

Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi

Barbora Dvořáčková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Dvořáčková**

Osobní číslo: **H13786**

Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**

Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti zdravotně sociální práce.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního šetření formou pozorování a rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3213-8.

GULOVÁ, Lenka. Sociální práce. Pro pedagogické obory. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80247-3379-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-7874-7.

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

MATOUŠEK, Oldřich et al. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

SOLIMAN, Hussein Hassan. Social work in the Middle East. London: Routledge, 2013, 159 p. ISBN 9780415811354.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Vaško**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 16. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29.2.016

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce zpracovává téma „Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi“. V teoretické části se zabývá vymezením pojmu sociální práce a specifikací sociální práce ve zdravotnickém zařízení. Navazuje pohledem do historie zdravotně sociálně disciplíny, přičemž vzápětí definuje roli zdravotně sociálního pracovníka a pojem zdravotně sociální práce. Následující kapitoly se zaměřují na definici zdravotnických zařízení a pohled na legislativu upravující sociální práci ve zdravotnictví. Širší samostatnou kapitolu tvoří téma Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi. Podrobněji je v ní definován pojem instituce a abstrahovány kategorie těch nejvýznamnějších, se kterými zdravotně sociální pracovník spolupracuje.

Praktická část bakalářské práce se v první kapitole soustředí na použitou metodologii, tedy na rozhovor a pozorování. Následně obě formy výzkumu analyzuje a je uzavřena diskusí.

Klíčová slova: sociální pracovník, zdravotně sociální pracovník, sociální práce, sociální instituce, spolupráce, klient, sociální zařízení, zdravotnická zařízení

ABSTRACT

The thesis covers the following topic: Cooperation of a social worker with the institutions. The thesis deals with the definition of the terms of social work and social work within the medical facility in the theoretical part. The thesis continues by the insight in the history of medical social discipline whilst defining the role of a medical social worker and the term of medical social work. The following chapters focus on the definition of medical facilities and the legislature that treats social work in health care. The chapter dealing with the topic of Cooperation of medical social worker with the institutions follows and is explained in more detail. There is a definition of the term of institution and the abstracts of the most important ones that a medical social workers needs to cooperate with.

Practical part of the thesis is focused on the methodology used - interview and observation. It analyses both forms of the research and is concluded with a discussion.

Keywords: social worker, medical social worker, social worker, social institutions, cooperations, client, social facility, medical facility

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Michaele Vaško za odborné vedení mé bakalářské práce. Za její ochotu, pomoc a připomínky, které byly velmi nápomocné při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat vedoucím zařízení, kteří mě umožnili realizaci výzkumu v jejich zařízení a zdravotně sociálním pracovníkům, kteří se mnou spolupracovali velmi vstřícně a ochotně.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

.....
Barbora Dvořáčková

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE	11
1.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	12
1.2 HISTORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	13
1.3 DEFINICE, OBSAH ČINNOSTI.....	15
2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	16
2.1 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY.....	16
2.2 ROLE A KOMPETENCE.....	17
2.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO SOUČÁST INTERDISCIPLINÁRNÍHO A MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	18
2.3.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	18
2.3.2 INTERDISCIPLINÁRNÍ TÝM	19
2.4 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	19
2.5 LEGISLATIVA SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE	20
2.5.1 VYMEZENÍ ČINNOSTÍ VYKONÁVANÝCH ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	21
2.5.2 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	21
3 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA S INSTITUCEMI.....	22
3.1 KLIENT	23
3.1.1 SOUČÁST TÝMU POSUZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A JEHO NÁSLEDNÉM ŘEŠENÍ.....	23
3.1.2 ADMINISTRATIVA	25
3.1.3 (PSYCHO)TERAPEUTICKÁ INTERVENCE A DLOUHODOBÁ POMOC	26
3.2 RODINA.....	26
3.2.1 RODINA JAKO KLIENT	26
3.2.2 KLIENTOVA RODINA	27
3.3 ZDRAVOTNICKÁ A PEČOVATELSKÁ ZAŘÍZENÍ.....	28
3.4 STÁTNÍ SPRÁVA, ORGÁNY ČINNÉ V TRESTNÍM ŘÍZENÍ, FINANČNÍ INSTITUCE	28
3.5 OSTATNÍ INSTITUCE.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 METODOLOGIE.....	32
4.2 ROZHOVOR.....	33

4.2.1 ZVOLENÁ METODA A VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	33
4.2.2 KVALITATIVNÍ VERSUS KVANTITATIVNÍ STRATEGIE VÝZKUMU	33
4.2.3 TECHNIKA SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	34
4.2.4 VOLBA VÝZKUMNÉHO VZORKU	35
4.2.3 REALIZACE VÝZKUMU	35
4.2.5 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
4.3 POZOROVÁNÍ.....	37
5 ANALYTICKÁ ČÁST	41
5.1 VYHODNOCENÍ POZOROVÁNÍ.....	41
5.2 ZÁVĚR POZOROVÁNÍ	42
5.3 VYHODNOCENÍ ROZHOVORU	43
6 DISKUZE	50
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	56
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Cílem této bakalářské práce na téma „Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi“ je zaměřit se na oblast zdravotně sociální péče, důkladně popsat pracovní náplň zdravotně sociálních pracovníků a specifikovat charakter jejich kooperace s příslušnými institucemi.

Téma bylo vybráno na základě skutečnosti, že autorka bakalářské práce sama studuje obor zdravotně sociální pracovník a prošla si praxí v jedné z nemocnic, kterou následně cíleně zapojila do výzkumu. Autorka měla díky praxi možnost přesvědčit se osobně o tom, že je škála činností zdravotně sociální pracovnice velmi pestrá a komunikace s institucemi dosahuje stejné důležitosti jako komunikace se samotným klientem a jeho rodinou, respektive je nezbytné udržovat tyto tři oblasti ve vzájemné symbióze.

Teoretická část práce vysvětluje pojem sociální práce a specifikuje sociální práci ve zdravotnickém zařízení. Zabývá se historií i současností tohoto oboru. Konkrétně definicí úlohy zdravotně sociálního pracovníka a definicí zdravotně sociální práce jako takové, s odkazem na legislativu spravující zdravotně sociální oblast. Detailněji se pak teoretická část zabývá vztahem zdravotně sociálního pracovníka s institucemi.

V praktické části bakalářské práce je realizován výzkum tzv. kvalitativní metodou. V rámci metodologie jsou pro šetření využity dvě metody, a sice pozorování a rozhovor. Obě metody jsou následně aplikovány, výsledky jsou zapsány do přehledných tabulek a vyhodnoceny. Výzkumná část bakalářské práce si klade za cíl podívat se na roli zdravotně sociální pracovnice blíže a na základě rozhovorů a pozorování zjistit, jaká je denní náplň těchto pracovnic, se kterými institucemi kooperují a zda jsou spokojeny s metodologickými podmínkami své disciplíny. Závěry obou metod výzkumu jsou následně shrnuty v kapitole Diskuse.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práci můžeme definovat pouze na relativně obecné rovině. Zahrnuje pod sebe totiž tolik oblastí, které podléhají lokálním, kulturním, etnickým, legislativním a například také konkrétním sociálním podmínkám dané oblasti, že se její metody, přístupy a podmínky na různých místech liší. První definice sociální práce vzešla od Octavie Hillové (1917, s. 30), sociální pracovnice a reformátorky, a zazněla v londýnské společnosti sociálních věd:

„Poznat člověka znamená více, než vědět, že muž je opilec nebo žena že není počestná; mnohem spíše to znamená poznat utrpení, naděje a vývoj člověka; znamená to vědět, jakým pokušením tito lidé podléhají, jakou představu si o svém malém životě vytvořili nebo jak by se asi změnili, kdyby je v pravý čas někdo povzbudil; čeho by se dosáhlo lepší výchovou v daleké minulosti; jak na ně působit, jak jimi pohnout, jak je vést. Naše vzpomínky a naděje jsou mnohdy silnějšími činiteli, než se sami domníváme. „V této prapůvodní definici zakotvila Hillová jeden ze stěžejních faktorů sociální práce, jak ji chápeme dnes. Současný pohled na klienta sociální práce je především v uvědomování si jeho sociálního kontextu, toho, že žije v prostředí, ve kterém musí ať už samostatně, nebo s pomocí institucí zdravotní a/nebo sociální péče fungovat.

Strategii definování sociální práce je více, můžeme se setkat s výčtem činností, které do sociální práce spadají. Jak uvádí Thompson (Navrátil, 2001), může se jednat například o vyhodnocení potřeb a životních okolností klientů, kteří mohou být jak dobrovolní, tak nedobrovolní, zvážení a vyhodnocení klientova ohrožení, poskytnutí a/nebo zprostředkování služeb, které klient na základě vyhodnocení potřebuje k naplnění svých potřeb, na teoretické i praktické úrovni se může jednat o strategické navrhování i realizaci ochranných plánů a preventivních opatření, a to vše na úrovni jednotlivce, rodiny, skupiny nebo komunity. Vymezení činností samozřejmě nepostihne celý komplex sociální práce, ale také v sobě nezahrnuje fakt, že sociální práce sama v sobě zahrnuje více disciplín a je součástí multidisciplinárních týmů podílejících se na řešení individuálních případů. Definicí negací, totiž vymezení, co sociální práce není, najdeme u Hanveye a Philopta. Podle nich je sociální práce „...často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají“ (Hanveye, Philopt in Navrátil, s. 19., 2001).

V rámci definice sociální práce se můžeme setkat také s vymezením role sociálního pracovníka a z popisu jeho činností náplň a cíl sociální práce abstrahovat. Sociální pracovník je pomáhající profese, která, jak už bylo zmíněno výše, pomáhá jednotlivcům, rodinám,

skupinám nebo komunitám renovovat jejich vztahy s okolní společností, a zároveň ve společnosti vytváří podmínky, aby toto bylo možné. Tento pohled je obohacený tedy také o změnu nejen klienta, ale také o působení na společnost, do které se má klient (opět) zařadit (Matoušek et al., 2003, s. 12).

1.1 Sociální práce ve zdravotnických zařízeních

Z obecné sociální práce se postupem času vyčlenily obory specializovanější. Jedním z nich je působení sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních. V posledních letech se institucionalizovala speciální profese zdravotně sociálního pracovníka. Sociální péče je totiž v mnoha zařízeních v úzkém propojení s tou zdravotní.

Specifické podmínky nemoci (úrazu, postižení) v kombinaci se specifickými podmínkami sociálními jednotlivce (myšleno klienta) daly vzniknout profesně nezávislému oboru zdravotně sociálnímu, který je sice součástí komplexní péče v zařízení, ale jeho výkon je zaštiťován jedním, profesně kompetentním pracovníkem.

Unikátnost každého klienta, resp. případu, je podkladem pro nutně holistický přístup, který musí zdravotně sociální pracovník uplatňovat. Na klienta je třeba pohlížet jako na komplex unikátních vlastností, zdravotních, tělesných, duševních i sociálních podmínek a klientovu situaci je třeba řešit „na míru“. I proto se později budeme v této práci věnovat odborné způsobilosti zdravotního pracovníka, jeho kompetencím a především komunikaci s úřady, která zajišťuje reálná opatření související s pomocí klientovi. Nezbytnou součástí práce s klientem je pak také uspokojování jeho potřeb na úrovni nejen sociální, psychologické a fyziologické, ale také duchovní a kulturní (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

Zdravotně sociální pracovník, poplatně nadřazený sociální péči, ovšem nepomáhá pouze klientovi samotnému, ale sekundárně také jeho nejbližšímu okolí. Ať už mluvíme o nezbytných krocích legislativních, administrativních, nebo o psychosociální podpoře. Ve většině případů ovšem k takovéto intervenci nedochází, protože klient rodinu nemá, popř. mu rodina pomoc poskytnout nechce, nemůže nebo neumí. V posledním případě může zdravotně sociální pracovník intervenovat ve smyslu zprostředkování služeb potřebných k sociálnímu začlenění a získání kompetencí i ostatních členů klientovy rodiny.

Můžeme tedy uvést definici podle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 28), podle kterých sociální práce ve zdravotnictví „... je tedy odborná disciplína zaměřená na sociální práci s člověkem, který se v souvislosti se svým zdravotním stavem či věkem (často obojím)

dostal do svízelné životní (sociální) situace, nebo již ve svízelné životní situaci byl ještě před hospitalizací či jinou intervencí ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Je určena také těm klientům a jejich blízkým, kteří mají specifické sociální a kulturní potřeby, jejichž uspokojování přesahuje rámec standardní ošetrovatelské péče.“

1.2 Historie sociální práce ve zdravotnictví

Oblast zdravotnictví a sociální práce spojuje na té nejvyšší možné úrovni prostá pomoc člověku. Toto pojítko má přirozené vyústění ve skutečnosti, že tyto dva obory jsou historicky spjaté, dokonce v různých historických etapách splývaly v jedno. Původní charitativní a dobrovolný charakter sociální práce prošel v průběhu dějin transformací směrem k etablování samostatné vědní disciplíny se svými definicemi, charakteristikami, souvztažnostmi s ostatními obory, pojmoslovím, metodologií a etikou.

Nejstarší institucí, které lze přičítat organizovanou pomoc jak fyzickému, tak psychickému, sociálnímu a duševnímu stavu člověka, je církev. Církevní řády vnímaly sociální znevýhodnění konkrétních částí populace, a tak zakládaly nemocnice, útulky a domovy pro lidi postižené chudobou, přírodními katastrofami, epidemiemi a podobně (Matoušek et al., 2001; Kuzníková, 2011, s. 158).

