotlivými sociálními pracovníky, dle jejich časových možností. Příprava otázek směřovala k objasnění vytyčeného cíle.

### **6.2.5 Zpracování dat**

Získaná data byla analyzována pomocí metody vytváření trsů. Metoda vytváření trsů slouží obvykle k tomu, aby se seskupily určité výroky do skupin a tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie (Miloňovský, 2006).

### **6.2.6 Analýza dat**

Data získaná prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla zaznamenávána na audiozáznam a následně přepsána do elektronické podoby. Výpovědi jednotlivých komunikačních partnerů jsou vzájemně porovnávány a jsou zároveň podkladem k naplnění hlavní výzkumné otázky, která byla stanovena na začátku výzkumu.

Jednotlivé odpovědi na otázky, které byly položeny komunikačním partnerům, jsou sumarizovány v nejčastější odpovědi. První část je zaměřena na vzdělání sociálního pracovníka, možnosti vzdělání a rovněž na úroveň podpory ze strany vedení nemocnice a návrhy sociálních pracovníků na zlepšení podmínek jejich práce. Druhá část výzkumu se věnuje oblasti pracovní náplně sociálního pracovníka, fungování v multidisciplinárním týmu a dilemata, s nimiž se setkává při řešení jednotlivých případů hospitalizovaných i nehospitalizovaných pacientů.

## **6.3 Výsledky výzkumu**

**První okruh otázek měl objasnit, jakou má sociální pracovník v nemocnici kvalifikaci a jaké jsou jeho možnosti dalšího vzdělávání.**

### **1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Všichni dotazovaní sociální pracovníci dosáhli vysokoškolského vzdělání. Komunikační partner č. 1 absolvoval vysokoškolské vzdělání přímo v oboru zdravotně sociální pracovník. Komunikační partneři č. 2, 3, 4, 5 jej dosáhli v oboru sociální práce a zároveň byli také rekrutováni z řad zdravotních sester. Komunikační partner č. 2 má dokonce úvazek i jako zdravotní setra, takže současně zastává v nemocnici dvě pozice. Zbytek sociálních pracovníků má sice vysokoškolské vzdělání, ale pouze jako sociální pracovníci. Komunikační partner č. 8 dosáhl

vysokoškolského vzdělání v oboru sociální práce, ale má jej doplněné akreditačním kurzem v Brně, jež opravňuje zastávat pozici zdravotně sociálního pracovníka.

## **2) Existuje další jiné vzdělávání či kurzy, které mohou rozšířit vědomosti vhodné pro práci sociálního pracovníka v nemocnici?**

Všichni komunikační partneři vypověděli, že jsou povinni účastnit se ze zákona opakovaného vzdělávání v rozsahu 24 hodin ročně, toto vzdělávání je povinné. Žádný komunikační partner neuvedl, že by se někdy účastnil kurzu, který by byl přímo zaměřen na práci sociálního pracovníka v nemocnici. Komunikační partneři se shodli na tom, že si většinou sami aktivně vyhledávají kurzy, jenž pomohou při jejich práci. Příkladem může být kurz jmenovaný komunikačním partnerem č. 8, který se zúčastnil kurzu bazální stimulace. Komunikační partner č. 2 absolvoval kurz práce s rodinou umírajícího a komunikační partner č. 5 podstoupil kurz umění komunikovat. Komunikační partner č. 1 je na své nynější pozici krátkou dobu, ale může čerpat z předešlého zaměstnání, kde absolvoval spoustu kurzů pro sociální pracovníky. Většina oslovených pracovníků vyslovila zájem o nějaký kurz, jenž by byl přímo zaměřený na jejich práci.

Třetí otázka se věnovala spokojenosti platového ohodnocení, jež úzce souvisí se spokojeností na této pozici, a rovněž zda mohou tyto pracovníci nějakým způsobem kariérně růst.

## **3) Je výše Vašeho platu dostatečně motivující a máte možnost kariérního růstu?**

Dotazovaní komunikační partneři vyjádřili spokojenost s platovým ohodnocením zhruba na 50 % v závislosti na počtu odpracovaných let na této pozici. Komunikační partner č. 3 odpověděl přímo takto: „Na své pozici pracuji už 10 let a za tuto dobu jsem se dostala na dostatečné platové ohodnocení. Možnost kariérního růstu nemám, jelikož v naší nemocnici jsme dvě sociální pracovnice a já mám pozici vedoucí sociální pracovnice.“ Komunikační partner č. 2 odpověděl následovně: „Jelikož jsem zároveň zdravotní sestra, mám částečný úvazek i jako sestra na oddělení následné péče. Je tedy pro mě moje platové ohodnocení dostačující a navíc zde pracuji už

20 let, zastávám pozici sociálního pracovníka, dosáhla jsem slušného platového ohodnocení.“

Komunikační partner č. 1 nebyl naopak spokojený: „Pracovala jsem 19 let v sociálních službách a můj plat byl pro mě dostačující, proto jsem byla překvapena, jakou odměnu jsem dostala na této nové pozici. Nedávno jsem dostudovala magisterské studium se zdravotně sociálním zaměřením, proto jsem chtěla pracovat jako sociální pracovník v nemocnici a zároveň jsem se chtěla vyhnout syndromu vyhoření z minulé práce.“

Na otázku zkoumající možnost kariérního růstu odpověděli vesměs všichni komunikační partneři stejně, že možnost kariérního růstu nemají, krom komunikačního partnera č. 4., který odpověděl takto: „Pracujeme zde dvě sociální pracovnice a kolegyně. Ta, která zde pracuje déle, je zároveň ve vedoucí funkci, a navíc já nejsem zdravotně sociální pracovník, jen sociální pracovník.“

