

# **Návaznost zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví**

Bc. Lada Kovaříková

---

Diplomová práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lada Kovaříková**

Osobní číslo: **H15994**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Návaznost zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví**

Zásady pro vypracování:

**Vypracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce ve zdravotnictví, sociální pedagogiky a sociální péče.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany.**

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

**MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.**

**NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.**

**ČÍPKOVÁ, Iveta a Ivana KOUŘILOVÁ et al. Vymezení hranic a spolupráce mezi sociální službou a lékařskou pomocí v plánování sociálních služeb. Ostrava. Accendo, 2014.**

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**14. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce:

**20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 14. listopadu 2016



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 27.2.2011

  
.....

*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 výsledků 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 nahlázení 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 vzdělávacímu 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). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady 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 jim 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Práce se věnuje tématu Návaznosti zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Teoretická část je zaměřena na vztah sociální pedagogiky a sociální práce a s ní související profesí sociálního pedagoga a sociálního pracovníka. Tato kapitola byla zvolena z toho důvodu, abychom poukázali na těsnou provázanost těchto dvou profesí, a také z toho důvodu, že sociálního pracovníka může podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonávat i sociální pedagog. V teoretické části diplomové práce se zabýváme i profesí sociálního pracovníka ve zdravotnictví, jeho osobností či jeho náplní práce. Poslední kapitola se zaměřuje přímo na návaznost zdravotní a sociální péče v České republice. Praktická část je tvořena formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím zakotvené teorie.

Klíčová slova: zdravotní péče, sociální péče, zdravotní služby, sociální služby, sociální práce, sociální pedagogika, sociální práce ve zdravotnictví, sociální pracovník, sociální pedagog, zdravotně sociální pracovník

## **ABSTRACT**

The purpose of this Thesis is to find out what is the Continuity of Health and Social Care from a the Social Workers point of view. The theoretical part is not only concentrating on the relationship between social pedagogy and social work but also on a certain career of social pedagogue and social worker. Further emphasis is put on how tightly are these two careers interconnected and also on Act No. 108/2006 Coll., on social services according to which social pedagogue can perform as the social worker. The theoretical part is moreover focused on duties and character of the social worker performing in healthcare. The last chapter examines Continuity of Health and Social Care in the Czech Republic. Lastly, the practical section contains qualitative survey on the above-mentioned theory basis.

Keywords: Health Care, Social Care, Health Services, Social Services, Social Work, Social Pedagogy, Social Work in Health Care, Social Worker, Social Educator Health and Social Workers

Touto cestou bych ráda poděkovala paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D., za její ochotu, vstřícnost a odborné rady při tvorbě diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat sociálním pracovníkům zdravotnických zařízení, kteří mi poskytli potřebné informace k tvorbě výzkumu k diplomové práci. V neposlední řadě bych ráda poděkovala i své rodině za jejich podporu a pomoc po celou délku mého studia.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE</b> .....	<b>12</b>
1.1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA .....	15
1.1.1 Pojetí, předmět a úkoly sociální pedagogiky .....	16
1.2 PROFESE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA .....	19
1.2.1 Důsledky plynoucí z povolání .....	21
1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	22
1.4 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	26
1.4.1 Vzdělávání a příprava sociálních pracovníků .....	27
<b>2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>28</b>
2.1 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	29
2.2 NÁPLŇ PRÁCE .....	32
2.3 OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEHO KOMPETENCE .....	36
<b>3 NÁVAZNOST ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE</b> .....	<b>39</b>
3.1 SOUČASNÁ SITUACE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE .....	40
3.1.1 Sociální hospitalizace .....	43
3.2 BUDOUCNOST V NÁVAZNOSTI ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE .....	44
3.3 RIZIKA NEPŘIJETÍ NOVELY ZÁKONA .....	51
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>54</b>
<b>4 CÍL VÝZKUMU</b> .....	<b>55</b>
4.1 HLAVNÍ A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	55
4.2 POJETÍ VÝZKUMU .....	56
<b>5 VÝZKUMNÝ SOUBOR</b> .....	<b>57</b>
<b>6 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ</b> .....	<b>60</b>
6.1 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT .....	60
6.2 KOMENTÁŘ K OTÁZKÁM V ROZHOVORU .....	61
<b>7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT</b> .....	<b>64</b>
7.1 VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ .....	65
7.1.1 Kategorie „Má náplň práce“ .....	66
7.1.2 Kategorie „Multidisciplinární tým“ .....	68
7.1.3 Kategorie „Jsem nepostradatelná?“ .....	69
7.1.4 Kategorie „Co si o tom myslím?“ .....	72
7.1.5 Kategorie „Funguje naše spolupráce?“ .....	75
7.1.6 Kategorie „Úloha“ .....	76
7.1.7 Kategorie „Zařízení“ .....	77



7.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ.....	79
7.3	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ .....	86
7.4	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ .....	88
7.5	ZÁVĚREČNÉ SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ .....	90
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>104</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>105</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>106</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>107</b>

## ÚVOD

Diplomová práce pojednává o problematice návaznosti zdravotní a sociální péče v naší republice, která vzbuzuje u lidí časté dotazy. Péče sociální i zdravotní je poskytována v různých typech zařízení či v přirozeném prostředí klienta. Tyto typy péče jsou poskytovány souběžně převážně těm osobám, které se neobejdou bez pomoci druhé fyzické osoby. Často se jedná o osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního stavu, osoby trpící stařeckou demencí či o rodinné příslušníky potřebující rady a informace o tom, jak správně pečovat o své blízké, o možnostech sociálních dávek, odlehčovacích službách apod. (Merhautová, Misconiová 2002)

I přestože se v praxi setkáváme s provázaností obou typů péče, jsou u nás systémy zdravotní i sociální péče rezortně odděleny, čímž dochází k častým problémům v následném zajišťování péče pro nesoběstačné klienty. Zajištění jakékoliv formy péče pro tyto klienty je totiž skoro nemožné, protože se potýkáme s neustálým nedostatkem pobytových zařízení s celodenní péčí. A právě v tomto spatřujeme veliký problém, protože mnohdy není v silách sociálních pracovníků adekvátní formu péče klientům zajistit. Můžeme se tedy domnívat, že se jedná o následek špatné provázanosti zdravotní a sociální péče a s nimi souvisejícími dalšími problémy. Nejčastějším dotazem odborníků i široké veřejnosti je tak v dnešní době otázka, jak by se dala vyřešit tato problematika návaznosti zdravotní a sociální péče?

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na vymezení jednotlivých oblastí. V práci se věnujeme oblasti sociální práce, vymezujeme, kdo je sociální pracovník a jaké jsou jeho předpoklady pro výkon profese. Tomuto tématu je věnována také podkapitola zabývající se vzděláváním sociálních pracovníků. Další oblastí, jež je v práci vymezena, je oblast sociální práce ve zdravotnictví. Jsou zde vymezeni jednotliví pracovníci, věnujeme zde pozornost jejich vzdělání i předpokladům pro výkon profese. V neposlední řadě je v práci blíže popisována současná problematika návaznosti již zmíněné sociální a zdravotní péče.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na zjištění, jak vnímají sociální pracovníci ve zdravotnictví své postavení v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče, jak vnímají svou úlohu v multidisciplinárním týmu zařízení a do jaké míry je jejich úloha sociálního pracovníka naplňována. Práce se zabývá také odlišnostmi v pracovní náplni sociálních pracovníků a s nimi i souvisejícími kompetencemi. Diplomová práce je zaměřena také na zjištění, jak probíhá vzájemná spolupráce sociálních pracovníků ve zdravotnictví s ostatními institucemi a jejich pracovníky.