Obrat od ryze křesťanského poskytování zdravotní a sociální péče k zapojení světské složky přinesl až konec středověku. Vliv měšťanstva a stavovských organizací přišel s koncem 15. století a byl utlumen v 16. a 17. stol. s opětovným růstem vlivu církve a Habsburské monarchie. V roce 1620 dodává Ferdinand II. zakládací listinu pro řád Milosrdných bratří a vzniká největší pražská nemocnice Na Františku (která na stejném místě jako řádový špitál fungovala už od roku 1354). V roce 1781 vydal panovník Josef II. tzv. „Pravidla direktivná“, ve kterých bylo specifikováno, za jakých okolností, proč a jak mají vznikat domovy pro opuštěné děti a mládež, porodnice, nemocnice pro chudé, chudobince, domovy pro lidi neschopné pracovat apod. (Matoušek et al., 2001).

V rámci hospodářské a socioekonomické transformace společnosti na začátku 19. století se začíná sociální práce a organizace na jejím poli působící formalizovat. Při velké transformaci společnosti vzešlo na povrch a vniklo mnoho nových sociálních problémů, které se společnost snaží řešit formálně, zatím však ještě na rovině především nestátních organizací. Iniciativní a exekutivní roli v péči o zdraví, sociální aspekty a celkové blaho (a tedy i sociální práce) lidu převzal stát až s počátkem 20. století.

20. století je v našich podmínkách ve znamení rozvoje státem organizované sociální péče a sociálních služeb. Sociální péče získala legislativní podporu, vzniklo ministerstvo sociální péče, sociální pojištění. Začala organizovaná spolupráce mezi státem a neziskovým soukromým sektorem, společně byla koncipována a zřízena síť konkrétních institucí, které se měly v rámci sociální péče o obyvatelstvo vzájemně doplňovat.

Ohledně sociální práce vládlo ve společnosti mnoho předsudků a trvalo poměrně významný časový úsek, než si vydobyla své postavení například také na trhu práce. Institucionalizací sociální práce vznikl samozřejmě také požadavek na úroveň kvalifikace pracovníků, resp. pracovníc (sociální práce byla – a je – dominantou především žen). V roce 1918 vznikla Ženská vyšší škola pro sociální péči, později Vyšší škola sociální péče. Stále ale převládal celospolečenský názor, že sociální práce by měla být vykonávána na bázi dobrovolnosti a rozhodně neohodnocována. Potřeba kvalifikovaných pracovníků byla vnímána také jako nadbytečná. Nicméně postupnými intervencemi profesních organizací došlo v rámci poskytování sociálních služeb také ke změně společenského vnímání a na konci třicátých let už byla považována za službu organizovanou, racionalizovanou a systemizovanou, a to jak soukromou, tak veřejnou (Matoušek et al., 2001; Kuzníková, 2011).

Specifikem českého prostředí byl útlum pozornosti, která se věnovala sociální péči v letech komunismu. Po roce 1945 převládala ideologie, jejíž součástí bylo přesvědčení, že sociální péče nebude v dohledné době vůbec potřeba, protože sociální problémy vymizí společně s potřením třídních rozdílů. Zároveň byly rušeny církevní a dobrovolnické organizace, sociální péče se rozdělila do resortů spravedlnosti, školství, sociální práce a zdravotnictví.

Ke znovuobnovování sociální péče začalo docházet, opět díky změně politického klimatu, až na konci šedesátých let, ovšem jako v mnoha jiných oblastech, i rozvoji sociální péče se postavila do cesty normalizace. Přesvědčení, že díky politickému zřízení nebudou další klienti pro sociální péči, se přesouvají pravomoci a povinnosti na odbory péče o pracující. Nicméně dochází k systematizaci práce, speciální pracoviště mají na starost alkoholiky, trestance nebo jiná etnika. Také se rozšiřuje forma vzdělávání pracovníků v sociálních službách o kvalifikační kurzy. Speciální kvalifikaci měly také sestry vykonávající sociální práci ve zdravotnictví. Kvalifikaci pro výkon povolání zdravotní sestry získaly na specializovaných středních školách, nicméně absolvovaly nástavbový kurz, který pořádal Institut pro další vzdělávání v Brně (Matoušek et al., 2001, s. 72).

Po revoluci v roce 1989 přichází poměrně rychlá transformace sociálních služeb. Vzhledem k nedostatečnosti personálního a organizačního zajištění sociálních služeb předchozího politického zřízení vznikají poměrně rychle vysokoškolské studijní obory, zároveň jsou opět zapojeny církevní a ostatní neziskové instituce, které byly za předchozích zřízení potlačovány. V současné době je celý obor maximálně formalizován, jsou nastaveny systémy financování, metodologické, vzdělávací, kvalifikační, terapeutické i etické (Matoušek et al., 2001, s. 76).

1.3 Definice, obsah činnosti

Sociální práce ve zdravotnictví, podle Kutnoshorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 26), „...je určena převážně lidem nemocným, kteří v souvislosti s nemocí potřebují specializovanou sociální pomoc či péči...“ Spadá pod sociální práci obecnou, tudíž zdravotně sociální pracovník je sociální pracovník vykonávající svou činnost ve zdravotnickém zařízení za předpokladu požadované legislativně upravené kvalifikace.

Zdravotně sociální pracovník by měl aktivně projevovat zájem o klienta po jeho sociální a psychické stránce. V rámci konstruktivisty práce s klientem je třeba mimo jiné budovat s klientem **vztah**. V něm hraje velkou roli důvěra, kterou klient k pracovníkovi chová, může totiž ovlivnit množství informací, které se klient rozhodne sdílet. Pro budování vztahu je podstatné, aby sociální pracovník dodržoval etický kodex¹, ale nejen to – je zapotřebí, aby byl s etickým kodexem zvnitřněn, aby jeho principy považoval za své.

Kvalita vztahu a potažmo také výsledků práce je ovlivněna **komunikací** a jejími formami. Zdravotně sociální pracovník by měl volit techniky komunikace vždy podle specifik klienta, snažit se odstraňovat komunikační bariéry a porozumět chování klienta i motivacím, které jeho chování a stav měli a mají.

Aby byl zdravotně sociální pracovník schopen klientovi pomoci, je nutné, aby se orientoval v legislativě, možnostech intervence, věděl o sociálních institucích a uměl s nimi navázat spolupráci. V rámci své práce se zdravotně sociální pracovník neobejde bez znalostí z oblasti státního i mezinárodního práva, zdravotní vědy, společenských věd, psychologie, viktimologie, sociologie atd.

¹ Národní asociace sociálních pracovníků vydala oficiální etický kodex v roce 1983, v České republice byl ratifikován v roce 2006 Společností sociálních pracovníků.

2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Specifikace profesní náplně sociální práce ve zdravotnictví je upravena vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů. Nicméně zdravotně sociální pracovník by měl splňovat mnohé další podmínky, včetně osobnostních předpokladů, sledování cílů, etického chování a podobně. Neméně podstatnou složkou je povědomí a vůle k dalšímu vzdělávání, k osobnímu rozvoji. Zdravotně sociální pracovník musí využívat nejen své znalosti z oboru zdravotnictví, díky nimž umí vyhodnotit klientův zdravotní stav, a sociální práce (jako jsou znalosti spolupracujících sociálních institucí, metod práce a legislativy), ale také své osobnostní předpoklady pro výkon pomáhající profese.

2.1 Osobnostní předpoklady

U zdravotně sociálního pracovníka se očekává zvládnání poměrně zásadní psychické zátěže. Kvůli zachování vlastního psychického zdraví, ve prospěch práce s klientem, je třeba, aby takovou práci vykonávali nejen lidé kompetentní svou kvalifikací, ale také s náležitými osobnostními předpoklady.

Jednou z nejdůležitějších vlastností zdravotně sociálního pracovníka je empatie. Jenom díky ní může pomoci i klientům, kteří si o pomoc říct nechtějí, neumějí, popřípadě neumí své problémy jasně formulovat, nemají je ujasněné. Schopnost a cit pro zacházení s emocemi je základem pro doplnění komplexního obrazu osobnosti a situace klienta také z neverbálního projevu, pro odhalení informací zapíraných nebo popíraných a k nasměrování klienta k jejich řešení (Kutnohorská a kol., 2011).

Je podstatné, aby zdravotně sociální pracovník přistupoval ke klientovi bez předsudků, pomohl mu zbavovat se pocitů a vnímání labellingu (nálepkování) a stigmatizace. Toto platí především pro klienty z oblasti psychiatrických zařízení popř. pro klienty, kteří získají tělesný handicap. Schopnost se oprostit od iracionálních a neopodstatněných předsudků je pro práci zdravotně sociálního pracovníka klíčová.

K dalším předpokladům pro dobrou práci zdravotně sociálního pracovníka je flexibilita uvažování, nelpění na jednom řešení, rychlé vyhodnocování situací. Požadavky na osobnostní předpoklady tím ale nekončí. Vítanými vlastnostmi jsou cílevědomost, nepodléhání haló efektu, odolnost vůči stresu i neúspěchu, samostatné rozhodování, předvídavost, nápaditost, schopnost diskuze, zájem o další sebevzdělávání a rozvoj osobnosti apod. (Gulová, 2011, s. 23).

Zdravotně sociální práce je obor extrémně orientovaný na praxi. Proto v rámci studia je praxe ve vybraných zařízeních nedílnou a podstatnou součástí postupu do vyšších ročníků a ke státním závěrečným zkouškám. Nicméně potřebnou profesionalitu lze vybudovat až na základě dlouhodobé praxe (Gulová, 2011, s. 26-38).

Pomáhající profese jsou obecně velmi náchylné k syndromu vyhoření. Může za to psychicky velmi náročná práce, finanční hodnocení většinou hodnocené jako neadekvátní a neoprávněně nízký společenský status. Proto je velmi podstatné, aby člověk, který se rozhodne pro práci v sociální oblasti, splňoval co nejvíce osobnostních předpokladů pro její výkon.

2.2 Role a kompetence

Stejně, jako jakékoliv jiné povolání, také povolání zdravotně sociálního pracovníka přiřazuje osobě tuto práci vykonávající role, které ve vztahu s klientem a navazujícími institucemi zastává. Cílem zdravotně sociálního pracovníka vzhledem ke klientovi je zvyšovat jeho psychickou pohodu, starat se o maximální sociální fungování klienta a nezanedbávat klientovy potřeby na duševní úrovni. Zdravotně sociální pracovník tak pečuje o klientovy schopnosti psychické, komunikační, smyslové, sociální i pohybové (Kutnohorská a kol., 2011).

Zdravotně sociální pracovník funguje jako **poradce**, **mediátor** a **organizátor** (Kuzníková a Holasová, 2012), jako **administrátor** a **terapeut** (Mahrová a Venglářová, 2008) a **iniciátor** (Vorlíček a Pospíšilová, 2004).

Zdravotně sociální pracovník

- radí v oblasti sociálních služeb, financí, vzdělávání, plánování...
- organizuje potřebnou pomoc klientovi, intervenci.
- předává informace v rámci multidisciplinárního týmu i mimo něj.
- v rámci svých osobních i kvalifikačních předpokladů zastává terapeutickou roli.
- provádí a sepisuje sociální šetření, sepisuje smlouvy, komunikuje s úřady i zdravotnickými zařízeními, pomáhá s běžnou administrativou klientům, kteří toho nejsou z jakéhokoliv důvodu schopni.
- iniciuje další kroky v práci, průběžně s klientem i supervizní s ostatními pracovníky pomáhajících profesí.

Kompetence zdravotně sociálního pracovníka jsou zakotveny legislativně, nicméně podle odborné literatury je můžeme kategorizovat. Podle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2012) můžeme stanovit následující kategorie kompetencí zdravotně sociálního pracovníka:

- Profesně oborové – vědomosti, praktické dovednosti, orientace v teorii oboru.
- Sociálně anamnestické a diagnostické – kompetence pro provádění sociálního šetření.
- Poradenské a konzultační – poradenství ve věcech sociálně právních, které souvisí s pobytem klienta ve zdravotnickém zařízení.
- Výchovné – v rámci prevence.
- Rozhodovací – povědomí o systému krizové intervence a schopnost ji naplánovat.
- Organizační – důkladné povědomí o chodu relevantních organizací, lhůt a dokumentace.
- Metodické – teoretická práce na zkvalitňování postupů.
- Jazykové – kultivovanost, ale i například znalost cizího jazyka.
- Komunikativní a etické – zachování adekvátnosti a relevance předávaných informací i jeho způsobu.
- Osobnostně kultivující – navazující vzdělávání, supervize, sebereflexe.

2.3 Zdravotně sociální pracovník jako součást interdisciplinárního a multidisciplinárního týmu

Zdravotně sociální pracovník může hrát významnou roli jako součást týmů, které spojuje péče o jednoho konkrétního pacienta/klienta. Na základě charakteristik interdisciplinárního a multidisciplinárního týmu bude vysvětlen rozdíl mezi těmito seskupeními.

2.3.1 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární, neboli víceoborový tým sdružuje více odborností nebo specializovaných pracovišť. Nesdílí společný intervenční plán, každá odbornost sleduje vyřešení problému své kompetence, samozřejmě s přihlédnutím k postupům a výsledkům ostatních členů týmu. V takovémto týmu je velmi podstatné důrazné dbání na komunikaci mezi jednotlivými členy a orientace především na potřeby klienta (Kuzníková a Holasová, 2011, s. 151).