## **Shrnutí**

Všichni sociální pracovníci ve zkoumaných nemocnicích disponují vysokoškolským vzděláním v oblasti sociální práce. V každé z nemocnic je funkce zastoupena alespoň jedním sociálním pracovníkem, který má sociálně zdravotní vzdělání, jelikož pro práci sociálního pracovníka je nezbytné možnost nahlížet do zdravotnické dokumentace. Dále bylo výzkumem zjištěno, že řada sociálních pracovníků absolvovala zároveň zdravotnické vzdělání, jelikož mají i částečný úvazek jako zdravotní sestry, nebo tuto pozici vykovali již dříve. Dle vyjádření sociálních pracovníků, by uvítali vzdělávání, které by bylo zaměřené přímo na jejich profesi. Současně se ale zúčastňují i jiných kurzů, jejich vyhledávání ale pramení z vlastní iniciativy. Možnosti dalšího vzdělávání a kariérního růstu na své pozici ale nemají. Pracovní ohodnocení se velice liší, nebyla zjištěna jednoznačná odpověď, její výše je závislá na počtu odpracovaných let v jednotlivých zařízeních nemocnic.

**Druhý okruh otázek měl za úkol rozklíčovat pracovní náplň sociálního pracovníka v nemocnici. Součástí pracovní náplně je komunikace se zdravotníky nemocnice, proto byla zkoumána také spolupráce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.**

### **1) Co zahrnuje pomoc, jež nabízíte pacientům?**

Odpovědi od komunikačních partnerů se opakovaly, pracovní náplň všech dotazovaných sociálních pracovníků je stejná. Devadesátiprocentní náplní je práce na lůžkách následné péče, což znamená umístování seniorů do domovů pro seniory nebo vytváření návazností sociálních služeb pro seniory, kteří jsou propuštěni do domácí péče. Dále mají sociální pracovníci v nemocnici na starosti sociální lůžka, přičemž jejich počet se v každém zařízení nemocnice liší. Hospitalizace pacienta vede ve většině případů ke změně sociálních potřeb. S tím souvisí i množství práce, již poskytují sociální pracovníci v nemocnici. Nedílnou součástí náplně sociálního pracovníka je vedení sociální dokumentace a evidence, uzavírání smluv o poskytnutí sociální služby, dále provádí sociální šetření a posuzuje životní situace ve vztahu k onemocnění, vytváří podklady pro individuální plánování, spolupracuje s orgány veřejné správy, případně dalšími subjekty, provádí sociální prevenci včetně depistážní činnosti zaměřené na cílené a včasné vyhledávání pacientů, kteří se v důsledku nemoci mohou ocitnout, nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci. Sociální pracovník v nemocnici se dále podílí na přípravě propouštění pacientů včetně zajištění další péče a služeb, zajišťuje sociálně právní poradenství a vypracovává podklady pro získání finančních prostředků na zajištění poskytovaných sociálních služeb.

Komunikační partner č. 7 konstatuje: „Nejvíce práce mám s pacienty na oddělení následné péče. Musím nejprve oslovit rodinu a zjistit, jaká je situace. Zda se o příbuzného mohou postarat doma, nebo ne. Když ne, musím zajistit, kam pacienta, který už nemůže být u nás, propustím, nemůžu ho pustit na ulici. S tím úzce souvisí vyřizování příspěvků na péči a komunikace s jinými sociálními zařízeními. Velkou roli zde hraje čas, musím jednat rychle, pacientů přibývá.“

Komunikační partner č. 4 říká: „Práce mám opravdu hodně: vyřizování důchodů, příspěvků na péči, sociální šetření s rodinou pacienta, úmrtí a s tím spojený sociální pohřeb, řešení hmotné nouze, zajišťování kompenzačních pomůcek. Někdy řeším i týrání dítěte, to ale předávám ihned OSPODu.“

Komunikační partner č. 1 zmiňuje příklady konkrétní pomoci: „Nejvíce práce mám s umístováním seniorů do domovů a vyřizováním příspěvků na péči či jejich navyšování. Dále zajišťuji terénní zdravotnické a sociální služby před propuštěním pacienta z nemocnice, jeho umístění do léčebny dlouhodobě nemocných či následnou rehabilitační péči. Poskytuji informace o hospicové péči, vyřizuji chybějící doklady totožnosti, zajišťuji kompenzační pomůcky.

Komunikační partner č. 6 popisuje: „Často komunikuji s úřady, vyřizuji příspěvky na péči a nemocenské. Stává se, že je pacient zcela bez dokladů, v takovém případě je pomáhám zajistit. Jde o velmi různorodou práci a vždy si musím poradit, ale když se vše podaří, přináší mi to velkou radost.“

Druhá otázka byla zaměřena na to, jak práci sociálního pracovníka ovlivňuje zpětná vazba od pacientů.

## **2) Dostává se Vám zpětné vazby od pacientů, kterým poskytujete sociální poradenství, a je tato zpětná vazba pro Vás důležitá?**

Sociální poradenství v nemocnici se ve většině případů poskytuje během hospitalizace před pacientovým propuštěním. Z tohoto důvodu všichni sociální pracovníci odpověděli shodně, že zpětné vazby od pacientů se jim nedostává, neboť návazné sociální služby přebírají jiná zařízení, do jejichž péče se pacient následně přesouvá.