Doufáme, že tato diplomová práce přispěje k lepšímu pohledu na současnou situaci a problematiku návaznosti zdravotní a sociální péče. Práce může být inspirací pro další výzkumy z této oblasti, jež povedou ke zkvalitnění sociálních i zdravotních služeb, k rozkvětu profese sociálního pracovníka a ke zlepšení návaznosti zdravotní a sociální péče.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Nadcházející text práce se zabývá vztahem mezi sociální pedagogikou a sociální prací. Dále jsou v jednotlivých podkapitolách rozlišeny obě disciplíny a nalezneme zde i rozdíly mezi jednotlivými obory pohledem významných autorů.

Jak je již známo, sociální pedagogika i sociální práce čerpají své poznatky i východiska z příbuzných oborů, jako je např. sociologie, psychologie, právo, medicína, etika atp. Obě disciplíny jsou však navzájem ještě více spjaty a v současné době jsou považovány za nejbližší obory vůbec. Obě disciplíny si navzájem přejímají své postupy, metody, funkce či východiska a následně je aplikují v praxi. Můžeme si uvést krátký příklad, v němž sociální práce využívá a aplikuje metody či přístupy pedagogických věd. Jedná se převážně o využití individuálního přístupu ke klientům, skupinovou práci či cílený zásah do přirozeného prostředí klienta. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 62)

V dnešní moderní společnosti se podle Ondrejkoviče (2000, s. 182) setkáváme se třemi teoriemi vysvětlujícími vztah sociální práce a sociální pedagogiky:

- Přístup uznávaný převážně v anglicky mluvících zemích opírající se o striktní rozlišení obou disciplín.
- Přístup uznávaný v typicky německy mluvících zemích opírajících se o ztotožnění obou disciplín.
- Poslední přístup, jenž se objevuje nejčastěji na území Slovenska a Polska, představuje sjednocení obou disciplín při zachování určité osobitosti.

Podle názoru několika autorů (např. Ondrejkovič, Kraus, Hoferková) je za nejvhodnější přístup, s ohledem na vývoj obou disciplín, považován přístup poslední, uznávaný na území Slovenska a Polska. Pro bližší představu tohoto přístupu lze podotknout, že i přes značnou podobnost obou disciplín v postupech, funkcích a myšlenkách, si obě zachovávají svou svébytnost. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 64).

Kraus (2014, s. 57) definuje tuto svébytnost v objektech jejich zájmu, v němž se sociální pedagogika spíše věnuje celé společnosti, naproti tomu se sociální práce orientuje na tzv. „problémovou společnost.“

Od 70. let se v anglicky i německy mluvících zemích uváděl jako synonymum k sociální práci termín sociální pedagogika. V těchto zemích se aplikace výchovně - vzdělávacích postupů spojovala se sociální prací pod názvem social work. Obě disciplíny však měly odlišný vývoj i původ. V současné době je řešena otázka týkající se rozdílu mezi sociální pedagogikou a sociální prací. Tradiční odpovědi na tuto otázku tvrdily, že existují výrazné rozdíly mezi oběma disciplínami, avšak nyní se již setkáváme i s názorem, že mezi oběma disciplínami neexistuje žádný významný rozdíl. (srov. Ondrejko, 2000, s. 183; Hamalainen, 2003)

Po důkladném studiu a reflexy sociálně - pedagogické reality vznikly následující definice a fakta:

- Sociální pedagogika je považována za vědní obor orientující se na praktickou pomoc dětem, mládeži i dospělým, za využití adekvátních forem pomoci a zmírňování nedostatků.
- Sociální pedagogika se zaměřuje na otázky integrace jedince ve společnosti, a to jak v teorii, tak v praxi. Jeho cílem je zmírnit sociální vyloučení.
- Sociální pedagogika se zabývá procesy lidského růstu.
- Sociální pedagogové využívají při své práci pedagogické metody patřící k základním metodám jejich práce.
- Sociální pedagogika působí na jedince především v oblasti výchovné.
- Sociální pedagogika zdůrazňuje význam komunity ve vývoji člověka a považuje vzdělávání jako příležitost k poskytování sociální pomoci pro sociálně znevýhodněné osoby.
- Sociální práce je odrazem rostoucí potřeby společnosti řešit nepříznivé sociální jevy.
- Jedním z výchovných úkolů sociální práce je pomáhat lidem k dosažení a udržení jejich důstojnosti ve společenském životě.
- V zahraničí má sociální práce rozsáhlou teorii sociální práce a je považována za samostatnou profesi.
- Součástí sociální práce je i využití metodických postupů z pedagogiky. (srov. Levická, 2002, s. 8 – 14; Hamalainen, 2003; Hamalainen, 2015)

Cílem sociální práce je aktivní zapojení klientů do života společnosti, aktivní účast na řešení svých problémů, adaptace na nové životní podmínky či vytváření nových kompetencí nezbytných pro účast na společenském životě. Sociální pracovník vede klienta ke změně svých návyků, snaží se o dosažení rovnováhy mezi požadavky klienta a jeho potřebami, a to za využití pedagogických metod. Využití těchto metod je důležité při pomoci klientům se zvládnutím obtížných situací a změn v jejich životě či se zaujetím patřičného místa ve společnosti. Sociální práci lze tedy považovat za více praktickou, orientovanou na cíl, jímž je změna nepříznivé situace člověka. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 64)

Sociální pedagog se oproti sociálnímu pracovníkovi snaží připravit jedince na samotný vstup do sociálního prostředí, naučit ho potřebným znalostem a schopnostem, aby byl jedinec schopen plného začlenění do společnosti. Sociální pedagogika se tedy orientuje spíše na získání potřebných zkušeností, dovedností a kompetencí nezbytných pro rozvoj individuálních schopností, jež mají přispět k rozvoji jedince jako sociální bytosti. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 65)

Na odlišnosti a osobitost těchto disciplín můžeme nahlížet z pohledu optiky vidění, tedy z jakého úhlu se na stejnou situaci díváme. I přesto, že by bylo hledisko velmi podobné, Kraus a Hoferková (2016, s. 65) zastávají názor, že je vždy lepší mít na situaci pohledy dva, než mít jeden. V samotném teoretickém vymezení obou disciplín tak můžeme najít další některé odlišnosti:

- Definice „situace“: sociální práce se zabývá již vzniklými nepříznivými sociálními situacemi, zatímco sociální pedagogika se zaměřuje spíše na prevenci vzniku nežádoucích situací.
- Sociální pedagogika se zaměřuje na celou společnost s cílem dosažení zdravého způsobu života. Sociální práce se zabývá společností, o níž lze hovořit jako o problémové.
- Sociální pedagogika využívá výchovu jako prostředek ke správnému rozvoji osobnosti a zdravého způsobu života s cílem dosažení změny osobnosti. Sociální práce se orientuje spíše na změnu jednání osob. (Janebová a Bartáková, 2001, cit. podle Krause a Hoferkové, 2016, s. 65)