2.3.2 Interdisciplinární tým

Interdisciplinární tým je seskupení lidí různých odborností, kteří navzájem spolupracují, diskutují a často jsou v kontaktu tváří v tvář. Konzultují a sdílí vlastní rozhodování, poskytují si oponenturu, doplňují si informace. Příznačná je provázanost spolupracujících oborů (Kuzníková a Holasová, 2012).

Závěrem lze tedy specifikovat rozdíl mezi interdisciplinárním a multidisciplinárním týmem následujícím způsobem – na řešení klientova/pacientova problému se podílí více odborníků, protože ho lze najít jen díky spolupráci (příklad malého rozsahu může být například spolupráce psychologa a neurologa v rámci stanovení somatického nebo psychosomatického původu bolesti hlavy); to je interdisciplinární tým.

Multidisciplinární tým pod sebou schraňuje opět více odborností, nicméně každá z nich si (při zachování vzájemné komunikace) řeší s klientem/pacientem problém vlastní specializace. V rámci umístění například v LDN na jednom člověku může spolupracovat geriatr, psycholog, traumatolog, rehabilitační pracovník atd. Soubor nespojitých (nebo minimálně spojitých) problémů řeší multidisciplinární tým.

2.4 Zdravotnická zařízení

Zdravotnické zařízení jsou prostory pro poskytování zdravotnických služeb. Ty jsou charakterizovány jako poskytováním zdravotní péče zdravotnickými pracovníky a činnosti vykonávané jinými odborníky, které ovšem mají s poskytováním zdravotní péče přímou souvztažnost. Mezi ně patří například specifikace konzultačních služeb, které jsou rozhodující pro stanovení popř. modifikaci léčebného postupu, zdravotnická záchranná služba, zdravotnická dopravní služba, specifické zdravotní služby atd. Definice pojmů zdravotnická zařízení a zdravotnické služby upravují zákonné normy Ministerstva zdravotnictví České republiky².

Zřizovatelem zdravotnických zařízení mohou být oprávněné fyzické i právnické osoby, obce, kraje se samostatnou působností nebo stát, resp. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Ve zdravotnických zařízeních je poskytována diagnostická, preventivní i léčeb-

² Zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

ná péče, základní a/nebo specializovaná. Formy mohou být jak ambulantní, tak lůžkové nebo kombinované.

Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu je nejčastější v těchto jejich formách:

- **Psychiatrická nemocnice**
- **Hospic**
- **Kojenecké ústavy a dětská centra (péče o dítě do 3 let věku)**
- **Služby následné péče**
- **Léčebny dlouhodobě nemocných**

(Kuzníková a Holasová, 2012).

Vyjmenované instituce determinují jak klienty/pacienty, se kterými zdravotně sociální pracovník přichází do kontaktu, tak instituce, se kterými jedná a vyřizuje náležitosti, které spadají do jeho kompetence.

2.5 Legislativa sociální a zdravotně sociální práce

Proces institucionalizace sociální práce byl poměrně dlouhý a mezníkem se stal rok 2006. V něm se legislativně zakotvila koncepce sociálních služeb, a to konkrétně přijetím zákonů Ministerstva práce a sociálních věcí:

- 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů
- 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Komplexní pojetí nových úprav zákonů tak zahrnuje také relevantní obory, jako jsou školství, zdravotnictví nebo vězeňství. Nicméně sociální práce ve zdravotnictví zatím nijak uceleně ustanovena není, zatím jde jen o kusé legislativní normy Ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Zdravotně sociální pracovníci „...nemají pro svoje působení dostatečnou legislativní oporu ...“ (Marková, 2010, s. 6).

Sociální práci ve zdravotnických zařízeních upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde je sociální práce zmíněna jako součást komplexu ošetrovatelské péče. Zdravotnickým zařízením je uložena povinnost spolupracovat a poskytnout veškerou součinnost při sociálně právní ochraně dětí. Tuto povinnost jim ukládá zákon 59/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

2.5.1 Vymezení činností vykonávaných zdravotně sociálního pracovníka

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních mají legislativně uceleně vymezené ošetření. Je to jedna ze dvou oblastí zdravotně sociální práce, která má podrbanou legislativní oporu, a ne jen okrajovou. Jako činnost zdravotně sociálního pracovníka považuje zákon takové úkony, které:

- jsou preventivního, diagnostického a rehabilitačního charakteru.
- podílí se na ošetrovatelské péči.
- uspokojuje sociální potřeby pacienta.

Dále pak jsou to činnosti jako sociální šetření, poradenství, analýza, zpracovávání metodologie a koncepcí, sociální agenda a rehabilitace, krizová pomoc (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Kromě zákona č. 96/2004 Sb. vymezuje činnost zdravotně sociálního pracovníka také Vyhláška č. 55/2011 Sb., který specifikuje konkrétní činnosti.

2.5.2 Odborná způsobilost zdravotně sociálního pracovníka

Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů upravují požadavky na odbornost zdravotně sociálního personálu. Požadavky resortu práce a sociálních věcí a zdravotnictví nejsou v maximálním souladu, především ve způsobu dosažení příslušné kvalifikace, ale také v systému celoživotního vzdělávání.

3 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA S INSTITUCEMI

Zdravotně sociální pracovník je odborně způsobilý sociální pracovník, který vykonává svou činnost ve zdravotnických zařízeních. Typ zdravotnického zařízení, ve kterém působí, předurčuje konkrétní organizace, se kterými v rámci změny kvality klientova života zdravotně sociální pracovník spolupracuje.

Při zpracování problematiky spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi je třeba se věnovat také objasnění termínu „instituce“. Tento je nadřazen termínu „organizace“, se kterým je ovšem velmi často zaměňován.

Instituce je sociologický pojem, který označuje společensky schválený a přijímaný úzus v chování, jednání a správě určité oblasti lidské činnosti. Institucemi jsou chápány organizovaně vzniklé a historicky podmíněné společenské konstrukty, které napomáhají udržet společenský řád a slouží zároveň jako sociální kontrolní mechanismy. Institucemi můžeme chápat: rodinu, adopci, úřad, manželství, bankovníctví, pěst atd. (Keller, 2004).

Organizace je konkrétní sociální skupina, která vznikla za účelem naplnění cílů, které jsou vágněji formulovány v rámci instituce. Jedná se o konkrétní podobu sociálního konstrukt, vztahy, kompetence, práce a role jsou racionálně uspořádány.

Je tedy nasnadě, že například městský úřad můžeme chápat jako instituci, ale Městský úřad ve Zlíně už je konkrétní organizace. Podle stejného principu nejsou instituce, se kterými zdravotně sociální pracovník jedná, jenom formálního typu, může se jednat také o rodinu, pozůstalé a podobné, neorganizované typy institucí. Ve velkém sociologickém slovníku uvádí Petrusek et al., (1996, s. 435):

„Organizace jsou tvořeny lidmi, kteří určitou činnost institucionalizovaným způsobem provádějí.“

Spolupráce s některými typy institucí je historicky podmíněná, navíc akcentovaná úzkým propojením resortu práce a sociálních věcí a zdravotnictví. Podle Kuzníkové et al. (2011) se v praxi spolupráce zdravotně sociálního pracovníka nejčastěji objevují instituce jako obecní a městské úřady, ale také úřady práce, Správa sociálního zabezpečení České republiky, Policie České republiky, soudy různých úrovní, praktičtí lékaři, dále pak organizace poskytující služby zdravotní péče, zajišťující terénní služby zdravotně sociální péče, nebo služby sociální prevence atd.

V rámci individuálního přístupu ke klientovi a specifickému typu zdravotnického zařízení, ve kterém zdravotně sociální pracovník působí, dochází ke komunikaci s takovými institucemi, které mohou mít přímý vliv na změnu v klientově životě. Mnohdy dochází k nutnosti sociální rehabilitace, znovuzачlenění do fungující společnosti, ne „jen“ k vyřešení akutního problému, proto je v zájmu jak klienta, tak jeho okolí, jej do procesu začlenění aktivně zapojit – udělat z něj aktivního hybatele změny, nejen pasivního příjemce.

3.1 Klient

Ve středu zájmu zdravotně sociálního pracovníka stojí klient jako soubor specifík, individuum, jehož situace vyžaduje komplexní a holistický přístup. V rámci náplně práce zdravotně sociálního pracovníka se prolíná více odborností – zdravotní péče, sociální péče, ošetrovatelství, terapeutická činnost, rehabilitace, resocializace a další. Pomoc klientovi je prvořadá, vyrovnání se s novou, nestandardní a/nebo problematickou fází života.

Zdravotně sociální pracovník se stará především o sociální a psychické aspekty života klienta. V rámci starosti o sociální aspekty života klienta je nutné, aby byl zdravotně sociální pracovník dostatečně kompetentní k výkonu práce, kvalifikován v oboru a splňoval osobnostní a komunikační předpoklady pro dobrou práci s klientem. Z obrovského souboru reálných činností, které zdravotně sociální pracovník s klientem ve zdravotnických zařízeních různého typu vykonává, můžeme abstrahovat následující kategorie³:

3.1.1 Součást týmu posuzování zdravotního stavu a jeho následném řešení.

V mnoha případech je intervence zdravotně sociálního pracovníka třeba v nemocnicích, kde kromě administrativní podpory, slouží také jako mediátor a terapeut mezi klientem/pacientem, jeho novou situací a například lékaři. Nejčastější specializace, ve kterých se tyto funkce zdravotně sociálního pracovníka uplatňují, jsou:

- **Onkologie.** Primárně zaměřena na intervence zahrnující psychosociální podporu, poradenství, pomoc klientovi i jeho rodině přizpůsobit se tíživé situaci, za-

³ Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

jištění služeb sociální péče při propuštění atd. Intervence musí vycházet z pochopení specifické nemoci pacienta, ale také jeho emoční, sociální a finanční situace (Slezáčková, 2012, s. 12-26).

- **Pohotovost.** Intervence zdravotně sociálního pracovníka probíhá v případech, kdy jsou jeho klienty často členové pacientovy rodiny – zejména v případě sdělení závažné diagnózy, úmrtí nemocného, znásilnění klienta, následků násilného trestného činu atd. Zdravotně sociální pracovník v takových případech zprostředkovává především psychoterapeutickou pomoc. Jeho role je často také organizační, kdy přebírá zodpovědnost za řešení nejrůznějších sociálních záležitostí daného klienta (Procházka et al., 2014).
- **Gynekologie a porodnictví.** Zahrnuje především mapování socio-ekonomické situace matek, podporu prvorodičkám, ale i všem rodičkám, které musejí zdravotnické zařízení opustit, přičemž jejich dítě i nadále zůstalo v lékařské péči, popř. zemřelo. Zdravotně sociální pracovník hraje velice významnou úlohu především při identifikaci rodiček v rizikových sociálních situacích, kdy např. nemají zajištěné podmínky péče o dítě atd.
Zdravotně sociální pracovník také zprostředkovává informace, zajišťuje následnou péči a komunikaci s rodinou v případech, kdy se narodí dítě například handicapované, předčasně, nemocné atd.
- **Klienti s AIDS.** Tato sociální spolupráce spočívá zejména ve vzájemném zprostředkování komunikace mezi klientem a odborným medicínským personálem. V případě pacientů s rozvinutým onemocněním výrazně klesá jejich autonomie a naopak roste jejich závislost na okolí. Tito lidé postupně nejsou schopni sami o sebe pečovat a jejich zhoršující se stav znamená pro zdravotnický personál námahu a významný zdroj stresu.
- **Rehabilitační klinika či v rehabilitačním zařízení.** Role zdravotně sociálního pracovníka je v tomto případě spjata s procesem psychosociální adaptace na postižení, na zapojení rodiny během zotavování a rehabilitace klienta, ovšem s nezbytnou edukací, podporou, poradenstvím a službami (Šamánková, 2011).
- **Neurologie a neurochirurgie.** Mnozí klienti jsou po krátké hospitalizaci propuštěni a zdravotně sociální pracovník hraje důležitou roli při zajištění následné péče včetně komplexní rehabilitace, ale také psychické podpory, třeba i formou psychoterapie (Mahrová a Venglářová, 2008).

- **Ortopedie a traumatologie.** Klient se musí vyrovnat s novou funkční nedostatečností pohybového aparátu a musí se naučit soběstačnosti. Zdravotně sociální pracovník pomáhá plánovat budoucnost klienta, přičemž primární snahou je co nejčasnější zajištění následné rehabilitační péče.

3.1.2 Administrativa

Pomoc s orientací v administrativě konkrétní situace klienta je jednou další z nejpřínosnějších oblastí práce zdravotně sociálního pracovníka. Orientace zdravotně sociálního pracovníka v nutných a nárokovatelných úředních úkonech adekvátních klientově situaci je stěžejní pro klientovo další fungování ve společnosti. Důležitou úlohu při vyřizování administrativy zastává také fakt, že je klient přímo zapojen do řešení své situace (zdravotně sociální pracovník může klienta pouze nasměrovat, úřední úkony si musí klient vyřídit sám), a tedy se mu (klientovi) dostává přímého kontaktu s vnějším světem. K nejčastěji prováděné administrativní pomoci patří, samozřejmě opět v závislosti na typu zdravotnického zařízení. (Vorlíček et al., 2004):

- Komunikace s úřady práce, finančními institucemi
- Pomoc se sepisováním životopisů
- Komunikace se zdravotními pojišťovkami
- Komunikace se správou sociálního zabezpečení
- Zhodnocení nároku na státní příspěvky a dávky + jejich vyřízení
- Komunikace a vyřízení náležitostí v případě úmrtí klienta (pomoc rodině v komunikaci s pohřební službou, lékaři, v dědickém řízení)
- Zajišťování administrativy spojené s pobytem klienta nebo jeho přestupem do jiného zařízení (např. posudkový lékař apod.)
- Vedení dokumentace vč. anamnéz klienta
- Častá komunikace s orgány sociálně-právní ochrany dětí
- Reporting
- Hodnocení
- Pozorování
- ...