Komunikační partner č. 3 odpověděl: „Zpětná vazba od našich klientů skoro vůbec nefunguje, i když bychom za ni byli moc rádi. U některých lidí bychom chtěli vědět, jak dopadli a jestli jim naše pomoc byla platná. Čas od času se ale přece jen ozve rodina klienta, zrovna nedávno byla zaslána pochvala přímo na ředitelství, že jsou moc spokojeni s tím, jak jsme jim poradili.“

Komunikační partner č. 8 odpověděl: „Zpětné vazby se nám dostává jedině od klientů z oddělení následné péče. Komunikujeme s domovy pro seniory, kam většinou naše klienty umístujeme, a tím pádem máme informace o tom, že je klient v pořádku a je o něj dobře postaráno.“

Shodně reagoval i komunikační partner č. 7: „Zpětná vazba většinou není, ale je pro nás důležitá. Hlavní zpětnou vazbou je pro nás komunikace se sociálními zařízeními. Někdy ale přicházejí i pochvaly od klientů po telefonu, že jsme jim pomohli, či volají příbuzní,

že jsou rádi, a rovnou se ptají i na další problémy, které potřebují v rámci sociálního poradenství konzultovat. Často nevědí, s čím vším jim můžeme pomoci. Většina lidí netuší, že pracovníci jako my v nemocnici vůbec fungují.“

Komunikační partner č. 5 řekl: „I když od většiny pacientů nemáme informace, co se s nimi stalo, vždy je pro mě hodně motivující, když přijde nějaká pochvala. Dodá mi to chuť do další práce.“

Komunikační partner č. 6 odpověděl: „Nevím, co se děje s lidmi po propuštění, i když pro všechny udělám maximum. Někdy je pro mě zpětnou vazbou bohužel remise lidí bez domova, kdy sám pacient nedodržel moje doporučení, vrátil se ke svému starému způsobu života a po nějaké době se u nás ocitne se stejnými problémy. To mě mrzí a spíše demotivuje.“

Další otázka měla zjistit, jak funguje komunikace mezi zaměstnanci nemocnice, respektive jakým způsobem probíhá komunikace personálu jednotlivých oddělení se sociálními pracovníky v nemocnici.

### **3) Od koho přichází impulz, že ošetřovaný pacient potřebuje Vaši pomoc?**

Komunikace mezi odděleními a sociálním pracovníkem probíhá standardně ve všech nemocnicích stejným způsobem. Výzkumem bylo zjištěno, že indikace k zahájení řešení zdravotně sociálních potřeb pacientů vychází ve většině případů od zdravotní sestry nebo ošetřujícího lékaře, případně také od rodiny pacienta. Někdy klient přichází sám.

Komunikační partner č. 7 se vyjadřuje shodně jako většina komunikačních partnerů a dodává: „Pravidelně obcházím oddělení následné péče, kde provádím aktivně depistáž. Někdy se pacient ozve sám, protože potřebuje pracovní neschopnost. Pokud je pacient hospitalizován více než 30 dní, provádím sociální šetření.“

Cílem následující otázky bylo osvětlit, jaký mají na sociálního pracovníka pohled další zaměstnanci nemocnice, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu.

### **4) Jakým způsobem je vnímána důležitost Vaší role v multidisciplinárním pracovním kolektivu?**

U této otázky nebyly zjištěny rozdílné odpovědi. Komunikační partneři se shodli na tom, že role sociálního pracovníka v nemocnici se v čase radikálně vyvíjí a proměňuje. Ze strany personálu je znatelné, že důležitost sociálního pracovníka je brána na zřetel.

Komunikační partner č. 7 odpovídá: „Moje práce je vnímána u zaměstnanců oddělení pozitivně, usnadňuji práci sestřím a lékařům.“

Komunikační partner č. 1 dodává: „Lékaři a sestry se mohou lépe soustředit na odbornou práci, tedy na léčbu pacienta, a jsou rádi, že mohou ostatní věci nechat na mně.“

Komunikační partner č. 2 výstižně uvádí: „Sociální práce v nemocnici je čím dál tím potřebnější a nezastupitelnější. Zmírňuje vytíženost zdravotnického personálu, obzvlášť v této době, kdy je nedostatek sester a lékařů.“

Následující otázka byla směřována na tým sociálního pracovníka. Zjišťovala, na koho se sociální pracovník může obrátit, pokud nastane situace, kdy potřebuje pomoci při řešení složitého problému.

**5) Jaký pracovní tým je Vám nadřízený? Na koho se můžete obrátit při řešení složitého problému?**

Přímým nadřízeným všech sociálních pracovníků ve zkoumaných nemocnicích je vždy hlavní sestra. Některé komplikované případy konzultují sociální pracovníci mezi sebou v rámci nemocnice či s dalším orgánem, jehož se daná problematika týká. Rozhodující roli při řešení jednotlivých případů hraje zkušenost konkrétního sociálního pracovníka.

Komunikační partneři č. 5 a 6 odpověděli shodně se všemi oslovenými sociálními pracovníky, navíc však projevíli zájem o navázání kontaktu se sociálními pracovníky v jiných nemocnicích za účelem sdílení postupů při řešení složitých situací.

Další otázka se zaměřila na to, zda sociální pracovníci mají přístup ke zdravotnické dokumentaci a jak s ní pracují.

**6) Máte přístup ke zdravotnické dokumentaci? Je znalost diagnózy pacienta důležitá při rozhodování o jeho budoucnosti?**



Odpověď byla u komunikačních partnerů jednoznačná, a to, že znalost diagnózy je pro jejich práci rozhodující. Proto je v každé nemocnici zastoupen alespoň jeden zdravotně sociální pracovník, který se liší od sociálního pracovníka v tom, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace.