Jak je již z uvedeného textu zřejmé, v praxi se sociální pedagogika i sociální práce navzájem prolínají. Nastávají však určité rozdíly v cílech jednotlivých disciplín. Pojďme si vše ukázat na jednoduchém příkladu, při němž budeme pracovat s klientem závislým na návykových látkách. Sociální práce by se při práci s takovým klientem snažila učinit kroky, které by neohrožovaly jedince a jeho okolí. Jednalo by se např. o výměnu injekčních jehel. Naproti tomu by sociální pedagogika usilovala o změnu jeho osobnosti do takového stádia, aby byl schopen života ve společnosti. Sociální pedagogika by pracovala s tímto klientem i po překonání závislosti na návykové látce a podporovala by jedince v rozvíjení spokojeného a klidného života. Zde se objevuje další významný rozdíl mezi oběma disciplínami, při němž se u sociální práce klade důraz na ukončení spolupráce s klientem po dosažení společně stanovených cílů. Z uvedeného příkladu lze však i poukázat na vzájemnou provázanost cílů obou disciplín, v nichž se obě orientují na pomoc jedincům vyznačujících se rizikovým způsobem chování. Sociální pedagogika se však zabývá více preventivním opatřením a prací s bezproblémovými jedinci, a přispívá tak ke zdravému utváření způsobu života. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 65 - 67)

## 1.1 Sociální pedagogika

Mezi legislativní dokumenty týkající se sociální pedagogiky můžeme zařadit zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a zákon č. 563/2004 Sb., zákon o pedagogických pracovnících. Samotná profese sociálního pedagoga však není dle zákona stále přesně vymezena. Ve zmíněných zákonech se hovoří pouze o možnostech povolání sociálního pedagoga a podmínkách vzdělání. Jestliže se podíváme na nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejné správě, nenalezneme zde o povolání sociálního pedagoga žádné zmínky. V katalogu jsou vyčleněny jednotlivá povolání a jejich zařazení do jednotlivých platových tříd. Pokud se zaměříme na výčet povolání příbuzných se sociální pedagogikou, nalezneme zde sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, zdravotně sociálního pracovníka, vychovatele, pedagoga volného času či asistenta pedagoga. Je tedy zřejmé, že samotné povolání sociálního pedagoga není u nás doposud ukotveno a oficiálně neexistuje. Sociální pedagog však může vykonávat povolání zmíněné o pár řádků výše. Problematikou ukotvení sociálního pedagoga jako profese se sociální pedagogika a odborníci z tohoto oboru zabývají dennodenně v celé jeho šíři. Proto mezi současné hlavní úkoly sociální pedagogiky patří mimo jiné i legislativní ukotvení a vymezení jako samostatné profese.



I přes to všechno je sociální pedagogika považována za samostatnou vědní disciplínu nezastupitelnou mezi ostatními společenskými vědami, avšak mnozí pojem sociální pedagogiky nedokáží přesně charakterizovat. V praxi tak dochází k zaměňování této disciplíny s jinými obory. Nemůžeme se však ničemu divit. Dokud není profese sociálního pedagoga přesně ukotvena a definována v zákoně, lidé budou tuto disciplínu dále zaměňovat se sociální prací, speciální pedagogikou či ostatními pedagogickými vědami. (Potměšilová, 2013, s. 9)

### 1.1.1 Pojetí, předmět a úkoly sociální pedagogiky

Pojetí sociální pedagogiky se během historie měnila a přeměňovala podle toho, jak si lidé vysvětlovali pojem „sociální“. První pojetí chápalo termín sociální jako nutnou pomoc osobám, jež se dostaly do složité životní situace. Druhé pojetí spojovalo tento pojem s výchovou všech věkových skupin vztahující se k celé společnosti. (Kraus, 2014, s. 39)

Kraus dále (2014, s. 40) shrnuje zaměření sociální pedagogiky do pěti základních pólů působnosti, a to:

- **k objektu výchovy** - výchova je vysvětlována na základě výchovného působení na celé sociální skupiny,
- **k formám a podmínkám výchovy** - výchova se zaměřuje na přirozené prostředí jedince, na výchovu v mimoškolních zařízeních,
- **k cílům výchovy** - zaměřena na společenské požadavky, spolupráci, nesobeckost jednání,
- **k metodám výchovy** - použití nepřímých výchovných postupů a metod,
- **ve smyslu sociální pomoci** - pomoc osobám v těžkých životních podmínkách z důvodu ekonomického, zdravotního apod.

Další přístupy k pojetí sociální pedagogiky definovala Bakošová (2011, s. 15). Cílem sociální pedagogiky je podle ní vysvětlování si vztahů mezi výchovou a prostředím. Předmětem jsou znaky výchovy a vývoje osobnosti. Za druhý cíl považuje samostatné zkoumání výchovy a orientaci na právo dětí na jejich řádnou výchovu. Cílem je podle ní i chápání výchovy jako pomoci všem věkovým skupinám bez rozdílu a zaměření se na odchylky v sociálním chování.

S rozvojem sociální pedagogiky a rostoucími potřebami společnosti se podle Bakošové (2011, s. 22) postupně rozvinuly nové teorie či pojetí sociální pedagogiky. Moderní teorie sociální pedagogiky jsou zaměřeny na:

- pomoc uskutečněnou prostřednictvím výchovy dětí, mládeže i dospělých (Německo, Švýcarsko, Rakousko, Slovenská a Česká republika),
- prevenci (ČR, SR, Polsko, Slovinsko),
- rozvoj sociálních dovedností prostřednictvím výchovy, vzdělání a poradenství (Slovenská a Česká republika, Slovinsko),
- zdraví (Polsko, Německo),
- resocializaci (Polsko, Česká a Slovenská republika).

Rozdílnost v pojetí sociální pedagogiky může být dána také tím, jakým způsobem sociální pedagogiku chápeme. Pro někoho znamená sociální pedagogika obor teoretický, pro jiného obor praktický. Pod praktickým oborem se rozumí konkrétní činnost v praxi. Může jít o zakládání útulků, institucí či zařízení pro potřebné občany. V dnešní době však stále není pojetí sociální pedagogiky jednoznačně vymezeno. Pojetí jsou odlišná pohledem různých autorů i chápáním sociální pedagogiky na jednotlivých územích. Někteří vymezují sociální pedagogiku ve smyslu užšího pojetí, jiní zase ve smyslu pojetí širšího. Např. Mollenhauer (1993, cit. podle Krause, 2014, s. 41) vymezuje sociální pedagogiku v širším pojetím, a to jako: „skupinu nových pedagogických postupů a zřízení nových institucí, vzniklé jako odpověď na problémy společnosti.“ Nejširší pojetí sociální pedagogiky však chápe Haškovec (1993, cit. podle Kraus, 2014, s. 43), který dospěl k tvrzení, že by sociální pedagogika měla být celá sociální. Oproti tomu Klíma (1994, cit. podle Kraus, 2014, s. 43) chápe sociální pedagogiku jako primární prevenci. Sociální pedagogika se má zaměřovat na otázky při utváření životního způsobu jedinců, usnadnění procesů socializace a enkulturace a snižování konfliktů jednotlivců vůči společnosti.