3.1.3 (Psycho)terapeutická intervence a dlouhodobá pomoc

Terapeutická intervence i dlouhodobá podpora patří k jádru práce zdravotně sociálního pracovníka. Vychází-li odborníková práce z principu, že každý klient má být posuzován individuálně, holisticky, mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem má (musí) vzniknout vztah založený a důvěře a respektu, je vhléd do klientovy psychiky a podrobné seznámení se s jeho sociální situací nezbytný pro kvalitní práci.

Terapeutické metody jsou potřebné především v práci s klienty, pro které je situace, v níž se ocitli, nenadálá a nová, a kteří nejsou schopni ji zvládat bez vyrovnání se s ní. Zdravotně sociální pracovník se nástavbovou kvalifikací může profilovat jako psychoterapeut, pro něhož bude tato činnost hlavní náplní práce. Nicméně běžnou praxí je, že společně s teoretickým kvalifikačním základem musí nést adekvátní osobnostní předpoklady pro terapeutickou práci každý zdravotně sociální pracovník, ať už pracuje v jakémkoliv zařízení. I bez speciálních kurzů je na osobnost zdravotně sociálního pracovníka kladen nárok reagovat terapeuticky intervenčně také v rámci případů, které teoreticky psychoterapii primárně nevyžadují.

Role zdravotně sociálního pracovníka jako konstruktivní psychické podpory je nezastupitelná ve zvládnutí klientova stresu, frustrace popř. dlouhodobé deprivace nebo deprese. Například v rámci práce s terminálně nemocnými klienty je v kompetenci zdravotně sociálního pracovníka provázet klienta emočně i organizačně na cestě ke smrti, pomáhá mu vyřizovat například poslední vůli, ale také formou rozhovoru orientovat se ve svých emocích, vést klienta i jeho rodinu ke smíření atd. Stejně tak v situacích úrazů nebo nemocí s trvalými následky, narození dítěte s handicapem apod.

3.2 Rodina

S rodinou jako institucí spolupracuje zdravotně sociální pracovník v mnoha případech, nicméně můžeme abstrahovat dvě skupiny.

3.2.1 Rodina jako klient

Celá primární i širší rodina se může ocitnout v situaci, kdy jako celek tvoří klienta zdravotně sociálního pracovníka. Nastává tak především:

- Při práci v nemocnicích na odděleních péče o dítě. V případech, kdy se dítě narodí s handicapem, nemocné, zemře popřípadě má speciální potřeby, působí zdravotně

sociální pracovník ve všech třech svých stěžejních oblastech – jako součást týmu, který vyhodnocuje celkovou situaci rodiny, sociální i zdravotní stav, vhodnost umístění do rodinné nebo ústavní péče apod. Jako pomoc při administrativě spojené s péčí o dítě se speciálními potřebami, komunikuje s ústavu, rehabilitačními centry, nadačními fondy, popř. s ústavu pro péči o dítě do 3 let, směřuje rodinu k nárokování příspěvků, konzultuje situaci. Taktéž hraje významnou terapeutickou roli, pracuje s rodinou také v rámci vyrovnávání se s novou situací.

- Další významnými skupinami případů, kdy je rodina ve smyslu instituce klientem zdravotně sociálního pracovníka, jsou např.
 - Matky samoživitelky
 - Rodina nezletilého dítěte
 - Rodiny nesoběstačných seniorů
 - Sanace rodiny (např. po týrání, zneužívání apod.)

(Bechyňová a Konvičková, 2008).

3.2.2 Klientova rodina

Klientova rodina, existuje-li a je-li ochotna, je téměř vždy větší či menší součástí práce zdravotně sociálního pracovníka. Intenzivní práce s rodinami klientů je především ve zdravotnických zařízeních zaměřených na seniory popř. hospicového typu, často se s ní ale setkáváme také v nemocnicích napříč odděleními.

V rámci péče o seniory může být klientův stav vyhodnocen jako nevhodný ze zdravotních a/nebo sociálních důvodů, poté je třeba společně s rodinou kooperovat na umístění klienta do vhodného typu zařízení. Při přechodu do domácí péče se volí míra profesionálního pečovatelského, členové rodiny jsou nicméně „zaškolení“ do běžné praxe soužití nebo péče o seniora (rehabilitace, manipulace se zdravotnickými pomůckami, nejběžnější rizika atd.).

V rámci jakéhokoliv zařízení může zdravotně sociální pracovník fungovat jako zprostředkovatel informací mezi rodinou klienta, klientem a ostatním odborným personálem, jako mediátor diskuzí, jako terapeutický pracovník pro nejbližší rodinu klienta atd. (Kutnohorská et al., 2011).

3.3 Zdravotnická a pečovatelská zařízení

Jak již bylo zmíněno, nejčastěji se odbornost zdravotně sociálního pracovníka využívá například v (psychiatrických) nemocnicích nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných. Z prostého účelu těchto zdravotnických zařízení vyplývá potřeba schopností zdravotně sociálního pracovníka vyhodnotit stav pacienta/klienta a naplánovat, doporučit a případně také zařídit nebo nasměrovat k zařízení doplňkových nebo následných zdravotních nebo pečovatelských služeb.

Při působení zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních je kladen důraz na jeho způsobilost v otázkách spolupráce na posouzení stavu a jeho vhodnosti pro propuštění do domácí popř. jiné následné péče.

V rámci zajištění adekvátní a vhodné domácí péče tak zdravotně sociální pracovník komunikuje s takovými konkrétními organizacemi, které jsou schopné zajistit nutné doléčení, rehabilitaci, trénink sebeobsluhy, donášku jídla, stacionáře, pečovatelské služby. K tomu slouží různé dobrovolnické i státní služby, lázně, rehabilitační ústavy, asistenční služby apod. (Kuzníková, 2011).

Ke zdravotním a pečovatelským zařízením můžeme zařadit také různé terapeutické skupiny, komunity, intervenční centra apod. Sám zdravotně sociální pracovník má mnohdy terapeutické kompetence a psychoterapeutická činnost je částečně jeho náplní práce, nicméně především při práci s látkově či nelátkově závislými, chronicky duševně nemocnými apod. je následná péče nezbytná. Zdravotně sociální pracovník tak zprostředkovává kontakt se sociální sítí a její rozšiřování (Kuzníková, 2011).

3.4 Státní správa, orgány činné v trestním řízení, finanční instituce

S činnostmi zdravotně sociálního pracovníka, respektive s pobytem pacienta/klienta ve zdravotnickém zařízení, je spojená obsáhlá administrativa. Ta je samozřejmě podřízená typu zdravotnického zařízení a konkrétní situaci klienta, nicméně můžeme zmínit konkrétní příklady na základě konkrétního pracoviště zdravotně sociálního pracovníka.

V rámci své práce je zdravotně sociální pracovník nejčastěji v kontaktu s:

- Orgány činnými v trestním řízení (nařízení ochranné léčby)
- Finanční organizace, které jsou zainteresovány do řešení dluhové situace klienta

- Vytipované adekvátní organizace pro zajištění bydlení popř. finančního příjmu (legálního). Tady můžeme hovořit například o agenturách práce, armádě spásy apod.
- Instituce zajišťující prevenci recidivy, tedy od rodiny, další sociální sítě, organizovaných dohledů atd.

V rámci práce s terminálně nemocnými klienty zprostředkovává zdravotně sociální pracovník například vyřízení poslední vůle (notářské a advokátní služby), zajištění komunikace s pohřebními službami, lékaři, policií atd. (Kuzníková, 2011).

Důležitou součástí komunikace se státní správou (prostřednictvím klienta) je hodnocení a informování klienta o nárokovatelných dávkách, příspěvcích a podmínkách, které musí splnit, aby jich dosáhl. Zdravotně sociální pracovník plní také supervizní funkci, v rámci např. úkolově orientovaného přístupu k práci s klientem může průběžně kontrolovat kroky, které klient ve své věci podniknout měl a ne/podnikl.

3.5 Ostatní instituce

Práce zdravotně sociálního pracovníka je extrémně rozmanitá především proto, že přístup ke klientovi je vždy individuální. Stejně tak musí být individuálně zpracováno, posouzeno i provedeno řešení klientovy situace. Během získávání potřebné kvalifikace a následnou praxí získává zdravotně sociální pracovník „arsenál“ možných institucí, se kterými lze v rámci jeho kompetence a adekvátního výkonu práce komunikovat.

Mezi nečastější ostatní instituce, se kterými zdravotně sociální pracovník může při běžné praxi přicházet do styku, patří např.:

Církev a její představitelé. Spolupráce s představiteli církví je významnou složkou péče o psychické zdraví některých klientů. Ať už jde o zpovědi, prostý rozhovor, útěchu, rozřešení nebo jiné aspekty, má komunikace s představitelem církve na mnohé pacienty pozitivně terapeutický efekt.

Pracoviště. Zdravotně sociální pracovníci mají v kompetenci také komunikaci s pracovišti, ze kterých jejich klienti přicházejí. Jedná se především o vyřizování nemocenské dovolené, ale také administrativy spojené s případným odchodem z práce, nástupem do nové, citlivé vysvětlením stavu klienta a případná účast na jednání řešení dalšího postupu.

Zřizovatelé volnočasových aktivit. Zdravotně sociální pracovník velmi často zařizuje také klientovu socializaci, začlenění do kolektivu, péči o náplň klientova volného času. S tím úzce souvisí komunikace s adekvátními státními, městskými i soukromými zařízení-

mi, která obstarávají volnočasové aktivity, často spojené s edukační činností. Jedná se například o zařízení pro seniory, děti, pro klienty s léčenou látkovou nebo nelátkovou závislostí, komunitní centra apod.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Empirická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou. V teoretické části bakalářské práce jste se, seznámili s fenomény jako je spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi.

V následující kapitole budou podrobně popsány metodologie, které byly využity pro realizaci výzkumu, tedy rozhovor a pozorování. V případě metody rozhovoru konkrétně specifikujeme výzkumnou strategii, techniku sběru dat, volbu výzkumného vzorku, přičemž podrobněji představíme a zařadíme své respondenty, dále popíšeme realizaci výzkumu a zaměříme se také na operacionalizaci konkrétních otázek, popis standardizace celého postupu a na následnou interpretaci.

Následně se zaměříme na metodu pozorování, přičemž záznamy o jednotlivých zdravotně sociálních pracovnících (R1, R2 a R3) umístíme do tří individuálních tabulek. Pro tento postup jsme se rozhodli z toho důvodu, že se časový harmonogram i náplň práce v konkrétním čase jednotlivých zdravotně sociálních pracovníků liší a záznamy ve společné tabulce by byly méně přehledné.

4.1 Cíl výzkumu

Jak již bylo uvedeno v úvodu bakalářské práce, její téma bylo zvoleno na základě osobní zkušenosti autorky z nemocnice v Uherském Hradišti, v níž absolvovala coby budoucí zdravotně sociální pracovníce svoji praxi.

Cílem výzkumné části práce bylo porovnat tuto vlastní zkušenost s denní praxí zdravotně sociálních pracovníků v jiných zařízeních a ověřit, zda vlastní nabyté zkušenosti mají víceméně univerzální platnost a praxe zdravotně sociálních pracovníků v jiných nemocnicích probíhá totožně či podobně jako v Uherském Hradišti.

Domníváme se, že může jít o podstatnou informaci pro stávající studentky oboru zdravotně sociální pracovník, které mohou jednak výsledky analýzy porovnat s vlastními zkušenostmi, nebo je využít coby zdroj informací v případě, že dosud praxi nevykonávaly.

V rámci analýzy byl stanoven výzkumný problém, kterým je v našem případě „Rozdílnost každodenní praxe zdravotně sociálních pracovníků“.

Následně byly zvoleny tři výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou rozdíly v každodenní praxi zdravotně sociálních pracovníků?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký význam má podle zdravotně sociálních pracovníků spolupráce s institucemi?
2. Vnímají zdravotně sociální pracovníci nějaké nedostatky ve svém oboru?

Hlavní výzkumná otázka i dílčí výzkumné otázky budou zodpovězeny v rámci diskuse.

Domníváme se, že se náplň denní praxe u zdravotně sociálních pracovníků nebude výrazně lišit. Domníváme se také, že kooperaci s institucemi budou respondenti vnímat jako velmi důležitou, neboť v nemocnici v Uherském Hradišti se intenzita této komunikace a zainteresovanost zdravotně sociálních pracovníků prokázaly při výkonu praxe autorky. Domníváme se, že respondenti budou vnímat alespoň dílčí nedostatky v metodologii zdravotně sociální práce.

4. 2 Rozhovor**4.2.1 Zvolená metoda a výzkumná strategie**

Tato bakalářská práce se věnuje tématu Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s institucemi. V empirické části zaměřující se na výzkum oslovíme formou rozhovoru několik zdravotně sociálních pracovníků, které jsem si zvolila coby výzkumný vzorek. Cílem bude zjistit, jaké v závislosti na své praxi a zkušenostech zastávají názory na vlastní spolupráci s klientem a institucemi.