Pouze jeden komunikační partner č. 7 uvádí: „Znalost zdravotnické dokumentace pro mě není důležitá, rozhodujícím kritériem pro mě je informace, na jaké úrovni je soběstačnost pacienta, kterému mám poskytnout sociální pomoc.“

Komunikační partner č. 1 se shoduje s většinou v tom, že znalost diagnózy je pro jeho práci rozhodující. Říká: „Jelikož pracuji v nemocnici, musím vědět, jak na tom pacient je. Na základě toho mohu doporučit správné navazující sociální zařízení či sociální pomoc.“

Další otázka se týkala legislativy.

### **7) Jak ovlivňuje legislativa Vaši práci?**

K této otázce se komunikační partneři nevyjadřovali nijak obsáhle. Zmiňovali většinou zákon o sociálních službách, který je součástí jejich každodenní práce. Komunikační partneři č. 1, 3 a 4 se zmínili o možnosti využít právního oddělení, které je součástí nemocnice, v případě nejasností ve výkladu legislativy. Komunikační partneři č. 5 a 6 odpověděli, že pokud si nejsou jistí v některých věcech, kontaktují příslušný správní orgán, který je vždy ochoten jim poradit.

### **Shrnutí**

Pracovní náplň sociálních pracovníků v nemocnici je velice různorodá, se širokým spektrem klientů. Nedílnou součástí jejich práce je i komunikace se zdravotníky na příslušných odděleních. Podle vyjádření jednotlivých komunikačních partnerů je kvalitní komunikace mezi všemi členy multidisciplinárního týmu důležitá pro zlepšování celkového stavu pacienta. Pro správné rozhodování o budoucnosti pacienta je jistě také významná možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace, jelikož soběstačnost pacienta je klíčová pro jeho případné umístění do příslušného zařízení, či naopak ponechání v domácí péči. Jak bylo zjištěno výzkumem, role sociálního pracovníka je

v nemocničním týmu vnímána pozitivně, jelikož výrazně pomáhá odlehčit lékařům a zdravotním sestřám. O možných postupech a řešeních sociální pracovník rozhoduje většinou sám nebo v rámci nemocnice. Důležitou roli hrají i zkušenosti jednotlivých sociálních pracovníků. Dalším významným bodem je práce s legislativou klíčovou pro volbu konkrétních postupů.

**Třetí okruh otázek měl objasnit, s jakými limity a úskalími se sociální pracovníci v nemocnicích setkávají.**

Následující otázka se týkala osobního pohledu sociálního pracovníka na jeho roli v nemocnici.

### **1) Jak vnímáte důležitost své role sociálního pracovníka?**

Všichni sociální pracovníci odpověděli, že jsou si vědomi své nezastupitelné role v multidisciplinárním týmu při péči o pacienty. Všichni odpověděli, že jejich práci nikdo jiný v nemocnici nemůže nahradit a že zároveň velkou měrou usnadňují práci zdravotníkům a lékařům. Na tuto otázku nezazněla odlišná odpověď.

Další otázka zněla:

### **2) V čem spatřujete největší úskalí své práce?**

Největším úskalím činnosti sociálního pracovníka je rozhodně předimenzovaná pracovní náplň. Počet sociálních pracovníků není dostačující vzhledem k celkovému počtu pacientů, kteří vyžadují sociální pomoc. Na tom se shodli všichni dotazovaní sociální pracovníci. Dále všichni potvrdovali, že největší zátěží je pro ně administrativní činnost, a tím pádem méně času na samotnou práci s pacienty.

Co se týká konkrétních úskalí v práci s jednotlivými pacienty, jedná se o zajišťování nesoběstačných pacientů, kteří nejsou schopni vykonávat aktivity běžného denního života (stravování, oblékání, udržování tělesné hygieny, péče o zdraví, domácnost, užívání léků, vyřizování administrativních záležitostí). Nejpočetnější a při péči zároveň nejsložitější skupinou jsou lidé, kteří žijí osaměle, nejsou orientováni (místem, časem, osobou), je narušena míra jejich soběstačnosti, která úzce souvisí s jejich onemocněním. Ve většině případů dochází k trvalému zhoršení jejich zdravotního stavu.

Komunikační partner č. 4 říká: „Nejobtížnější na mé práci je umístování seniorů do pobytových zařízení, i když v aktuální situaci, kdy bohužel hodně seniorů odešlo, se situace zlepšila.“

Komunikační partner č. 6 popisuje: „Úskalí své práce spatřuji v navracení pacientů bez domova a zabránění jejich remise do nemocnic. Často se stává, že pacient nevyužije našeho doporučení a vrací se zpět do nemocnice, mnohdy v ještě horším stavu, nejčastěji během zimního období.“

Komunikační partneři č. 1 a 2 zmiňují jako stěžejní nedostatečný počet sociálních lůžek. Jsou to případy, kdy pacient může být propuštěn z hospitalizace, ale nenašlo se pro něj místo v pobytovém zařízení. V těchto momentech dochází k přepřehování sociálních lůžek.

Otázka třetí se zaměřila na spolupráci s institucemi, se kterými musí sociální pracovník komunikovat, a zda ten tuto komunikaci vnímá jako stěžejní.

### **3) S jakými limity se setkáváte při komunikaci s externími institucemi?**

Spolupráce s externími institucemi byla hodnocena kladně u všech dotazovaných komunikačních partnerů.