O širším pojetí hovoří i Kraus s Poláčkovou (2001, s. 12), podle nichž má sociální pedagogika transdisciplinární charakter. Sociální pedagogika se nezaměřuje pouze na patologické chování jedinců, na jedince ohrožené a potencionálně rizikově jednající. Zaměřuje se na celou společnost a snaží se vytvářet rovnováhu mezi potřebami jedince a společností a utváření příznivého způsobu života ve společnosti.

Úzké pojetí sociální pedagogiky můžeme nalézt v Pedagogickém slovníku (Průcha Mareš a Walertová, 2003, s. 2017), podle kterého se sociální pedagogika zabývá výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny dětí, mládeže a dospělých. Je zaměřena na poruchy rodiny a rodičovství, na delikvenci a drogovou závislost mládeže, dětskou pornografii, práva dětí, týrané a zneužívané děti, resocializaci a reedukaci osob apod. Sociální pedagogika má tedy důležitou úlohu v dnešní společnosti v návaznosti na stále se zvyšující riziko výskytu sociálně rizikového chování a kriminality dětí, mládeže a dospělých.

Po rozsáhlém představení rozdílných pojetí sociální pedagogiky se nyní zaměříme na již stručnější vymezení hlavních úkolů a předmětu této disciplíny. Mezi hlavní úkoly současné doby patří především ukotvení jednotné terminologie oboru, vymezení předmětu zkoumání, reflektování globálních problémů společnosti (např. ekologické, etické či multikulturní problémy), utváření zdravého životního způsobu jedinců, rozvinutí forem a metod sociálně výchovných činností, vytvoření uceleného profesiogramu sociálního pedagoga, a také vyvíjení úsilí o plné uplatnění poznatků v praxi. (Kraus, Poláčková, 2001, s. 12)

V knize *Základy sociální pedagogiky* (Kraus, 2014, s. 49 - 50) byly tyto úkoly doplněny o několik dalších. Stěžejními úkoly sociální pedagogiky je mimo jiné i analýza přirozeného prostředí jedince a poskytnutí adekvátní pomoci jedincům vyznačujícím se rizikovým chováním a reflektování problémů společnosti.

Pojďme si však vymežit i předmět sociální pedagogiky. V literatuře se můžeme setkat s několika výčty předmětu zájmu, který můžeme shrnout do několika mála bodů. Předmětem sociální pedagogiky jsou především:

- sociální determinanty vývoje jedince,
- jedinec jako bio-psycho – socio - spirituální bytost,
- pedagogizace prostředí,
- jedinec v přirozeném prostředí,
- interakce mezi jedincem a společností,
- rizikové chování dětí, mládeže a dospělých,
- prevence a terapie a sociální výchova
- podmínky výchovy,

- životní styl jedince a kvalita života,
- výchova ke svépomoci,
- otázky životní pomoci.

Sociální pedagogika se tedy zabývá širokým okruhem bádání, zaměřuje se na rizikové chování dětí, mládeže a dospělých, na problematiku sociální komunikace, na přirozené prostředí důležité pro správný vývoj a výchovu jedinců. V neposlední řadě se zaměřuje na práci s rodinou, nezaměstnané jedince, jedince závislé na návykových látkách, na multikulturní výchovu, školní prostředí, vrstevnické skupiny, atp. (Bendl, 2014, s. 9 - 10)

## 1.2 Profese sociálního pedagoga

Jak jsme již uvedli v samotném začátku kapitoly o sociální pedagogice, v katalogu prací se povolání sociálního pedagoga nevyskytuje. Během studia na vysoké škole oboru Sociální pedagogika jsou studenti seznamováni s touto skutečností. Jako vysvětlení se poukazuje na historický vývoj této disciplíny úzce související se sociální prací. Sociální pedagog má však v praxi široké uplatnění, i když se to nemusí na první pohled zdát.

V zákoně č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících je studium sociální pedagogiky uvedeno jako vhodné vzdělání pro pedagoga volného času, vychovatele a asistenta pedagoga. (Potměšilová, 2013)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění posledních předpisů nepřímou vypoovídá o možnosti uplatnění sociálního pedagoga jako sociálního pracovníka za podmínek dosažení určitého vzdělání. Podle § 110 tohoto zákona lze za sociálního pracovníka považovat jedince s vyšším odborným vzděláním mimo jiné v oboru sociální pedagogiky, dále pak vysokoškolským vzděláním získaným studiem bakalářského, magisterského či doktorandského studia zaměřeného mimo jiné na sociální pedagogiku či absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů v oboru sociální pedagogiky. Z uvedených zjištění z obou zákonů můžeme tedy konstatovat, že sociální pedagog je v praxi zaměstnáván nejčastěji jako sociální pracovník, pedagog volného času či vychovatel.

Co se týká pracovních činností sociálního pedagoga, můžeme do nich zařadit činnosti související s výchovným působením zaměřeným na volný čas dětí, mládeže a dospělých, činnosti poradenské, reedukační, resocializační a taktéž terénní práci. Ke každodenní práci sociálního pedagoga patří také spolupráce s rodiči, ostatními pedagogickými pracovníky

a odborníky či organizační aktivity. Z výčtu uvedených činností je tedy zřejmé, že sociální pedagog musí disponovat vědomostmi širšího společenskovedního charakteru a patřičnými osobnostními vlastnostmi. Měl by mít znalosti z oblastí pedagogiky, psychologie, sociologie, biomedicíny (biologie člověka), poznatky ze sociální politiky, práva atp. Co se týká dovedností, měl by být schopen diagnostiky založené na základě analýzy problému, sociální situace či výchovném prostředí, v němž se jedinec nachází. Dále by měl být schopen vést dokumentaci, znát metody prevence i terapie a v neposlední řadě by měl být schopen asertivního chování a jednání nezbytného pro práci s lidmi. Nezbytným předpokladem pro práci sociálního pedagoga jsou také určité vlastnosti zahrnující citlivost pro různé sociální situace, optimismus, odvalu, smysl pro realitu, kreativitu, vysokou míru sociálního cítění, sebekázně, trpělivosti a profesionality. (srov. Mikulková, [b.r.], s. 3; Kraus, 2014, s. 199 - 201)

### 1.1.1 Vzdělávání a příprava sociálních pedagogů

Studium sociální pedagogiky se u nás uskutečňuje na vysokých školách v bakalářské či magisterské formě. Studijní programy jednotlivých škol se liší ve svém zaměření podle toho, v jakém smyslu je sociální pedagogika na školách chápána, a to z pohledu užšího pojetí či širšího pojetí. Studium sociální pedagogiky na školách tak může být rozdílně zaměřeno např. na poradenství, etopedii či prevenci. (Potměšilová, 2013, s. 17)

V naší republice je studium sociální pedagogiky vyučováno na následujících vysokých školách a univerzitách: Univerzita Karlova v Praze, Masarykova univerzita v Brně, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Univerzita v Hradci Králové, Ostravská univerzita v Ostravě, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně a Univerzita Palackého v Olomouci. (Potměšilová, 2013, s. 17)

Kraus (2014, s. 203 - 205) hovoří o tom, že by každá škola měla dodržovat určité standardy vzdělávání, mezi které patří:

- **standardy profesionální**, vycházející z kompetencí sociálního pedagoga,
- **standardy vzdělávací**, týkající se patřičného vzdělání a norem nezbytných pro status odborníka v určité oblasti,
- **standardy zaměstnavatelské**, související s okolnostmi zařazení pracovníka do určité profese,
- **standardy klientské**, definované potřebami klientů.