4.2.2 Kvalitativní versus kvantitativní strategie výzkumu

Vzhledem ke stanoveným cílům jsme pro empirickou část zvolili kvalitativní strategii výzkumu. Ta se na rozdíl od kvantitativní strategie více hodí k velikosti námi testovacího vzorku, který obsahuje tři respondenty. Disman popisuje kvalitativní výzkum jako výzkum, jenž odkrývá význam sdělovaných informací, které nelze zobecnit na širokou populaci a reprezentuje pouze populaci daného problému (Disman, 2011).

Kvalitativní výzkum je tedy vhodnější pro menší skupiny, a to zejména proto, že se zaměřuje na postoje jednotlivců, nikoli zobecňování na širší skupinu, jak je tomu u výzkumu kvantitativního.

Kvalitativní výzkum vzhledem k malé skupině proměnných upřednostňuje výzkumnou hloubku před výzkumnou šířkou, jak je tomu u kvantitativního výzkumu. V této bakalářské práci se nesnažíme postihnout a analyzovat co největší skupinu případů. Záměrem je zjistit,

jak se na danou problematiku dívají dílčí pracovnice z oblasti zdravotně sociální péče, proto se domníváme, že je volba kvalitativní strategie vhodná.

Kvalitativní výzkum s sebou nese také další výhody. Tazatel díky němu nahlíží do přirozeného pracovního prostředí respondenta a přímo jej vnímá společně s podmínkami, které mohou být velmi individuální. Tazatel se zde stává zainteresovaným, má možnost navázat s respondenty vazby a není pouze vnějším pozorovatelem.

Podle Švaříčka má však kvalitativní výzkum také nevýhody. Za stěžejní nevýhodu považuje právě fakt, že zjištěná data není možné zobecňovat a neříkají tedy nic o široké skupině respondentů (Švaříček, 2007).

Spolehlivost (reliabilita) nedosahuje v případě kvalitativního výzkumu takové důvěryhodnosti jako v případě výzkumu kvantitativního. Důvodem je vedle výše uvedeného to, že kvalitativní výzkum nevyužívá standardizované metody. Podle Švaříčka lze menší míře spolehlivosti předcházet tzv. standardizací. Standardizace umožňuje stanovit pro sběr dat standardizované podmínky. Takovými mohou být například: rozhovor probíhá vždy mezi dvěma osobami, tváří v tvář, jeho termín je dohodnut předem a probíhá vždy na konkrétním místě, například v kanceláři (Švaříček, Šedřová, 2007).

4.2.3 Technika sběru a zpracování dat

Data pro výzkumnou část bakalářské práce byla sesbírána formou rozhovoru, což je jedna z metod kvalitativní strategie. Tato forma byla zvolena s ohledem na nízký počet dotazovaných. Díky technice rozhovoru měla tazatelka možnost se s jednotlivými respondenty osobně setkat a pokládat jim předem připravené otázky. Konkrétně jsme pracovali s polostrukturovaným rozhovorem. Znamená to, že respondenti dostávali stejné otázky ve stejném pořadí a rozhovor jsem sama vedla.

V rámci zachování spolehlivosti, jak ji popisuje Švaříček, byla technika sběru dat standardizována. Tazatelka přišla za každým dotazovaným osobně v předem dohodnutém termínu na jeho pracoviště, rozhovor probíhal tváří v tvář a nebyly mu přítomny jiné osoby.

Veškeré rozhovory byly zaznamenány na diktafon, což respondenti bez rozdílu umožnili, a následoval jejich přepis.

Data byla zpracována technikou otevřeného kódování. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně doslovně přepsány, jak lze vidět v přílohách PI – PVI. Ve stejných přílohách je otevřené kódování zaznačeno.

Otevřené kódování je součástí analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů prostřednictvím bedlivého zkoumání údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje roze-

brány na jednotlivé části a důkladně prozkoumány. Porovnáváním jsou vyzkoumány podobnosti a rozdíly. Během tohoto postupu jsou zvažovány a zjišťovány naše vlastní i cizí předpoklady o jevu, což přivádí k novým objevům (Strauss a Corbinová, 1999, s. 43).

4.2.4 Volba výzkumného vzorku

Pro samotný výzkum byla zvolena metoda záměrného výběru. Tři respondentky si tazatelka sama účelně vybrala. Všechny dotazované jsou zdravotně sociálními pracovníci v nemocnicích.

Rozhovor byl veden se třemi zdravotně sociálními pracovníci zaměstnanými v různých městech, různého věku a s různou délkou praxe. Blíže dotazované ženy jsou představeny v tabulce.

Tabulka č. 1 - Přehled respondentů

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Respondent 1	žena	38	VŠ – Mgr.	11
Respondent 2	žena	48	VŠ – Bc.	23
Respondent 3	žena	56	SŠ	36

Všechny respondentky splňují potřebné odborné vzdělání a délku praxe přesahující 10 let. Vycházeli jsme tedy z toho, že disponují odbornými znalostmi v oblasti sociální práce a jsou tedy kompetentními osobami a vhodným vzorkem pro kvalitativní výzkum.

Jelikož tazatelka v Uherskohradištské nemocnici osobně absolvovala praxi a její zaměstnání osobně zná, zvolila si zdejší zdravotní sociální pracovníci coby první respondentku. Fakt, že měla možnost s ní navázat autentický a osobní vztah, jí následně zjednodušil komunikaci ve zbývajících dvou zařízeních. Pokládáním otázek si byla jistější a měla srovnání, tedy i prostor pro případné podotázky.

4.2.3 Realizace výzkumu

Jak uvádíme výše, pro výzkum jsme zvolili tři respondenty na pozici zdravotní sociální pracovníce pracující v nemocnici. Rozhovory s dotazovanými se odehrály v únoru 2016. Jelikož jsme se zdravotních sociálních pracovníků dotazovali osobně, absolvovali jsme celkem tři rozhovory v různých městech, konkrétně v Uherském Hradišti, ve Zlíně a v Brně.

Vzhledem k formě strukturovaného rozhovoru jsme otázky respondentům osobně pokládali, a to ve stejném znění i ve stejném pořadí. V případě, že někdo z dotazovaných otázce neporozuměl, byla zopakována znovu tak, aby zůstal její význam zachován.

4.2.5 Dílčí výzkumné otázky

OČ. 1: Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovnice zde v nemocnici?

OČ. 2: S kým při své práci spolupracujete?

OČ. 3: S jakými institucemi pracujete nejvíce a které další instituce využíváte pro spolupráci?

OČ. 4: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?

OČ. 5: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?

OČ. 6: Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

OČ. 1: Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovnice zde v nemocnici?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak dlouho dotazovaná vykonává praxi zdravotně sociální pracovnice. Tato informace pro nás bude důležitá při analýze, kdy budeme srovnávat názory jednotlivých respondentek, a bude nás zajímat, zda se názory liší v závislosti na délce praxe.

OČ. 2: S kým při své práci spolupracujete?

Tato otázka se ptá po spolupráci zdravotně sociálních pracovnic s dalšími orgány. Zajímalo nás, zda zdravotně sociální pracovnice v některých situacích kooperují například s lékaři nebo zdravotními sestrami, v jakých případech ke spolupráci dochází a v čem je prospěšná.

OČ. 3: S jakými institucemi pracujete nejvíce a které další instituce využíváte pro spolupráci?

Otázkou číslo 3 se pokoušíme zjistit, nakolik zdravotně sociální pracovnice kooperují s jinými institucemi, o které instituce se jedná a proč je tato kooperace užitečná.

OČ. 4: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?

Otázka číslo 4 se ptá na konkrétní náplň práce zdravotně sociální pracovnice s klientem v nemocnici. S její pomocí zjistíme, co přesně kooperace zdravotně sociální pracovník X klient obnáší. Zajímat nás budou jak administrativní záležitosti, tak následné praktické úkony.

OČ. 5: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?

Otázkou číslo 5 se snažíme doptat na případné nedostatky práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici. Konkrétně nás zajímá, zda jsou metody práce s klientem či rodinou dostačující pro tu kterou zdravotně sociální pracovníci a pokud ne, zajímá nás, z jakého důvodu.

OČ. 6: Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

V poslední, šesté otázce chceme zjistit, jak se dotazované zdravotně sociální pracovníce v nemocnicích dívají na kooperaci se subjekty poskytujícími sociální služby. Jedná se převážně o ubytovací zařízení. Předpokládáme, že se v odpovědích dozvíme i v čem jsou nejčastější problémy.

4.2.5.1 Postup interpretace

Veškeré rozhovory byly nahrávány na diktafon. Po skončení jednotlivých setkání jsme dialogy opětovně vyslechli, abychom se ujistili, že byly všechny zaznamenány v pořádku. Následně byly rozhovory přehrány do počítače, opakovaně vypošlechnuty a přepisovány do formy textu. K tomu byl použit doslovný přepis, včetně pauz, citoslovců smíchu či zaváhání, aby byly výpovědi co nejvíce autentické. Textová podoba rozhovorů tedy není stylisticky ani jinak upravována a jedná se o pouhý fonetický přepis.

Odpovědi na každou otázku je věnován samostatný odstavec. Tazatel je v rozhovorech označen písmenem T, respondentky pak písmenem R a pořadím R1, R2 a R3. Odpovědi jednotlivých respondentek byly po přepsání analyzovány.

4.3 Pozorování**Pozorování:**

Při této technice bylo využito tzv. přímé pozorování, při němž dochází k systematickému pozorování procesů, sociálních jevů, nebo činností, které probíhají během klasického režimu pozorované skupiny, nebo jedince. Výzkumník neovlivňuje pozorovaný objekt žádným způsobem (Kutnohorská, 2009).

Pozorování probíhalo v průběhu února až března 2016 v týž třech zařízeních jako rozhovory, tedy v nemocnicích v Uherském Hradišti, ve Zlíně a v Brně. Cílem pozorování bylo

sledovat zdravotně sociální pracovnice během jejich běžného pracovního procesu a následně jejich činnosti navzájem porovnat. V každém zařízení autorka strávila tři pracovní dny, přičemž časově každý z nich odpovídal pracovní době dané zdravotně sociální pracovnice. Výsledky pozorování byly zaznamenávány do pozorovacího archu, který je součástí přílohy PI – PIII. Cílem pozorování bylo zjistit, jak probíhá běžný den zdravotně sociálních pracovnic, jaké jsou jejich komparace v jednotlivých oblastech a se kterými institucemi přicházejí nejčastěji do kontaktu.

Tabulka č. 2 - Pozorování R1

R1	
7:00	Příchod do zaměstnání
8:00 – 9:00	Individuální příprava; Schůzka s kolektivem lékařů
9:00 – 10:30	Sociální šetření u klientů na oddělení a následné péče
10:30 – 11:30	Spolupráce s institucemi: Úřad práce, OSPOD, Azylový dům, Domovy pro seniory Uherské Hradiště
11:30 – 12:00	Přestávka
12:00 – 13:30	Zapisování sociálního šetření do počítače
13:30 – 14:30	Návštěva zdravotně sociální pracovnice rodinných příslušníků
14:30 – 15:00	Sepisování žádostí do domova pro seniory
15:00 – 15:30	Přinesení žádostí na příslušnou instituci a to ÚP v Uherském Hradišti

15:30	Konec pracovní doby zdravotně sociální pracovnice.
--------------	--

Tabulka č. 3 - Pozorování R2

R2	
6:30	Příchod do zaměstnání
6:30 – 7:30	Zápis veškerého sociálního šetření a zdravotní anamnézy pacienta/klienta z předešlého dne
7:30 – 8:10	Sezení s vrchní sestrou a primářem z centra klinické gerontologie (LDN)
8:10 – 10:00	Účast na vizitě
10:30 – 11:00	Komunikace s rodinným příslušníkem pacienta/klienta
11:00 – 12:00	Veškerá sociální šetření na příslušných odděleních
12:00 – 12:30	Přestávka
12:30 – 14:00	Sepisování žádostí do domova pro seniory, hospice, obvolávání na volná místa do Domovů pro seniory
14:00 – 14:30	Psaní do poznámkového bloku příchod nových pacientů na LDN
14:30	Konec pracovní doby

Tabulka č. 4 - Pozorování R3

R3	
7:00	Příchod do zaměstnání
7:00 – 8:00	Schůzka s vrchní sestrou oddělení LDN Podepsání se do deníku návštěv osob, které v nemocnici pracují
8:00 – 10:00	Sociální šetření
10:00 – 11:00	Sepisování sociálního šetření do počítače
11:00 – 12:00	Odchod do instituce OSPOD
12:00 – 12:30	Přestávka
12:30 – 13:30	Navštívení klienta za pracovním úmyslem, který si vyžádal ZSP
13:30 – 14:30	Odchod na poštu
14:30 – 15:30	Komunikace s vrchní sestrou o pacientech, kteří mají zájem o žádost do domova pro seniory
15:30	Pracovní doby zdravotně sociální pracovnice.

5 ANALYTICKÁ ČÁST

5.1 Vyhodnocení pozorování

Cílem pozorování bylo sledovat zdravotně sociální pracovníce během jejich běžného pracovního procesu a následně jejich činnosti navzájem porovnat.

Zaměřili jsme se jednak na časový harmonogram dne jednotlivých respondentek a jednak na obsah jejich práce, abychom je navzájem porovnali.

Pracovnice všech tří nemocnic přicházejí do práce cca ve stejnou dobu, jedna z nich v 6:30, zbývající dvě v 7:00.