Reprezentativní odpověď komunikačního partnera č. 4 zní: „Nenarážím na zásadní problémy s institucemi, se kterými spolupracuji. Většinou, když se představím jako sociální pracovník z nemocnice, je jejich chování vstřícné a snaží se mi pomoci. Spíše mám problémy s kapacitními limity, kdy není zrovna v silách daného pracovníka změnit kapacitní možnosti. V tomto případě vzniká dohoda, že se dané zařízení ozve, když se situace změní.“

Další otázka zjišťovala, jaká dilemata jsou aktuální u sociálních pracovníků v nemocnici.

### **4) S jakými dilematy se setkáváte při své práci?**

Jak již zaznělo v předešlých odpovědích, většina klientů jsou senioři, proto odpovědi směřovaly k této skupině pacientů. Největší dilemata spatřují sociální pracovníci v nemocnici v komunikaci s klientem, pacientem seniorem, který je dle sociálního

pracovníka vhodným adeptem pro navazující pobytové zařízení, ale nemá o tuto službu zájem.

Komunikační partner č. 8 odpovídá: „Problém nastává, když senior nemůže odejít zpět do svého domova a zároveň nechce podepsat žádost o místo v domově pro seniory.“

Pokud není pacient zbaven svéprávnosti, vždy musí písemně souhlasit s podáním žádosti. S touto situací se pravidelně potýkají všichni dotazovaní sociální pracovníci. Sociální pracovník ví, že se senior nedokáže o sebe postarat, avšak bez jeho vůle ke spolupráci nemá žádné možnosti, jak danou situaci řešit.

Komunikační partner č. 5. říká, že takoví pacienti se dříve nebo později do nemocnice vracejí, a to většinou s nějakou zlomeninou. Pacienti často špatně vyhodnotí svoji soběstačnost, následkem čehož dochází k pádům a dalším úrazům.

Další dilemata přichází z rodin pacientů. Úlohou sociálního pracovníka je, aby rodině vysvětlil, jaká je sociální prognóza, a na základě toho mohl začít sociální situaci řešit včas. Komunikační partner č. 2 toto upřesňuje odpovědí: „Setkávám se se situacemi, kdy rodina seniora nechce nic řešit, jednání je zdouhavé a mým úkolem je rodinu přesvědčit, že je nutné podat žádost do pobytového zařízení, jelikož jsou dlouhé čekací doby, a začít řešit vše v dostatečném předstihu.“

Poslední položená otázka z třetího okruhu se zaměřila na subjektivní názory jednotlivých pracovníků na možnost zlepšení jejich pracovních podmínek.

### **5) Jaké možnosti byste uvítali pro zvýšení efektivity své práce?**

Nejčastější odpovědí bylo navýšení počtu sociálních pracovníků v jednotlivých nemocnicích. Další možnosti, které by sociální pracovníci uvítali, zmiňuje komunikační partner č. 6: „Mně například chybí dostatek soukromí. Pokud si chci pozvat rodinu pacienta a prodiskutovat aktuální sociální situaci, musí kolegyně odejít. Proto bych uvítala vyhrazenou místnost zřízenou pro tyto účely, to by nám hodně usnadnilo práci.“

Na tomto se shodli i komunikační partneři č. 3, 4 a 5. Komunikační partner č. 1. by uvítal, kdyby v jejich nemocnici probíhaly supervize. Ty považuje za důležité jako prevenci proti syndromu vyhoření.

Komunikační partner č. 8 uvádí například lepší technické vybavení, konkrétně softwarové a nábytkové.

U všech sociálních pracovníků zaznělo přání účastnit se vizit pacientů. S navýšením počtu sociálních pracovníků by považovali za přínosné také to, aby mělo každé oddělení svého sociálního pracovníka, který by tak mohl být pacientům stále nablízku.

### **Shrnutí**

Sociální pracovníci jsou si vědomi své nezastupitelné role v nemocnicích. Výzkum ukázal, že úskalím práce sociálních pracovníků v nemocnici je předimenzovanost úkonů a administrativní zátěž, dále malé kapacitní možnosti následných zařízení jak na sociálních lůžkách, tak v pobytových zařízeních. Převážně se jedná o cílovou skupinu seniorů a lidí bez domova. Dilemata svojí práce nacházejí sociální pracovníci v komunikaci jak s rodinami pacientů, tak se samotnými pacienty. Rozhodující je přání a vůle pacienta, což však není ve všech případech pro pacienta ideální řešení. Pro zlepšení podmínek a vyšší efektivitu své práce uvedli komunikační partneři skutečnosti spíše technického rázu, jako je lepší vybavení kanceláří a prostor, kde by mohli s klienty projednávat jednotlivé záležitosti v soukromí. Stejně tak by uvítali navýšení počtu pracovníků vzhledem k množství vykonávané činnosti.

## 7 Diskuze

Obsahem diskuze bude porovnání teoretických východisek s výsledky výzkumu. Cílem práce bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích, co je náplní jeho práce, jak funguje v multidisciplinárním týmu v péči o pacienta a s jakými úskalími se při své práci setkává. Zároveň byly zmapovány limity a možnosti práce sociálního pracovníka. Výzkum byl zaměřen na jihočeské nemocnice a účastnilo se ho osm sociálních pracovníků.

Při své práci se sociální pracovník v nemocnici setkává se širokou škálou klientů. Největší množinou jsou senioři, dále pak lidé s různým typem znevýhodnění, lidé bez domova, ohrožené děti či psychiatrickí pacienti. Z toho pro sociálního pracovníka vyplývá nutnost být dobře obeznámen se širokým spektrem možných sociálních služeb pomoci, což je důležité pro kvalitu poskytovaných služeb.