Sociální pedagog může po dosažení partičního vzdělání nalézt své uplatnění v následujících oblastech:

- **rezort školství, mládeže a tělovýchovy**
  - školní kluby, družiny, domovy dětí a mládeže, dětské domovy, střediska volného času, organizace výchovného poradenství, systémy preventivní výchovné péče, sociálně výchovná činnost zaměřená na seniory,
- **rezort spravedlnosti**
  - penitenciární a postpenitenciární péče (vychovatelé ve věznicích, mediační a probační úředník),
- **rezort práce a sociálních věcí**
  - sociální asistent, kurátor, zařízení sociálně - výchovné péče o seniory, zařízení sociální péče,
- **rezort vnitra**
  - utečenecké tábory, kriminální prevence,
- **církevní, společenské a neziskové organizace**
  - organizace péče o mládež, nadace, humanitární, charitativní organizace, zařízení křesťanské pomoci.

### 1.2.1 Důsledky plynoucí z povolání

S profesí sociálního pedagoga se neodmyslitelně pojí nejen velká psychická a fyzická námaha, ale i tzv. únava sociální. Tato sociální únava je důsledkem přesycenosti sociálními styky či nezbytnou nepřetržitou komunikací s klienty. Veškeré tyto skutečnosti se posléze promítají i do osobního života, což přináší značné komplikace. Vyčerpaný sociální pedagog se tak může v osobním životě izolovat od dalších sociálních kontaktů a taktéž od vlastní rodiny.

Nedílnou součástí této profese je také nepravidelná pracovní doba, riziko přímému kontaktu s infekcí, namáhání hlasivek a vystavení se velké míře stresu. To všechno vede k nízkému sebehodnocení sociálního pedagoga a k pocitům bezmocnosti. Veškeré tyto skutečnosti se nadále odráží i do zdravotním stavu sociálního pedagoga, což může vést až k syndromu vyhoření. (Kraus, 2014, s. 202 - 203)

### 1.3 Sociální práce

Mezi hlavní legislativními dokumenty týkající se sociální práce jako takové patří především zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. O zákoně č. 108/2006 se zmíníme podrobněji v kapitole o profesi sociálního pracovníka.

Sociální práce je považována za teoretickou i praktickou vědní disciplínu vycházející z několika dalších příbuzných oborů. Při práci se sociální práce opírá a využívá znalosti z oblasti psychologie, sociologie, sociálního lékařství, pedagogiky, práva, ekonomie etiky a dalších disciplín. Proto se stále v dnešní době setkáváme s nepřesným definováním této disciplíny. (Musil, © 2014)

To samé tvrdí i Navrátil (2001, s. 17) který uvádí, že stále ještě přetrvávají nejasnosti v oblasti sociální práce týkající se účelu, povahy a kompetencí. Podobně je to také se samotnou definicí sociální práce jako takové. Autor v knize zmiňuje starší definici sociální práce, podle níž se jedná o činnost, kterou vykonávají sociální pracovníci. V knize s názvem *Metody a řízení sociální práce* (Matoušek, 2013, s. 11) byla sociální práce definována jako: „*společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.*„

Henvey a Philpot (1996, cit. podle Matouška a kol., 2001, s. 184) chápou sociální práci jako činnost, kterou zdravotní sestry a lékaři nevykonávají.

Jiný pohled na sociální práci má i Payne (1991, cit. podle Matoušek a kol., 2013, s. 12), který chápe sociální práci jako sociálně tvořenou činnost, jež lze chápat pouze v návaznosti na sociální a kulturní kontext, v němž byla vytvořena. Znamená to tedy, že sociální práce nemůže být vytvářena nadčasově, neboť je nezbytné, aby byla její teorie i praxe reakcemi na konkrétní sociální problémy, se kterými se lidé setkávají v konkrétním čase na konkrétním místě.

Levická (2007, s. 41 - 42) ve své knize rozdělila autory na tři skupiny podle toho, zda chápou sociální práci jako vědu či nikoliv. První skupina chápe sociální práci jen jako praxi (Šmíd), druhá ji chápe jako aplikovanou disciplínu (Řezníček, Tokárová, Šebestová, apod.), třetí skupina rozumí pod sociální práci samostatný vědní obor (Levická, Žilová, Strieženec, Payne apod.). Současnou sociální práci pak autorka charakterizovala následovně:

- **má veřejný charakter** - je přístupná všem občanům,
- **má institucionální podobu** - poskytuje záruku požadované úrovně služeb,
- **má preventivní charakter** - nezaměřuje se pouze na následnou pomoc, ale také na samotnou prevenci,
- **pluralita názorů** - použití všech dostupných zdrojů (státní zdroje apod.),
- **úzké propojení teorie s praxí,**
- **subjektivní charakter** - zastává individuální přístup ke klientům, orientuje se na subjektivní potřeby jedinců,
- **proměnlivý charakter** - zaměření sociální práce se mění podle povahy sociálních problémů.

V současné době lze sociální práci na úrovni poznání charakterizovat jako interdisciplinární aplikovanou disciplínu zabývající se sociálními okolnostmi, objekty i subjekty v konkrétním čase. V praxi je sociální práce chápána jako pomáhající profese s cílem poskytnutí pomoci a zvyšování kvality života společnosti tam, kde je kvalita života ohrožena. Taková pomoc by měla být v souladu s potřebami jedinců a vést k jejich svépomoci.

### 1.1.2 Pojetí, předmět a zaměření sociální práce

Během 20. století se v sociální práci sjednotily tři přístupy odlišné ve svých filosofických východiscích i praktických důsledcích. Za první přístup můžeme označit sociální práci chápanou jako terapeutickou pomoc orientující se na pomoc jednotlivcům i celé společnosti v zabezpečení jejich psychosociální pohody prostřednictvím podpory v jejich osobním rozvoji. Velký důraz je zde kladen na komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem při budování jejich společného vztahu. Sociální pracovník by měl disponovat znalostmi v oblasti psychologie a terapeutického výcviku. Příkladem tohoto pojetí je uváděna Rogersova humanistické teorie. (Navrátil, 2000, s. 123)



Za druhý přístup lze označit sociální práci chápanou jako reformu společenského prostředí. Sociální práce se snaží o zvyšování počtu jedinců na tvorbě a přeměně společenských zařízení. Sociální pracovník by měl disponovat znalostmi z politologie, sociální filosofie a sociologie. Jako příkladem zmíněného přístupu můžeme uvést strukturální model vytvořený Middlemanem, Goldbergem a Woodem v roce 1989. (Navrátil, 2000, s. 123)

Za poslední přístup je považováno poradenské paradigma sociální práce, označované také jako sociálně - právní pomoc klientům. Sociální práce je v tomto pojetí chápána jako jedna z mnoha prvků sociálních služeb. Zabývá se převážně přeměnou společnosti a zdokonalováním sociálních služeb ku prospěchu svých občanů. Orientuje se na zprostředkování informací a poradenství za účelem podpory osobního růstu klientů. Sociální pracovník by měl být vybaven znalostmi z psychologie, sociologie a práva. Jako příklad tohoto přístupu je považován úkolově orientovaný přístup ke klientovi. (Navrátil, 2000, s. 123)