Dvě ze zdravotně sociálních pracovníc se po příchodu do zaměstnání věnují individuální přípravě, třetí pracovníce se denně ihned po příchodu schází se sestrou oddělení LDN.

Také zbývající dvě zdravotně sociální pracovníce se po individuální přípravě setkávají s kolektivem sester a lékařů, s nimiž hovoří o zdravotních diagnózách jednotlivých klientů a diskutují o dalších krocích.

Zatímco se dvě zdravotně sociální pracovníce v následujícím čase věnují sociálnímu šetření, třetí z nich je přímo součástí lékařské vizity.

Následně se činnost respondentek liší. Jedna z nich komunikuje s institucemi, zatímco druhá věnuje prostor komunikaci s rodinou klienta. Třetí zdravotně sociální pracovníce se ve stejném čase věnuje administrativě, tedy zapisování sociálního šetření do počítače.

Také v čase mezi 11:00–12:00 se náplň práce zdravotně sociálních pracovníc ve všech případech liší. Jedna z respondentek odchází na osobní schůzku do organizace OSPOD, druhá se věnuje sociálnímu šetření na odděleních a třetí čerpá pracovní přestávku. Po přestávce se tatáž respondentka věnuje zapisování šetření do počítače, zatímco zbývající dvě zdravotně sociální pracovníce v tomto čase čerpají pauzu na oběd.

V odpoledních hodinách se dvě ze zdravotně sociálních pracovníc pohybují v terénu (návštěva rodinných příslušníků klienta a návštěva instituce OSPOD a pošty), třetí pracovníce sepisuje žádosti a vyřizuje telefonáty s žádostí o přijetí do domova pro seniory a hospice.

Následná činnost se ve všech zařízeních v podstatě shoduje, a sice v tom, že se všechny zdravotně sociální pracovníce věnují administrativě, ať už jde o žádosti nových klientů o pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných, nebo do domova pro seniory.

Zatímco jedna ze zdravotně sociálních pracovníc ještě pravidelně odevzdává žádosti na příslušné instituci, dvěma zdravotně sociálním pracovnícím končí administrativou pracovní doba.

5.2 Závěr pozorování

Náplň práce zdravotně sociálních pracovníc v jednotlivých zařízeních se liší v některých bodech méně a v jiných výrazněji. Rozdílů si všímáme již v rozdílné pracovní době. Zatímco dvě respondentky přicházejí do práce na 7:00 a končí v 15:30, třetí respondentka začíná pracovat již v 6:30 a její pracovní doba končí v 14:30.

V závislosti na odlišnosti pracovního harmonogramu se liší také jednotlivé činnosti.

Z pozorování vyplývá, že všechny tři respondentky tráví dopoledne rozhovory se zdravotní sestrou či lékaři, aby diskutovaly stav jednotlivých klientů. Jedna z respondentek se osobně účastní vizity.

Pozorování ukázalo, že všechny tři respondentky věnují téměř stejný čas administrativní činnosti, tedy vlastnímu sociálnímu šetření a zápisu údajů do počítače, jako práci v terénu, tedy rozhovorům s rodinnými příslušníky či institucemi.

Z pozorování také vyplývá, že se všechny tři respondentky v odpoledních hodinách věnují vyřizování písemných žádostí o umístění klientů do domů pro seniory či do hospice nebo LDN.

Výsledky pozorování ukazují, že ačkoli se časový harmonogram jednotlivých zdravotně sociálních pracovníc liší, jejich náplň práce je velmi podobná. Všechny na denní bázi diskutují s lékaři či zdravotními sestrami, všechny se denně věnují vlastnímu sociálnímu šetření a zapisují jej do počítače a stejně tak se všechny denně pohybují v terénu. V tomto bodě se setkáváme s rozdíly, neboť se jedna z respondentek zaměřuje na komunikaci s rodinnými příslušníky, druhá na komunikaci s rodinou a třetí přímo na komunikaci s klientem, který si vyžádal zdravotně sociální pracovníci.

5.3 Vyhodnocení rozhovoru

Tři respondentek jsme se ptali na šest stejných otázek, abychom jejich odpovědi mohli následně porovnat. Označení otázek: OČ 1–6; označení respondentek R 1–3.

OČ. 1: Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovníce zde v nemocnici?

OČ. 2: S kým při své práci spolupracujete?

OČ. 3: S jakými institucemi pracujete nejvíce a které další instituce využíváte pro spolupráci?

OČ. 4: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?

OČ. 5: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?

OČ. 6: Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

Tabulka č. 5 - OČ1

OČ. 1: Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovníce zde v nemocnici?
R1: <i>Tak nejprve jsme tady s kolegyní byly brány jako sociální pracovníce, ale až po čase to tedy dali na zdravotně sociální pracovníci, což jsem upřímně ráda, protože přijde mi, že opravdu neřešíme jen sociální práci, ale také se díváme na anamnézu klienta/pacienta, kde se podle toho snažíme najít klientovi zázemí, když se například nemůže vrátit do domácí péče. A tedy pracuji tady třetím rokem.</i>
R2: <i>Celé roky, jsem pracovala v Domově pro seniory a už to chtělo změnu, tedy zde pracuji 2 roky.</i>
R3: <i>Je to už 13 let.</i>

První otázka se týkala délky praxe jednotlivých respondentek. Jak je vidno z odpovědí, všechny mají v oboru sociální práce několikaleté zkušenosti.

Pouze R3 však po celou dobu své praxe vykonává funkci zdravotně sociální pracovníce v nemocnici.

R2 odpověděla, že převážnou část své pracovní kariéry strávila coby sociální pracovníce v domově pro seniory. Praxi zdravotně sociální pracovníce v nemocnici vykonává teprve dva roky.

Funkcí klasické sociální pracovníce si prošla také R1. Jak vyplývá z její odpovědi, ačkoli po celou dobu pracuje v téže nemocnici, obor zdravotně sociální pracovníce začala vykonávat až postupně. Přesné časové údaje R1 nevedla.

Tabulka č. 6 - OČ2

OČ. 2: S kým při své práci spolupracujete?
<p>R1: <i>éééééééé, no tato otázka je velmi složitého rázu, ale samozřejmě snažíme se spolupracovat hlavně s klientem a jeho rodinou.</i></p> <p>T: <i>Dobře, to chápu, ale spíše myslím, s jakými orgány spolupracujete? Je mi jasné, že asi ta spolupráce s tím klientem je velmi důležitým faktem a rodinou jak by smet.</i></p> <p>R1: <i>Joo takhle. No tak samozřejmě s celým zdravotnickým týmem, když je klient například po cévní mozkové příhodě nebo po zlomenině krčku, tak se radím s lékařem, kdy ho propustí, jaké navrhuje možnosti, zda se bude moct vrátit do domácí péče. K této otázce patří samozřejmě spolupráce lékařů, jak už jsem udala, zdravotních sester, psychologem, ergoterapeutem a dalšími pracovníky, kteří tvoří také to gróó.</i></p>
<p>R2: <i>V naší nemocnici se zdravotnickým personálem a to nejvíce s lékaři s primári. Někdy i s rehabilitačními pracovníky, psychologem. S rodinou klienta také samozřejmě. Důležitá spolupráce je i s praktickým lékařem, úřady, policií, poskytovateli sociálních služeb a se zdravotnickým zařízením. Občas musíme také zainteresovat psychiatrickou nemocnici.</i></p>
<p>R3: <i>Snažím se pracovat sama za sebe. Tedy samostatně. Ale pokyny nebo úkoly dostávám od zdejších lékařů, neposoudím zdravotní stav, kdy je klient schopen již s námi spolupracovat, pan doktor nebo paní doktorka mne osloví a já tím pádem vyzvu rodinu. Proto je důležitá spolupráce s lékaři a ošetřujícím personálem. Ale samozřejmě nejsou to jen lékaři. Spolupracujeme s úřady práce, policií, soudy, různými organizacemi, psychiatrií, poskytovateli sociálních služeb.</i></p>

Otázka č. dvě se dotazovala na objekty, s nimiž zdravotně sociální pracovnice nejčastěji spolupracuje. Jak vyplývá z odpovědí, R1 otázku původně zcela nepochopila, načež jsem tedy smysl otázky upřesnila.

Jak lze pozorovat v tabulce, všechny tři zdravotně sociální pracovnice spolupracují primárně s týmem lékařů a zdravotního personálu, s nimiž konzultují zdravotní stav klienta.

Zatímco R1 následně zmiňuje také psychologa a ergoterapeuta, R2 a R3 vyjmenovávají širší skupinu, tedy i policii, úřady, soudy, poskytovatele sociálních služeb. V obou případech zdravotně sociální pracovnice kooperují také s oddělením psychiatrie.

Tabulka č. 7 - OČ3

OČ. 3: S jakými institucemi pracujete nejvíce a které další instituce využíváte pro spolupráci?
R1: <i>To asi patřilo k té předešlé odpovědi, to se omlouvám. Ale jsou to samozřejmě úřady práce, tedy tady ten jeden Úřad práce v Uherském Hradišti, máme to kousek od nemocnice, vždy když třeba vypisují příspěvek na péči pro naše klienty a mám toho víc tak to tam nesu všechno najednou. Takže Úřad práce je u nás nejvíce využíván. Ale také je to OSPOD, dnes a denně se setkáváme s rodičkami, které se nechtějí starat o svoji péči nebo si nejsou jisté ze svoji péčí, zda to zvládnou nebo zda jsou vůbec připravené na budoucnost s miminkem. Takže ten také patří, tedy ten OSPOD do naší spolupráce. Poté jsou to kojenecké ústavy, dětské domovy. Co se týče starších pacientů/klientů, tak domovy pro seniory, hospice, pečovatelské služby a jiná sociální a zdravotnická zařízení.</i>
R2: <i>Nejvíce jsou to Domovy pro seniory a asi jiná zařízení jako je například azylový dům, Ubytovny pro bezdomovce.</i>
R3: <i>Nemyslím si, že asi nejvíce. Jak jsem už uvedla, snažím se pracovat samostatně. Ale asi nejvíce s lékaři.</i>

Otázka číslo tři byla ve všech případech zčásti zodpovězena společně s otázkou předchozí. Ptá se, s jakými institucemi zdravotně sociální pracovnice kooperují.

Zdravotně sociální pracovnice R1 spolupracuje primárně s úřadem práce. Doplnila také, že úzce kooperuje s organizací OSPOD, následně s kojeneckými ústavami a dětskými domovy. Stejně tak kooperuje se zařízeními pro seniory, konkrétně s domovy pro seniory, s hospici a s pečovatelskou službou.

R2 doplnila instituce o azylový dům a ubytovny pro bezdomovce.

Domníváme se, že R3 zcela nepochopila význam otázky, jelikož se snažila neustále zdůrazňovat, že pracuje samostatně. Nicméně na kooperující instituce odpověděla již v otázce předchozí, nebylo tedy nutné se po konkrétních institucích doptávat.

Tabulka č. 8 - OČ4

OČ. 4: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?
R1: <i>Docela dost individuální otázka, ale snažím se odpovědět co možná nejlépe, aby to bylo z mého rozhovoru pochopitelné. Snažím se poskytovat co nejefektivnější sociální poradenství jak klientovi, tedy na tom záleží ta spolupráce, ale samozřejmě i jeho rodině, jak s klientem pracovat, co klient očekává. Poté zjišťuji základní informace o klientovi, píšu sociální anamnézu a vedu jeho dokumentaci. Je zapotřebí v této sociální oblasti se snažit pomoci klientovi, zmírnit dopady nemoci na život klienta, vytvářím individuální plán klienta. Zprostředkovávám se svojí kolegyní z druhé kanceláře následné služby po propuštění. Snažím se vždy, aby byl klient spokojen, ale bohužel vždy to není možné, hodně je do toho zainteresovaná rodina.</i>
R2: <i>Podílím se na péči o klienta v oblasti jeho sociálních potřeb. Provádím depistážní činnost zaměřenou na vyhledávání klientů, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci v důsledku své nemoci. Zjišťuji potřeby klientů, sestavuji plán sociální intervence. Vedu dokumentaci o klientovi. Poskytuji sociální poradenství a zprostředkovávám návazné služby.</i>
R3: <i>Snažím se poskytovat sociální poradenství, zjišťuji informace o sociální situaci klienta a doplňuji sociální anamnézu někdy je důležitá i ta osobní, zjišťuji potřeby a požadavky klientů a stanovuji rozsah sociálních opatření, zajišťuji kompenzační pomůcky a rehabilitační pomůcky, zprostředkovávám návazné služby. Podílím se na propuštění klienta do domácího prostředí. Spolupráce s klientem, noo nejdříve je důležité navázat kontakt s klientem. Pokud je ve stavu, kdy je schopný samostatně jednat zjišťuji anamnézu, kde bydlí, jakou má rodinu, jestli má příspěvek na péči. Musím si udělat představu a nabídnou tzv. balíček sociálních služeb, to co mu můžu nabídnout. Když může domů, v případě potřeby zajišťuji pečovatelskou službu, kompenzační pomůcky. Pokud je rodina, zvu si ji k edukaci. Pokud není schopen být doma sám po propuštění, sepišu žádost do domova pro seniory. Pokud klient nekomunikuje, pracuji s rodinou, pokud funguje. Hospic zajišťuji ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, lékař vydává vyjádření, já se spojím se sociální pracovníci v Brně u svaté Alžběty, kde je hospic a schvaluje to jejich lékař. Nevím proč, ale je to tak nastaveno.</i>

Otázka číslo čtyři se ptá po individuální náplni práce té které zdravotní sociální pracovnice v nemocnici. R1, R2 i R3 se zaměřují primárně na klienta, přičemž se mu snaží poskytnout poradenství a zajistit nejlepší možné podmínky pro život. Ve všech případech jde jak o rozhovory s klienty a rodinou, tak o vedení klientovi dokumentace. Nastane-li situace, kdy není klient schopen přejít do domácích podmínek, nebo nemá zázemí, zdravotně sociální pracovnice poptává instituce, které by klienta umístily, v závislosti na jeho diagnóze.