Jak vyplynulo z výzkumu, pracovníci ve zkoumaných nemocnicích dosáhli vysokoškolského vzdělání se zaměřením na sociální práci. Zhruba v polovině případů se zároveň jedná o zdravotně sociální pracovníky, ti mají zastoupení v každé z nemocnic jihočeského kraje. Toto vzdělání je zásadní, jelikož s sebou nese oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace, jak již bylo zmíněno v teoretické části práce. Proto by bylo vhodné a užitečné rozšířit vzdělání o zdravotně sociální stupeň u všech sociálních pracovníků v nemocnicích. To by znamenalo komplexnější přístup k problematice týkající se sociálního poradenství a k sociální práci samotné.

Všichni sociální pracovníci jsou povinni účastnit se vzdělávání v rozsahu 24 hodin ročně. Z výzkumu vyplývá, že existují i další kurzy nad rámec povinného rozsahu, které mohou jejich práci zkvalitnit a rozšířit jim obzory. Někteří sociální pracovníci si kurzy vyhledávají sami (například kurz bazální stimulace, kurz komunikace s rodinou umírajícího nebo kurz umění komunikace). Určitě existuje další prostor pro vzdělávání sociálních pracovníků v nemocnici. Všichni oslovení komunikační partneři projevíli potenciální zájem o kurz, který by byl zaměřen přímo na roli nemocničního sociálního pracovníka.

Zkoumané platové ohodnocení a spokojenost s ním závisí hlavně na délce pracovního poměru v nemocnici, proto obecně není možné vyslovit nějaký závěr. Dle výzkumu na této pozici neexistuje možnost kariérního růstu.

V otázkách pro komunikační partnery byla hodnocena i zpětná vazba od pacientů k práci sociálních pracovníků. Jelikož hospitalizace je většinou jednorázová, nedochází u sociálních pracovníků ke zpětné vazbě informací, jak daný pacient využil jejich pomoci a zda je spokojen. Tato hodnocení přicházejí spíše od rodinných příslušníků ošetřovaných pacientů. Jejich pochvala je vždy motivací do další práce.

Náplň práce je u všech dotazovaných sociálních pracovníků stejná, nikterak se neliší. Klientelu tvoří široké spektrum pacientů s velice různorodými požadavky. Z velké části jsou tito pacienti senioři, proto hlavní činností je podávání žádostí do navazujících pobytových zařízení, podávání žádostí o příspěvek na péči, dále žádosti o příspěvky pro pacienty s těžkým zdravotním postižením a držitelé průkazu ZTP, nebo ZTP/P, zajišťování příspěvku na mobilitu, obstarávání kompenzačních pomůcek. Na sociálním pracovníkovi je taktéž komunikace s úřady a dalšími zařízeními sociální péče. Na skutečnost, že nejpočetnější skupinou pacientů jsou senioři, odkazuje i Havrdová (2010) a dále zmiňuje, že s touto skutečností se setkávají sociální pracovníci v celé Evropě. Práce sociálních pracovníků je velice náročná a různorodá a s fenoménem stárnutí populace bude zapotřebí rozšířit jak počty sociálních lůžek, tak počty sociálních pracovníků v jednotlivých nemocnicích.

Jak je uvedeno v teoretické části, dle Kuzníkové (2011) lékař rozhoduje o tom, zda bude pacientovi akutně poskytnuta sociální pomoc. Po přezkoumání tohoto tvrzení lze říci, že lékař je skutečně první člověk, který ve většině případů rozhoduje, kdy a jak bude pacientovi sociální pomoc nabídnuta, jelikož to úzce souvisí s jeho zdravotním stavem a s vývojem léčby. Informaci sděluje sociální pracovníci zdravotní sestra, případně se pacient ozve sám. Tento komunikační proces je v některých případech zbytečně zdlouhavý. Podle komunikačních partnerů by ke zlepšení efektivity pomohla depistáž na jednotlivých odděleních, pro kterou ale není při množství práce prostor.

Bylo zjištěno, že nedílnou součástí činnosti sociálního pracovníka je legislativa. Pracovník na straně jedné musí znát svoje kompetence a možnosti, na straně druhé musí zároveň reflektovat kompetence a práva pacientů, jak uvádí také Kutnohorská a kol. (2011). Role sociálního pracovníka v nemocnici je rolí prostředníka mezi klientem a společností, musí ze své pozice hájit občanská práva klienta. Pro případ nejasností v legislativním výkladu je v každé nemocnici zřízeno právní oddělení, jež je dostačující oporou pro sociálního pracovníka.

Jak již bylo zmíněno v části, která hovoří o dosaženém vzdělání, výzkum potvrdil potřebnost znalosti diagnózy a přístupu ke zdravotnické dokumentaci při rozhodování o budoucnosti pacienta a vytvoření kompletního sociálního šetření. Tyto možnosti mají pouze zdravotně sociální pracovníci, což zmiňuje i vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (konkrétně § 9 uvádí činnost zdravotně sociálního pracovníka, který může konat bez odborného dohledu).

Role sociálního pracovníka v nemocnici je specifická a nezastupitelná, proto se výzkum snažil zjistit, jak si dokáží sociální pracovníci poradit při řešení složité sociální situace. Největší úlohu tu hrají zkušenosti jednotlivých sociálních pracovníků, případně probíhá komunikace a předávání zkušeností mezi kolegy v rámci nemocnice. Mohou se také obrátit pro radu na příslušný úřad či instituci. Podle některých komunikačních partnerů by bylo přínosné, kdyby se mohli jednotliví pracovníci z různých nemocnic setkávat a vyměňovat si zkušenosti či se účastnit kurzů šitých na míru sociálnímu pracovníkovi v nemocnici.