Sociální práci lze chápat ve dvou rozdílných pojetích podle toho, jaké činnosti v praxi vykonávají sociální pracovníci:

- **Širší pojetí** související s využitím sociálně - technických opatření, spoluprací s ostatními odborníky a administrativní činnosti (zprostředkování sociálních dávek, sociálních služeb apod.).
- **Užším pojetím** chápeme přímý kontakt sociálního pracovníka s klientem s cílem zmírnění či odstranění obtížné životní situace a vedení klienta ke svépomoci. (Novotná a Schimmerlingová, 1992, s. 22)

Sociální práce podle užšího pojetí obsahuje konkrétní výčet činností prováděných s klientem. Tyto činnosti jsou zpracovány do tří kategorií, do nichž patří činnosti zaměřené na konkrétní problém (rehabilitační a kurativní), činnosti orientované na rozvoj schopností a dovedností klienta (rozvojové a vzdělávací aktivity) a činnosti zaměřené na eliminaci faktorů ovlivňujících sociální fungování. (Navrátil, 2001, s. 17)

Jak jsme se zmínili již na samotném začátku této podkapitoly, sociální práce není doposud přesně definována, avšak její zaměření a úkol je jasný. Za úkol sociální práce můžeme považovat poskytnutí profesionální pomoci klientům nacházejících se v obtížné životní situaci a pomoc při jejím řešení. Sociální práce chápe problémy klienta jako potíže převyšující určité hranice ovlivňující nejen jeho samého, ale i společnost. Tyto zmíněné sociální problémy si vysvětluje sociální práce na úrovni sociální reality, čímž se značně diferencuje od jiných pomáhajících profesí. (Musil, © 2014)

Jiný pohled na úkol sociální práce má např. Úlehla (2005, s. 17), jenž spatřuje úkol sociální práce ve vedení dialogu mezi tím, co si přeje společnost stanovit ve svých normách, a tím, co si přeje samotný klient. V praxi jde o vedení dialogu jako vzájemné spolupráce na úrovni rovnocenných partnerů, při němž by měl být sociální pracovník tzv. prostředníkem mezi normami společnosti a vírou klienta.

Klientem sociálního pracovníka se může stát prakticky kdokoliv, neboť tíživé životní situace se mohou vyskytnout u každého z nás. Nejčastějšími klienty sociálních pracovníků jsou osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách, duševně nemocní, mentálně postižení, nezaměstnaní, týrané a zneužívané děti, osoby ohrožené domácím násilím apod. (Musil, © 2014) V současné době se mezi tyto skupiny osob zařadili v převážné většině i uprchlíci žádající o azyl. Tato skupina osob zde samozřejmě byla již na počátku, avšak aktuální změny ve světě zajistily tento přísun klientů ve značně větší míře, než tomu bylo kdykoliv dříve.

Při posuzování obtížné životní situace klienta je nezbytné, aby se sociální pracovník zaměřoval na celkový stav klienta. To znamená, že se nesnaží najít příčiny vzniku obtížné situace klienta pouze v sociální oblasti, ale zaměřuje se cíleně i na oblast psychickou, biologickou a duchovní. Tento celkový pohled na problém klienta mu umožňuje správné určení sociální diagnózy a následné pomoci ve formě patřičné terapie. Cílem sociální práce je tedy:

- podpora klientů v řešení obtížných životních situací prostřednictvím sociální práce,
  - podporovat kvalitu a profesionalizaci sociální práce,
  - podporovat rozvoj sociální práce jako vědního oboru,
  - podpořit zkvalitnění vzdělání v oblasti sociální práce,
  - podpořit zájmy klientů i poskytovatelů sociálních služeb.
- (Musil, © 2014)

## 1.4 Profese sociálního pracovníka

Sociální pracovník je považován za odborníka, jehož úkolem je zmírňovat, odstraňovat a řešit sociální situaci klienta. V praxi jde o výkon preventivních činností, jejichž úkolem je zamezit počátku nepříznivé sociální situace či předejít jejímu prohlubování. (Brnula, 2013, s. 223)

Levická (2004, s. 44) charakterizuje sociálního pracovníka jako vykonavatele úkolů sociální práce. Sociální pracovník zasahuje do života klientů a odhaluje tak podrobnosti z jejich života. Proto stojí sociální pracovník na hranici práv a povinností vymezených právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy zaručujícími ochranu soukromí klienta.

Pro výkon profese sociálního pracovníka jsou nezbytné určité osobnostní předpoklady, znalosti a dovednosti. V osmé části zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je hovořeno o předpokladech sociálního pracovníka potřebných pro výkon profese. Paragraf § 109 obsahuje výčet konkrétních činností sociálních pracovníků. Sociální pracovník podle tohoto zákona vykonává sociální šetření, zajišťuje sociální agendy, podílí se na řešení sociálně - právních problémů v institucích zabezpečující služby sociální péče, poskytuje sociálně - právní poradenství a vykonává odborné aktivity v zařízeních služeb sociální prevence. Taktéž se zabývá vyhledáváním potencionálních klientů (depistáž), poskytuje a vykonává krizovou intervenci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. Zákon se dále v § 110 zabývá jednotlivými předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka. Sociální pracovník by měl být podle tohoto paragrafu způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Do profesionální výbavy patří i schopnost pomáhat klientovi z „pozadí“ a motivovat jiné k pomoci, vedení klienta ke spolupráci a samostatnosti. (Levická, 2004, s. 50 - 57)

Také Žilová (2000, 67-67) definovala konkrétní činnosti sociálního pracovníka, mezi něž zařadila:

- pomoc klientovi s vytvořením rovnováhy mezi příležitostmi, vlastními možnostmi, schopnostmi a potřebami společnosti,
- pomoc při utváření zralého postoje k životu a ke správnému chování vůči sobě i společnosti,
- pomoc s rozvojem vlastních schopností potřebných k efektivnímu řešení problémů,
- vést jedince k pocitu vlastní odpovědnosti za tíživou sociální situaci.

Etický kodex sociálních pracovníků se zabývá etickými zásadami pro práci sociálních pracovníků v praxi. Sociální pracovník podle etického kodexu respektuje každého člověka i klienta bez ohledu na jeho původ, rasu, barvu pleti, pohlaví apod.; uznává právo každého jedince na sebeuplatnění; pomáhá jedincům prostřednictvím svých schopností a zkušeností s řešením konfliktů a obtížných životních situací a dává přednost profesionální zodpovědnosti před osobními zájmy. (Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, 2006)

#### 1.4.1 Vzdělávání a příprava sociálních pracovníků

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v § 110 zabývá odbornou způsobilostí k výkonu profese sociálního pracovníka. Další možné vzdělávání sociálního pracovníka je pak definováno v § 111. Odbornou způsobilostí sociálního pracovníka podle § 110 rozumíme:

- „vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu 41),
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.“

Pro získání odborné způsobilosti k výkonu profese sociálního pracovníka je tedy nezbytné studium na vysoké škole či vyšší odborné škole zaměřené na sociální práci anebo absolvování některého akreditovaného vzdělávacího kurzu.