Tabulka č. 9 - OČ5

OČ. 5: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?
R1: <i>Tak abych byla co nejvíce upřímná... Já si myslím, že nechybí, protože spolupráce s klientem a rodinou je vždy hodně individuální. A nejsou někde v zákoně nebo v knize dána nějaká striktní pravidla a požadavky na práci s klientem. Ale samozřejmě snažím se „opírat“ o etický kodex sociálního pracovníka. Techniky a s tím spjaté i metody by měly být voleny citlivě a neměly by pacienta/klienta poškozovat nebo obtěžovat. Máte ještě nějaké otázky?</i>
R2: <i>Nechybí, nemám problém</i>
R3: <i>Néé, myslím si, že ne. Nechybí</i>

Otázkou číslo pět jsme chtěli zjistit, zda respondentkám při výkonu jejich práce zdravotně sociální pracovnice v nemocnici něco nechybí. Jsou tím myšleny metody či techniky pro spolupráci s klientem či s rodinou.

Všechny tři respondentky se shodly na tom, že nic z metodologie při své práci nepostrádají.

R1 odpověď rozvedla a uvedla, že se permanentně opírá o Etický kodex sociálního pracovníka.

Tabulka č. 10 - OČ6

OČ. 6: Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?
<i>R1: Myslím si, že na dobré úrovni, ale někdy se bohužel stává, že poskytovatelé nám nejsou schopni pomoci, protože v domově pro seniory není například místo a je tam čekací doba nebo nemají vyřízen příspěvek na péči a to poskytovatelé služeb nechtějí, ale také se zdá být za problém malý důchod klienta a nebylo by to na pokrytí nákladů za měsíc v domově. Bohužel je to smutné, ale je to tak.</i>
<i>R2: Myslím si, že spolupráce funguje více než dobře, ale U pobytových služeb je někdy problém s umístěním klienta z důvodu nedostatečné kapacity.</i>
<i>Nestěžuji si a cítím, že dobrá. Poskytovatelé sociálních služeb nás sami kontaktují a poskytují nám informace o svých poskytovaných službách. Tyto informace a kontakty využíváme při práci s klienty.</i>

V šesté otázce nás zajímalo, jak vnímají respondentky spolupráci se subjekty poskytujícími sociální služby.

Ve všech případech respondentky uvedly, že kooperaci vnímají jako dobrou a kvalitní.

Zatímco R3 neměla k otázce další komentáře, R1 a R2 shodně uvedly, že se setkávají s problémy u ubytovacích zařízení, které mívají nezdůrazněná plnou kapacitu.

R1 doplnila, že problémem může být i příspěvek na péči o klienta, který je někdy pro umístění do instituce překážkou, nebo nízká výše důchodu klienta.

6 DISKUZE

Výzkumná část této bakalářské práce spočívala v kombinaci dvou výzkumných metod, konkrétně metody polostrukturovaného rozhovoru a pozorování.

Cílem výzkumu bylo nalézt odpovědi na tři výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou rozdíly v každodenní praxi zdravotně sociálních pracovníků?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký význam má podle zdravotně sociálních pracovníků spolupráce s institucemi?
2. Vnímají zdravotně sociální pracovníci nějaké nedostatky ve svém oboru?

Pozorováním bylo zjištěno, že zdravotně sociální pracovníci začínají pracovat v cca stejnou denní dobu a všechny tři se během dne průběžně zaměřují na tři stěžejní činnosti. Tou první jsou konzultace s lékaři a zdravotnickými pracovníky přímo v zařízení nemocnice. Na těchto schůzkách, v jednom případě na vizitě, zdravotně sociální pracovníci s odborníky individuálně konzultují stav každého klienta, jeho možnosti propuštění do domácích podmínek a tak dále. Další činností, která je všem třem respondentkám společná, je administrativní činnost přímo v nemocnici. Ta spočívá převážně ve vlastním sociálním šetření a zápisu dat do počítače a pokračuje písemnou či telefonickou komunikací s institucemi, s nimiž respondentka individuálně diskutuje možnosti umístění konkrétních klientů do zařízení. Třetí oblastí, která je pozorovaným respondentkám společná, je práce v terénu. Každá ze zdravotně sociálních pracovníků tráví část dne mimo nemocnici, nejčastěji aby se setkala s rodinou svého klienta, nebo osobně navštívila příslušné instituce.

Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že ačkoli všechny tři respondentky vykonávají funkci sociální pracovníce dlouhodobě, pouze jedna z nich se od začátku specializuje v oboru zdravotně sociálním. Zbývající dvě respondentky plynule přešly z oblasti sociální do oblasti zdravotně sociální. Z rozhovorů vyplývá, že bez závislosti na délce praxe zdravotně sociálních pracovníků nejužší kruh pro spolupráci představují lékaři společně se zdravotním personálem. Zdravotně sociální pracovníci s nimi individuálně konzultují diagnózy pacientů a následně s nimi pracují ve svých vlastních sociálních šetřeních. Institucemi, s nimiž zdravotně sociální pracovníci kooperují téměř na denní bázi, jsou OSPOD, kojeňské ústavy, dětské domovy, domovy pro seniory, hospice a pečovatelská služba. Dále z rozhovorů vyplynulo, že se R1, R2 i R3 ve své náplni práce zaměřují primárně na klienta a snaží se mu zprostředkovat co možná nejlepší možné podmínky pro život, to vše ruku

v ruce s konzultacemi s rodinnými příslušníky, odborníky a příslušnými institucemi. Jak rozhovory ukázaly, respondentkám při práci nescházejí žádné metody ani techniky a vystačí si s vlastní praxí a s etickým kodexem sociálního pracovníka. Kooperaci se sociálními subjekty vnímají respondentky jako ve skutečnosti dobrou, ve dvou případech se však shodují na oblasti, která pro klienty často představuje problém, a sice na nedostatečné kapacitě v některých zařízeních pro seniory.

6.1 Odpovědi na výzkumné otázky:

Domnívali jsme se, že se náplň denní praxe u zdravotně sociálních pracovníků nebude výrazně lišit, že kooperaci s institucemi budou respondentky vnímat jako velmi důležitou a že budou cítit alespoň dílčí nedostatky v metodologii zdravotně sociální práce.

Jaké jsou rozdíly v každodenní praxi zdravotně sociálních pracovníků?

Jak bylo zjištěno kombinací obou metod výzkumu, každodenní praxe zdravotně sociálních pracovníků je prakticky totožná. Jejich činnosti mají jiné časové uspořádání, nicméně v základech se neliší. Všechny tři respondentky se věnují diskusím s lékaři, vlastnímu sociálnímu šetření, administrativě ve smyslu komunikace s institucemi a zapisování dat do PC, a to na denní bázi. Náš předpoklad při tvorbě této výzkumné otázky byl správný.

Jaký význam má podle zdravotně sociálních pracovníků spolupráce s institucemi?

Jak jsme zjistili, kooperace s různými typy institucí je pro zdravotně sociální pracovníky každodenní záležitostí. Z šetření vyplynulo, že je tato činnost naprosto nezbytná, neboť zdravotně sociální pracovníky v podstatě představuje prostředníka mezi klientem a institucí a je to právě ona, která je schopna vykomunikovat tížený výsledek a zprostředkovat informace oběma stranám. Také v tomto případě byl náš předpoklad při tvorbě výzkumné otázky správný.

Vnímají zdravotně sociální pracovníky nějaké nedostatky ve svém oboru?

Šetření ukázalo, že respondentky nepocítují žádné nedostatky v metodologii zdravotně sociální práce, a to ve všech třech případech. Náš předpoklad, že budou mít zdravotně sociální pracovníky alespoň dílčí výhrady proti stávající metodologii, se nepotvrdil.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce si kladla za cíl zpracovat, v čem spočívá práce zdravotně sociálního pracovníka a se kterými institucemi tato osoba v rámci pracovních úkonů nejčastěji spolupracuje. Ke zjištění těchto skutečností byla využita metoda strukturovaného rozhovoru a metoda pozorování.

Odpovědi na otázky „Kdo je zdravotně sociální pracovník a v čem spočívá jeho práce“ a „Jaké instituce a v jaké míře se pojí k práci zdravotně sociálního pracovníka“ nám dala teoretická část bakalářské práce.

V praktické části jsme se následně zaměřili na vlastní pozorování a osobně strukturovaný rozhovor se třemi respondentkami ze zdravotně sociální praxe. Tyto dvě metody nám umožnily vidět práci zdravotně sociálních pracovníků osobně a udělat si představu o tom, jak vypadá jejich pracovní den i o tom, co komunikace s jednotlivými institucemi obnáší.

Výzkum byl veden ve spolupráci se třemi respondentkami, zdravotně sociálními pracovníci zaměstnanými v nemocnicích. Díky zvolenému počtu zkoumaných pracovníků jsme byli následně schopni jejich pracovní harmonogram a náplň práce porovnat, čemuž se podrobně věnujeme v kapitolách Závěr pozorování a Diskuze.

Domníváme se, že by tato bakalářská práce mohla posloužit budoucím studentům, kteří zvažují studium oboru zdravotně sociální pracovník. Zejména díky její praktické části se studenti mohou dozvědět, jak vypadá náplň práce zdravotně sociálního pracovníka a nakolik je práce s institucemi a tedy i role zdravotně sociální pracovníce důležitá.

Čím intenzivněji zdravotně sociální pracovníce komunikuje s institucemi, tím spokojenější může být v závěru klient. Situace je totiž často taková, že klient sám nemá možnosti a ani potřebné znalosti k tomu, aby s institucemi komunikoval individuálně, což u pacientů nacházejících se v nemocnicích v některých případech platí dvojnásob. Instituce na tento model individuální komunikace nemají kapacitu. Podstatná je zde právě role zdravotně sociální pracovníce, která funguje jako „prostředník“. Díky její kombinaci lidského a profesního přístupu vnímáme její roli ve spolupráci s institucemi jako nenahraditelnou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ, 2008. *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-392-5.
- 2) DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.
- 3) GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.
- 4) HILL, Octavia In. Richmond, Mary, 1917. *Social Diagnosis*. New York: Russel Sage Foundation.
- 5) KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 6) KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7874-7.
- 7) KUZNÍKOVÁ, Iva et al., 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-987-2.
- 8) KUZNÍKOVÁ, Iva et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 9) MARKOVÁ, Věra in *Almanach OPPA 2010*. Praha. ISBN 978-80-254-6207-2.
- 10) MATOUŠEK, Oldřich, 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- 11) NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- 12) PETRUSEK, Miloslav et al., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.
- 13) PROCHÁZKA, Roman et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4451-3.
- 14) SLEZÁČKOVÁ, Alena, 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3507-8.

- 15) STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- 16) ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grad. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 17) ŠVAŘÍČEK, Roman et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 18) VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.
- 19) VORLÍČEK, Jiří et al., 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- 20) Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2016 [2016-4-24]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=73877&nr=55~2F2011&rpp=15#local-content>
- 21) Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2016 [2016-4-18]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&nr=96~2F2004&rpp=15#local-content>
- 22) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2016 [2016-4-21]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- 23) Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2016 [2016-4-22]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62336&nr=110~2F2006&rpp=15#local-content>
- 24) Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2016 [2016-4-24]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62337&fulltext=&nr=111~2F2006&part=&name=&rpp=15>
- 25) Zákon č. 359/1999 Sb. ze dne 9. 12. 1999 o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2013 [2016-4-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14305/novela.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OČ Otázka číslo

OSPOD Orgán sociálně-právní ochrany dětí

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Přehled respondentů	35
Tabulka č. 2 - Pozorování R1	38
Tabulka č. 3 - Pozorování R2	39
Tabulka č. 4 - Pozorování R3	40
Tabulka č. 5 - OČ1	44
Tabulka č. 6 - OČ2	45
Tabulka č. 7 - OČ3	46
Tabulka č. 8 - OČ4	47
Tabulka č. 9 - OČ5	48
Tabulka č. 10 - OČ6	49

SEZNAM PŘÍLOH

P I	Záznamový arch zařízení č. 1
P II	Záznamový arch zařízení č. 2
P III	Záznamový arch zařízení č. 3
P IV	Doslovná transkripce rozhovoru č. 1
P V	Doslovná transkripce rozhovoru č. 2
P VI	Doslovná transkripce rozhovoru č. 3

PŘÍLOHA P I: ZÁZNAMOVÝ ARCH ZAŘÍZENÍ Č. 1

Záznamový arch pro pozorování: Zařízení č. 1

Pozorovaná osoba: Zdravotně sociální pracovnice v nemocnici Uherské Hradiště

Režim dne:

Dopoledne:

*Zdravotně sociální pracovnice přichází kolem 7.00, sepisuje si úkoly, které ji čekají během dne. **Poté se účastní tzv. „sedánku“, kde se shromažďují lékaři, primář oddělení interna I, interna II a oddělení následné péče. Také nedílnou součástí je vrchní sestra.***

9.00 konec „sedánku“

*9.00 – 10. 30 **sociální šetření u klientů na oddělení následné péče***

*10.30 – 11.30 **spolupráce s institucemi**, Úřad práce, OSPOD, Azylový dům, Domovy pro seniory v místě Uherského Hradiště.*

11.30 – 12.00 přestávka

Odpoledne:

*12.00 -13.30 **sepisování veškerého sociálního šetření do počítače***

13.30 – 14.30 návštěva u zdravotně sociální pracovnice rodinných příslušníků

*14.30 – 15.00 **sepisování žádostí do domova pro seniory***

15.00 – 15.30 přinesení žádostí na příslušnou instituci a to ÚP v Uherském Hradišti

15.30 konec pracovní doby zdravotně sociální pracovnice.