Sociální pracovník v nemocnici je součástí léčebného procesu, zapojuje se do multidisciplinárního týmu. Jak vysvětluje Tomeš (2015), pro zdravotně sociálního pracovníka je velice významný interdisciplinární tým, jelikož spolupráce a komunikace se zdravotníky je velmi důležitá pro zlepšení celkového stavu pacienta. Na tom se shodli všichni dotazovaní komunikační partneři a uvedli, že jejich role je dostatečně brána na zřetel a zdravotnický personál si s přibývajícím množstvím práce dokonale uvědomuje nutnost a důležitost pozice sociálního pracovníka v nemocnici. V této souvislosti vyslovili sociální pracovníci jedinou výhradu a zároveň přání, a to účastnit se vizit na všech odděleních, což by přineslo větší efektivitu při sestavování sociální diagnózy a řešení sociálních záležitostí.

Trvání hospitalizace je časový úsek, po který musí sociální pracovník pacienta dostatečně sociálně zajistit. Pro sociálního pracovníka je tento úkol nesnadný a musí délku hospitalizace brát v úvahu. Role sociálního pracovníka se do popředí dostává především v řadách zaměstnanců nemocnice. Osvěta u široké veřejnosti není příliš na vzestupu, mnoho lidí vůbec neví, že sociální pracovník v nemocnici působí. To vidí komunikační partneři jako jedno z největších úskalí své práce. Východiskem by mimo jiné bylo navýšit počty sociálních pracovníků v nemocnici.



Sociální pracovníci se setkávají při své práci i s dalšími dilematy. Při komunikaci s pacientem musí být pro sociálního pracovníka vždy rozhodující, co chce pacient. Sociální pracovník může vždy jen navrhnout a doporučit. Často tak vznikají situace, kdy sociální pracovník řeší dilema, co se stane s pacientem, který nesouhlasí s navrhovaným řešením, když zároveň sociální pracovník ví, že je to řešení jediné možné.

Jak píše Bicková (2010), při práci sociálního pracovníka v nemocnici dochází k vnitřním rozporům, jak se správně rozhodnout. Důležitým faktorem při tomto rozhodování je zkušenost a osobnostní kvality konkrétního pracovníka. Dotazovaní komunikační partneři potvrdili, že při tak různorodé práci často dochází k těmto situacím, kdy musí být respektováno přání pacienta na prvním místě, ač se to vždy neshoduje s možnými řešeními. Je úkolem sociálního pracovníka, aby tento rozpor vyřešil. U dotazovaných komunikačních partnerů vždy hrála hlavní roli při rozhodování jejich míra zkušeností.

Další dilema, s kterým se sociální pracovník často setkává, je práce s osobami bez přístřeší. Z obecného hlediska často naráží sociální pracovník na možnosti umístění takového klienta do vhodného zařízení. Konkrétně se jedná o recidivu těchto pacientů z důvodu toho, že nevyužijí nabízené pomoci. Tito pacienti se pak opakovaně objevují na různých odděleních. Jak potvrzuje Opatrný (2015) v Sociálním sešitě, sociální pracovník by měl být schopen předpokládat, co klient skutečně potřebuje, a zároveň rozeznat hranici, kdy klient nabízenou pomoc zneužívá, aniž by byl dostatečně motivován danými doporučeními ke změně svého života. Samotní sociální pracovníci navrhují pro ulehčení práce s lidmi bez domova výstavbu sociálních zařízení pro tuto cílovou skupinu, jichž je v kraji nedostatek.

Na subjektivní otázku, co by pomohlo pro zlepšení efektivnosti jejich práce, nelze obecně odpovědět. Některým sociálním pracovníkům by pomohly supervize, které však neprobíhají ve všech nemocnicích, dále prostory, kde by mohly probíhat rozhovory s klienty a jejich rodinami v soukromí, lepší softwarové či kancelářské vybavení, lepší dispozice umístění kanceláře.

Neodmyslitelnou součástí práce sociálního pracovníka je administrativa, jež zabírá mnoho času potřebného pro samotnou práci s klientem.

## **Závěr**

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v jihočeských nemocnicích. V teoretické části bylo definováno, kdo je sociální pracovník a čím se liší role zdravotně sociálního pracovníka. Bylo též popsáno, v jakých zákonných hranicích se sociální pracovník pohybuje, jak důležité je jeho fungování v multidisciplinárním týmu při poskytování péče pacientovi, jak náročná je práce sociálního pracovníka v kontextu s dilematy, s nimiž se setkává, či které cílové skupiny jsou nejčastěji předmětem jeho zájmu. Výzkumem bylo zjištěno, že role sociálního pracovníka je velice různorodá a náročná. Náplň práce a role sociálního pracovníka v nemocnici je důkladně popsána v diskuzi této práce. Základem každého sociálního pracovníka je zdravotně sociální vysokoškolské vzdělání, které je důležité pro získání komplexního pohledu na pacienta a ke stanovení sociální diagnózy, jež je důležitá při rozhodování o budoucnosti pacienta. Spolupráce s multidisciplinárním týmem funguje na dobré úrovni, stále však dochází k jejímu zkvalitňování a zdokonalování. Sociální pracovník má nezastupitelné místo v nemocnici a postupem času je mu přiznávána větší míra důležitosti tak, jak je tomu v jiných státech Evropy. Největším úskalím této pozice je celková vytíženost a přemíra administrativní činnosti.