## 2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vývoj sociální práce ve zdravotnictví je ovlivňován legislativními dokumenty, přesněji zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Rozvoj profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví je podporován také ze strany organizací sdružujících sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky. Mezi tyto organizace patří Společnost sociálních pracovníků České republiky, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Rada pro rozvoj sociální práce a Česká asociace sester (přesněji zdravotně sociální úsek). Stejnou úlohu mají taktéž recenzovaná periodika podporující tuto profesi. (Kuzníková, 2011, s. 18)

Sociální práce ve zdravotnictví je považována za mnohotvárnou a rozmanitou. Jejím účelem je pomoci klientovi a jeho rodině s redukcí či úplným odstraněním sociálních důsledků, jež s sebou přináší nemoc pacienta. Sociální práce ve zdravotnictví je poskytována z pohledu holistického, neboli celostního. Holistickým pojetím se rozumí orientace na klienta a jeho problém z pohledu více stran. Tedy z pohledu sociálního, fyziologického, psychického i duchovního. Zkráceně pak hovoříme o bio-psycho-sociální a spirituální dimenzi. Sociální práce ve zdravotnictví je tak zaměřena na komplexní péči o klienta a je vykonávána za podmínek poslání oboru sociální práce a konkrétního zdravotnického zařízení. *„Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.“* (Kuzníková, 2011, s. 19)

Podle vydaného dokumentu s názvem Proces sociální práce ve zdravotnictví je cílem zdravotně sociální práce dosažení seberealizace a znovu začlenění pacienta do běžného života. Sociální práce ve zdravotnictví podle Šlenkrtové (2008) využívá individuálního přístupu ke klientům a je orientována na:

- podporu klienta na řešení vlastních problémů,
- uspokojení biologických, psychologických, sociálních a duchovních potřeb,
- zdokonalování kvality života pacientů,
- zkrácení doby hospitalizace,
- redukcí rizik re-hospitalizace,
- prevenci rizikového způsobu chování.

Podle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 70) uplatňuje sociální práce ve zdravotnictví při své práci stejné kroky jako sociální práce nebo medicína. Jedná se o takový postup, jenž probíhá v následujícím pořadí:

- získání informací o konkrétním případě - můžeme ji označit také jako anamnézu,
- diagnostická fáze, zjištění bližších informací o klientovi a jeho problému,
- vytvoření plánu pro řešení situace,
- realizace plánu, terapie,
- vyhodnocení výsledků terapie.

V roce 2010 provedla Iva Kuznáková (2011, s. 21 - 22), spoluautorka knihy Sociální práce ve zdravotnictví výzkum ve zdravotnických zařízeních České republiky týkající se počtu sociálních pracovníků a poměru pacientů jim připadajících. Z výzkumu vyplynulo, že na každého sociálního pracovníka připadá ve zdravotnických zařízeních rozdílný počet klientů. Mnohdy jim náleží až kolem 700 pacientů. Nejvíce klientů však náleží jednomu sociálnímu pracovníkovi v Psychiatrické nemocnici v Opavě a Fakultní nemocnici Motol, ve kterých se toto číslo pohybuje až okolo jednoho tisíce. Šetření poukázalo tak svými výsledky na vzrůstající potřebnost sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

## 2.1 Profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Sociální pracovníci ve zdravotnictví vykonávají zmíněnou sociální práci pod názvem profese sociálního pracovníka či zdravotně sociálního pracovníka. Proto budou v této kapitole pro označení těchto pracovníků využívány oba názvy.

Výkon profese zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví zahrnuje činnosti preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v zdravotně sociální a ošetrovatelské oblasti, převážně při uspokojování požadavků klientů. Profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví lze považovat za specifickou z toho důvodu, neboť se zde prolínají dva typy péče, a to péče sociální a péče zdravotní. Aby mohla být léčba i ošetřování pacienta považována za komplexní, musí být řešena i sociální stránka klienta. Součástí léčebného i ošetrovatelského procesu by tak mělo být zajištění návaznosti zdravotní i sociální péče.

Zdravotně sociální pracovník je považován za odborníka s profesionálními kompetencemi v oblasti péče zdravotně sociální. Při výkonu své profese vykonává sociální šetření, poradenství, analytickou, metodickou i koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti, vysky-

tuje se v zařízeních zajišťujících zdravotně sociální péči, provádí prevenci, sociální rehabilitaci či krizovou pomoc a vyhledává potencionální klienty. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 69)

Nezbytnost sociálních pracovníků ve zdravotnictví je ve všech vyspělých zemí patrná. U nás se však stále setkáváme s nejasným postavením sociálního pracovníka mezi ostatními členy zdravotnického týmu daného zařízení. V praxi tak dochází k problémům či nedostatkům v komunikaci v rámci interdisciplinárního týmu zařízení. Nejednoznačné jsou však i kompetence či pracovní náplň sociálních pracovníků. V praxi tak dochází k nejasnostem i přesto, že jsou vymezeny zákony. (Kuzníková, 2011, s. 23 - 24)

Mezi hlavní součást zdravotně sociální práce patří komunikace s klientem. Ať už se jedná o individuální metodu práce s jednotlivcem, skupinovou metodu práce nebo komunitní práci s větším územním celkem. Ve zdravotně sociální praxi se tyto jednotlivé metody navzájem prolínají a jejich úspěšnost závisí na schopnostech zdravotně sociálního pracovníka. Sociální pracovník by měl být schopen realizovat analýzu daného problému a nalézt k němu optimální způsoby řešení. Aby byl pracovník schopen správné realizace problému, musí mít osvojené schopnosti spojené s pozorováním, vedením rozhovoru a zhodnocením celé obtížné situace klienta. Pro úspěšnou syntézu problému je zase nezbytná schopnost aplikovat teoretické i praktické znalosti, definovat terapeutický postup směřující k úspěšnému vyřešení problému a zvolit správný způsob vedení rozhovoru s klientem. Úspěšná analýza i syntéza problému se stává předpokladem pro dosažení důvěry klienta, jeho zájmu na řešení své obtížné situace a pro vytyčení potřebných hranic mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 71 - 72)

Profesionální úloha sociálních pracovníků ve zdravotnictví je určena převážně tím, že jsou tito pracovníci tzv. prostředníky mezi klientem, jeho problémem a společností. Sociální pracovník pomáhá klientovi s vyřešením jeho problému a snaží se o jeho znovu začlenění do běžného života ve společnosti. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 72)

Pro sociálního pracovníka ve zdravotnictví by měla být samozřejmostí samotná práce v souladu s etickými kodexy. Do zdravotně sociální práce se totiž neodmyslitelně promítá několik etických rovin, jež si vyžadují soulad s činnostmi sociálních pracovníků. Mezi tyto již zmíněné etické roviny podle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 76) patří:

- **Etická rovina řešení problémové situace** - sociální pracovník je s klientem v bezprostředním kontaktu. Zde spatřujeme etický problém v interakci obou stran.
- **Etická rovina korelující s cílem daného problému** - jde o problém promítání etické dimenze ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ve zdravotní i sociální politice, ve vzdělávání apod.
- **Etická rovina společenské prostředí, vyjadřující ducha doby** - jedná se o kulturně politickou rovinu definující etické postoje k určitým problémům, jako je např. nezaměstnanost, umělé oplodnění apod.