PŘÍLOHA P II: ZÁZNAMOVÝ ARCH ZAŘÍZENÍ Č. 2

Záznamový arch pro pozorování: Zařízení č. 2

Pozorovaná osoba: Zdravotně sociální pracovnice v nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně

Režim dne:

Dopoledne:

6.30 příchod zdravotně sociální pracovnice do práce

*6.30 – 7.30 **zápis veškerého sociálního šetření a zdravotní anamnézy pacienta/klienta z předešlého dne***

*7.30 – 8.10 zdravotně sociální pracovnice se účastní **sezení s vrchní sestrou a primářem z centra klinické gerontologie (LDN)***

8.10 – 10.00 účast na vizitě

10.30 – 11.00 komunikace s rodinným příslušníkem pacienta/klienta

*11.00 -12.00 **veškerá sociální šetření na příslušných oddělení***

12.00 – 12.30 přestávka

Odpoledne:

*12.30 – 14.00 **sepisování žádostí** do domova pro seniory, hospice, obvolávání na volná místa do Domovů pro seniory*

14.00 – 14.30 psaní do poznámkového bloku příchod nových pacientů na LDN

14.30 konec pracovní doby zdravotně sociální pracovnice.

PŘÍLOHA P III: ZÁZNAMOVÝ ARCH ZAŘÍZENÍ Č. 3

Záznamový arch pro pozorování: Zařízení 3

Pozorovaná osoba: Zdravotně sociální pracovnice z nemocnice v Brně u sv. Anny

Režim dne:

Dopoledne:

7:00 – příchod zdravotně sociální pracovnice do zaměstnání

7:00 – 8:00 komunikace s vrchní sestrou oddělení LDN o pacientech, zda mají nějaký problém, který je zapotřebí řešit se ZSP, podepsání se do deníku návštěv osob, které v nemocnici pracují

8:00 – 10:00 sociální šetření

10:00 – 11:00 sepisování sociálního šetření do počítače

11:00 – 12:00 odchod do instituce OSPOD

12:00 – 12:30 přestávka

Odpoledne:

12:30 – 13:30 navštívení klienta za pracovním úmyslem, který si vyžádal ZSP

13:30 – 14:30 odchod na poštu

14:30 – 15:30 komunikace s vrchní sestrou o pacientech, kteří mají zájem o žádost do domova pro seniory

15:30 konec pracovní doby zdravotně sociální pracovnice.

PŘÍLOHA IV: DOSLOVNÁ TRANSKRIPCE ROZHOVORU Č. 1

Tazatel: jmenuji se Barbora Dvořáčková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a studuji obor Zdravotně sociálního pracovníka a to poslední ročník, momentálně se chystám na státnice a tedy tento rozhovor poslouží k mé praktické části do bakalářské práce. Nejprve chci říct, že tento rozhovor samozřejmě poslouží jen k účelům bakalářské práce a bude zcela anonymní. Začala bych s první otázkou....

Respondent: Ano, samozřejmě byla jste u nás na praxi a věřím tomu, že byste si zodpověděla na tyto otázky i sama, ale dobrá pojďme do toho a půl je hotovo (zdravotně sociální pracovnice se usmívá)

T: Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovnice zde v Uherskohradištské nemocnici?

R: Tak nejprve jsme tady s kolegyní byly brány jako sociální pracovnice, ale až po čase to tedy dali na zdravotně sociální pracovníci, což jsem upřímně ráda, protože přijde mi, že opravdu neřešíme jen sociální práci, ale také se díváme na anamnézu klienta/pacienta, kde se podle toho snažíme najít klientovi zázemí, když se například nemůže vrátit do domácí péče. A tedy pracuji tady třetím rokem.

T: S kým při své práci spolupracujete?

R: éééééééé, no tato otázka je velmi složitého rázu, ale samozřejmě snažíme se spolupracovat hlavně s klientem a jeho rodinou.

T: Dobře, to chápu, ale spíše myslím, s jakými orgány spolupracujete? Je mi jasné, že asi ta spolupráce s tím klientem je velmi důležitým faktem a rodinou jak by smet.

R: Joo takhle. No tak samozřejmě s celým zdravotnickým týmem, když je klient například po cévní mozkové příhodě nebo po zlomenině krčku, tak se radím s lékařem, kdy ho propustí, jaké navrhuje možnosti, zda se bude moct vrátit do domácí péče. K této otázce patří samozřejmě spolupráce lékařů, jak už jsem udala, zdravotních sester, psychologem, ergoterapeutem a dalšími pracovníky, kteří tvoří také to gróó.

T: S jakými institucemi pracujete nejvíce nebo využíváte Vaši spolupráci?

R: To asi patřilo k té předešlé odpovědi, to se omlouvám. Ale jsou to samozřejmě úřady práce, tedy tady ten jeden Úřad práce v Uherském Hradišti, máme to kousek od nemocnice, vždy když třeba vypisují příspěvek na péči pro naše klienty a mám toho víc tak to tam nesu všechno najednou. Takže Úřad práce je u nás nejvíce využíván. Ale také je to

OSPOD, dnes a denně se setkáváme s rodičkami, které se nechtějí starat o svoji péči nebo si nejsou jisté ze svoji péčí, zda to zvládnou nebo zda jsou vůbec připravené na budoucnost s miminkem. Takže ten také patří, tedy ten OSPOD do naší spolupráce. Poté jsou to kojenecké ústavy, dětské domovy. Co se týče starších pacientů/klientů, tak d **domovy pro seniory, hospice, pečovatelské služby a jiná sociální a zdravotnická zařízení**.

T: **A co třeba psychiatrické nemocnice?**

R: **Ano, samozřejmě také** se zde v naší nemocnici setkáváme s klienty, kteří vyžadují tuto pomoc. Naší oblastí je, že klientům doporučujeme psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, ale vše záleží také na diagnóze pacienta, kterou vždy určuje lékař.

T: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?

R: Docela dost individuální otázka, ale snažím se odpovědět co možná nejlépe, aby to bylo z mého rozhovoru pochopitelné. Snažím se poskytovat co nejefektivnější sociální poradenství jak klientovi, tedy na tom záleží ta spolupráce, ale samozřejmě i jeho rodině, jak s klientem pracovat, co klient očekává. Poté zjišťuji základní informace o klientovi, píšu sociální anamnézu a vedu jeho dokumentaci. Je zapotřebí v této sociální oblasti se snažit pomoci klientovi, zmírnit dopady nemoci na život klienta, vytvářím individuální plán klienta. Zprostředkovávám se svojí kolegyní z druhé kanceláře následné služby po propuštění. Snažím se vždy, aby byl klient spokojen, ale bohužel vždy to není možné, hodně je do toho zainteresovaná rodina.

T: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?

R: Tak abych byla co nejvíce upřímná... **Já si myslím, že nechybí**, protože spolupráce s klientem a rodinou je vždy hodně individuální. A nejsou někde v zákoně nebo v knize dána nějaká striktní pravidla a požadavky na práci s klientem. Ale samozřejmě snažím se „opírat“ o etický kodex sociálního pracovníka. Techniky a s tím spjaté i metody by měly být voleny citlivě a neměly by pacienta/klienta poškozovat nebo obtěžovat. Máte ještě nějaké otázky?

T: Ještě prosím jednu. Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

R: Myslím si, že na dobré úrovni, ale někdy se bohužel stává, že poskytovatelé nám nejsou schopni pomoci, protože v domově pro seniory není například místo a je tam čekací doba nebo nemají vyřízen příspěvek na péči a to poskytovatelé služeb nechtějí, ale také se zdá

být za problém malý důchod klienta a nebylo by to na pokrytí nákladů za měsíc v domově.
Bohužel je to smutné, ale je to tak.

T: Dobře, děkuji mockrát za Váš čas a zodpovězení otázek.

PŘÍLOHA P V: DOSLOVNÁ TRANSKRIPCE ROZHOVORU Č. 2

T: Dobrý den jmenuji se Barbora Dvořáčková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a studuji obor Zdravotně sociální pracovník. Byla byste ochotna mi zodpovědět pár otázek, potřebuji to do mé bakalářské práce.

R: Dobrý den, moc Vás zdravím. Ano samozřejmě.

T: Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovnice zde ve Zlínské nemocnici?

R: Celé roky, jsem pracovala v Domově pro seniory a už to chtělo změnu, tedy zde pracuji 2 roky.

T: S kým při své práci spolupracujete?

R: V naší nemocnici se zdravotnickým personálem a to nejvíce s lékaři s primáři. Někdy i s rehabilitačními pracovníky, psychologem. S rodinou klienta také samozřejmě. Důležitá spolupráce je i s praktickým lékařem, úřady, policií, poskytovateli sociálních služeb a se zdravotnickým zařízením. Občas musíme také zainterесovat psychiatrickou nemocnici.

T: S jakými institucemi pracujete nejvíce nebo využíváte Vaši spolupráci?

R: Nejvíce jsou to Domovy pro seniory a asi jiná zařízení jako je například Azylový dům, Ubytovny pro bezdomovce.

T: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?

R: Podílím se na péči o klienta v oblasti jeho sociálních potřeb. Provádím depistážní činnost zaměřenou na vyhledávání klientů, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci v důsledku své nemoci. Zjišťuji potřeby klientů, sestavuji plán sociální intervence. Vedu dokumentaci o klientovi. Poskytuji sociální poradenství a zprostředkovávám návazné služby.

T: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?

R: Nechybí, nemám problém

T: Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

R: Myslím si, že spolupráce funguje více než dobře, ale u pobytových služeb je někdy problém s umístěním klienta z důvodu nedostatečné kapacity.

T: Děkuji za Váš čas a za zodpovězení otázek.

PŘÍLOHA P VI: DOSLOVNÁ TRANSKRIPCE ROZHOVORU Č. 3

T: Dobrý den, jsem studentka Barbora Dvořáčková, studuji na Univerzitě Tomáše Bati a tento rozhovor bude nahráván pro účely mé bakalářské práce k praktické části.

T: Začala bych první otázkou. Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovníce zde v nemocnici v Brně?

R. Je to už 13 let

T: S kým při své práci spolupracujete?

R: Snažím se pracovat sama za sebe. Tedy samostatně. Ale pokyny nebo úkoly dostávám od zdejších lékařů, neposoudím zdravotní stav, kdy je klient schopen již s námi spolupracovat, pan doktor nebo paní doktorka mne osloví a já tím pádem vyzvu rodinu. Proto je důležitá spolupráce s lékaři a ošetřujícím personálem. Ale samozřejmě nejsou to jen lékaři. Spolupracujeme s úřady práce, policií, soudy, různými organizacemi, psychiatrií, poskytovateli sociálních služeb.

T: S jakými institucemi pracujete nejvíce nebo využíváte Vaši spolupráci?

R: Nemyslím si, že asi nejvíce. Jak jsem už uvedla, snažím se pracovat samostatně. Ale asi nejvíce s lékaři.

T: Co obnáší zdravotně sociální práce v nemocnici? Jak tedy spolupracujete s klientem?

R: Snažím se poskytovat sociální poradenství, zjišťuji informace o sociální situaci klienta a doplňuji sociální anamnézu někdy je důležitá i ta osobní, zjišťuji potřeby a požadavky klientů a stanovuji rozsah sociálních opatření, zajišťuji kompenzační pomůcky a rehabilitační pomůcky, zprostředkovávám návazné služby. Podílím se na propuštění klienta do domácího prostředí. Spolupráce s klientem, noo nejdříve je důležité navázat kontakt s klientem. Pokud je ve stavu, kdy je schopný samostatně jednat zjišťuji anamnézu, kde bydlí, jakou má rodinu, jestli má příspěvek na péči. Musím si udělat představu a nabídnou tzv. balíček sociálních služeb, to co mu můžu nabídnout. Když může domů, v případě potřeby zajišťuji pečovatelskou službu, kompenzační pomůcky. Pokud je rodina, zvu si ji k edukaci. Pokud není schopen být doma sám po propuštění, sepíšu žádost do domova pro seniory. Pokud klient nekomunikuje, pracuji s rodinou, pokud funguje. Hospic zajišťuji ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, lékař vydává vyjádření, já se spojím se sociální pracovnící v Brně u svaté Alžběty, kde je hospic a schvaluje to jejich lékař. Nevím proč, ale je to tak nastaveno.

T: Nechybí Vám nějaké metody a techniky při spolupráci s klientem a rodinou?

R: Née, myslím si že ne. Nechybí

T: Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

R: Nestěžuji si a cítím, že dobrá. Poskytovatelé sociálních služeb nás sami kontaktují a poskytují nám informace o svých poskytovaných službách. Tyto informace a kontakty využíváme při práci s klienty.

T: Děkuji mnohokrát za Váš čas.