Pro lepší efektivnost při sociální práci s pacienty v nemocnici, kteří se ocitli v nelehké situaci jak ze zdravotního, tak sociálního hlediska, by bylo vhodné navýšit počty sociálních pracovníků v jednotlivých nemocnicích. Tím by vznikl větší individuální prostor pro každého pacienta. Dále je třeba zlepšit informovanost veřejnosti o možnosti sociální pomoci v nemocnicích, neboť jak bylo zjištěno od sociálních pracovníků, mnohdy pacienti a jejich rodiny nevědí, že taková možnost existuje. Sociální pracovníci by též uvítali možnost dalšího vzdělávání se zaměřením na sociální práci v nemocnici a možnost účasti na supervizích při prevenci syndromu vyhoření.

## Seznam literatury

1. BALÁŽ, O. a kol., 2010. *Aktuální otazníky fenoménu bezdomovectví*. Brno: Centrum sociálních služeb. 78 s. ISBN 987-80-254-8895-9.
2. BICKOVA, L., 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.
3. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
4. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce*. Grada: Praha. 264 s. ISBN 978-80-271-9803-0.
5. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
6. HAVRDOVÁ, Z., 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií. 208 s. ISBN 978-80-87398-06-7.
7. HENDL, J., 2012. *Přehled statistických metod*. 4. vydání. Praha: Portál. 734 s. ISBN 978-80-262-0200-4.
8. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. HOLÁ, I. A kol., 2016. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Spondea. 161 s. ISBN 978-80-2701-120-9.
10. CHLOUPKOVÁ, S., 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.
11. KODYMOVÁ, P., 2013. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. Praha: Karolinum. 134 s. ISBN 978-80-246-2256-9.
12. KUKLA, L. a kol., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
13. KUTNOHORSKÁ, J. a kol., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
14. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
15. KUZNÍKOVÁ, I., MALÍK HOLASOVÁ, V., 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 291 s. ISBN 978-80-7368-987-2.

16. MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
17. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
18. MAŠÁT, V., 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. Praha: SUSA. 160 s. ISBN 978-80-86057-80-4.
19. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.
20. MATOUŠEK, O. a kol., 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vydání. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
21. MATOUŠEK, O. a kol., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vydání. Praha: Portál. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
22. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
23. MICKERTSOVÁ, Z., 2011. *Teorie a metody sociální práce 1*. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální Ostrava-Mariánské hory. 134 s. ISBN 978-80-87540-37-4.
24. MILOŇOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332. s. ISBN 80-247-1362-4.
25. TOMEŠ, I., 2015. *Sociální právo České republiky*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer. 340 s. ISBN 978-80-7478-941-0.
26. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vydání. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
27. ZVONÍKOVÁ, A. a kol., 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. 357 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

### **Internetový zdroj**

28. BANDIT, R. a kol., 2015. *Sešit sociální sešit: Etický kodex jako nástroj podpory a řešení etických dilemat sociální práce* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-01-12]. Dostupné z:  
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/4ssp.pdf/2af07787-f05f-f1c9-2cc5-1171dc446ac0>

29. Český statistický úřad. 2018. *Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2018*. [online]. Praha: ČSÚ. [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.

## Legislativa

30. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. [online]. [cit. 2019-12-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/3579-novela-vyhlasky-c-55-2011-sb-ve-zneni-c-391-2017-sb.pdf>.
31. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotních povoláních), 2004. [online]. [cit. 2019-12-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 109, s. 5206-5247. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_96\\_2004](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_96_2004).
32. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2004. [online]. [cit. 2019-12-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006).
33. Zákon č. 372/2010 Sb., o zdravotních službách – Poskytování zdravotních služeb, 2012. [online]. [cit. 2021-01-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 372, s. 3898-3999. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_372\\_2011](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011).

## Sborník

34. KEBZA, J., 2017. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí*. In: POSPÍŠIL, D. (eds). *Sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference XIII. Hradecké dny sociální práce*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 602 s. ISBN 978-80-7421-121-8.

## Článek v časopise

35. BROWN, M., PULLEN SANFACON, A., 2018. Social work education in action: How studying for the profession facilitates the adaption of internationally educated social workers in Canada. *International Social Work*. 114-127, 00208728, doi: 10.1177/0020872818818660.
36. OMEROV, P., MATTSSON, E., KLARARE, A., CRAFTMAN, A., 2018. Homeless persons' experiences of health and social care. *Health and Social Care in the Community*. 28(1), 1-11, doi: 10.1111/hsc.12857.
37. TUTTLE-WEIDINGER, L., RISSBACHER, C., RECKWITZ, N., POLZL, A., KRIEGEL, J., 2020. Levers for intergrating social work into primary healthcare networks in Austria. *Health Policy*. 124(1), 75-82, doi: 10.1016/j.healthpol.2019.10.012.
38. YOUNG, A., HOPE, J., FLTLEY, M., COLLINS, P., BRIDGES, J., 2020. Older people's experiences in acute settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies, *International Journal of Nursing Studies*. 102(1), 103469, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103469.
39. ZIJLSTRA, G., SMEETS, R., ROSSUM, E., MEN-VAN GINKEL, J., METZELTHIN, S., KEMPEN, G., HANSSSEN, W., 2017. Stay active at Home. *Health & Social Care in the Community*. 28(1), 291-299, doi: 10.1111/hsc.12863.

## Seznam obrázků

Obrázek 1 .....	25
-----------------	----

## **Seznam zkratk**

CAN – Child Abuse and Neglect (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)

ČSU – Český statistický úřad

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

ZTP – průkaz osoby se zdravotně tělesným postižením

ZTP/P – průkaz osoby se zdravotně tělesným postižením (zvláště těžké postižení s průvodcem)