Za cíl interakce zdravotně sociálního pracovníka s klientem je považováno navázání pozitivního terapeutického vztahu, jež je nezbytný k úspěšnému řešení problému za spolupráce klienta. Pro navázání takového stavu je nezbytná prosociální komunikace odrážející obecné zásady jednání s klientem. Lze ji považovat za eticky vedenou komunikaci s klientem. Podle tohoto stylu komunikace musí zdravotně sociální pracovník brát v úvahu individualitu klienta, která je dána jeho věkem, pohlavím atp. Při prvním kontaktu se musí sociální pracovník klientovi představit, obeznámit jej se svými kompetencemi a následně se pokusit o navození důvěrného vztahu. Co se týče následného rozhovoru mezi oběma stranami, rozhovor ze strany sociálního pracovníka by měl být předem promyšlený. Sociální pracovník by si u něj neměl dělat písemné poznámky, jež by mohly narušovat partnerský vztah. Při případných neshodách a záporných postojích klienta musí sociální pracovník vhodnými argumenty a hlavně etickým způsobem vysvětlit nesprávnost postojů a převést pozornost klientů jiným směrem za účelem dosažení kladných názorů na danou situaci. Samotný rozhovor by měl probíhat mezi čtyřma očima, měl by se uskutečňovat na klidném místě, ve správnou denní dobu vyhovující klientovi apod. (Kutnohorská, Cichá a Goldman, 2011, s. 77 - 79)



## 2.2 Náplň práce

Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví je v každém zdravotnickém zařízení odlišná. V nemocnicích bývá často ve funkci sociálního pracovníka pouze jedna osoba. V některých případech bývá funkce sociálního pracovníka využívána pouze na oddělení geriatrickém. Setkáváme se však i s větším počtem sociálních pracovníků v zařízeních, kteří tak mohou zajišťovat efektivnější péči na všech odděleních nemocnice. V naší republice se však setkáváme více s jedním či maximálně dvěma sociálními pracovníky pro celou nemocnici. V některé nemocnicích se sociální pracovník nevyskytuje vůbec. Nejlepší situace je ve fakultních nemocnicích, jež mívají vyšší počet zdravotně sociálních pracovníků pro všechna oddělení nemocnice.

Pro efektivní pomoc pacientovi s řešením jeho obtížné situace je nezbytná nepřetržitá přítomnost zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici i jeho účast na vizitách. Aby byla poskytovaná péče co nejefektivnější, je také zapotřebí, aby v daném zdravotnickém zařízení fungovala tzv. interdisciplinarita. Práce daného zařízení musí být navzájem provázaná. To znamená nutnou spolupráci zdravotně sociálního pracovníka, lékaře, sester, dalších pracovníků, klienta a jeho rodiny, jiných institucí, úřadů apod. Tato zmíněná spolupráce sociálních pracovníků s interdisciplinárním týmem a dalšími právníckými i fyzickými osobami mimo zařízení se odvíjí od stanovené pracovní náplně sociálního pracovníka. (Kuzníková, 2011, s. 24 – 25)

Hlavním úkolem pomáhajících profesí je podporovat klienty k pozitivním změnám v jejich životě. V rámci interdisciplinárního týmu zařízení, konkrétněji v rámci procesu zdravotní sestry, sociální pracovník ve zdravotnictví, psycholog, speciální pedagog a ostatní odborníci, pomáhají klientům s učiněním rozhodnutí, vedoucím k pozitivní změně v jeho životě, dále jim napomáhají tuto změnu uskutečnit a využít ji při zlepšení klientova zdraví, dále pak vyřešení jeho problémů v sociální oblasti a v životě celkově. Sociální pracovník ve zdravotnictví pak musí být v celém procesu dobrým komunikátorem a musí disponovat vůdčími schopnostmi, které jsou nezbytné k ovlivnění klientů s cílem dosažení pozitivních změn. (Boledovičová, 2007, s. 81)

Kvalita sociální práce ve zdravotnictví je v každém zdravotnickém zařízení odlišná a je ovlivňována několika faktory. Za důležitý aspekt je považován samotný zdravotně sociální pracovník v souvislosti s jeho profesionálními kompetencemi zahrnujícími odborné znalosti, vědomosti, osobnostní předpoklady, ale i určité vlastnosti jako je lidskost, ochota, respekt,

sociální cítění, empatie, komunikativnost, kreativita atp. Podmínkou kvality jeho práce je i dovednost diagnostiky, poradenství, terapie, poskytování sociálních služeb apod. Jednotlivé činnosti, jež vykonává zdravotně sociální pracovník v rámci pomoci klientovi, zahrnují i spolupráci s dalšími odborníky. Mimo zařízení spolupracuje nejčastěji se sociálními pracovníky úřadů, úřady práce, správou sociálního zabezpečení, soudy, policií, zařízeními poskytujícími služby sociální a zdravotní péče, organizacemi zabezpečujícími terénní služby a služby sociální prevence. (srov. Schavel, 2007, s. 156; Kuzníková, 2011, s. 24 - 25)

Při řešení kolizních situací by měla být spolupráce s dalšími odborníky samozřejmostí. Mezi tyto problémy můžeme zařadit např. zdravotní problémy dlouhodobého charakteru, rizikový způsob chování, zdravotní postižení, ekonomické problémy, sociální vztahy v rodině, schopnost či neschopnost péče o nemocného člena domácnosti či kvalita života. (Schavel, 2007, s. 156)

Mezi okruh činností sociálních pracovníků ve zdravotnictví můžeme zařadit sociálně správní činnost, jež koreluje s právem finanční pomoci ze systému sociálního zabezpečení, dále pak sociálně právní poradenství, sociální diagnostiku, prevenci a intervenci a taktéž sociální kooperaci. Pod sociální kooperací rozumíme plánování, tvorbu a uskutečňování sociálních programů. (Šlenkrťová, 2008)

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, nalezneme výčet zdravotně sociálních činností. Těmi se rozumí aktivity v oblasti preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oblasti zdravotně - sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v poli uspokojování sociálních potřeb klienta. Dále pak zdravotně sociální pracovník:

- vykonává sociální prevenci a depistážní činnost,
- vykonává sociální šetření u klientů, posuzuje jeho sociální situaci ve vztahu k onemocnění a jeho důsledkům,
- vypracovává plán psychosociální intervence, jeho rozsah, druh a míru potřeby sociálních opatření,
- poskytuje sociálně - právní poradenství,
- pomáhá integraci pacientů,
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,

- vykonává činnosti při přípravě propuštění pacientů, zajišťuje následnou péči a služby,
- poskytuje odborné poradenství v sociální oblasti rodinám klienta
- zajišťuje záležitosti související s úmrtím pacienta.

V zahraničním dokumentu *Social Workers in Hospitals & Medical Centers* (©2011) byly činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnictví ještě rozšířeny o několik dalších činností. Podle tohoto dokumentu vykonávají zdravotně sociální pracovníci mimo jiné i činnosti zahrnující:

- pomoc s pochopením nemoci, možnostmi její léčby, negativních důsledků či seznámení riziky plynoucími s odmítnutím léčby,
- pomoc pacientům a jejich rodinám s přizpůsobením se nečekané hospitalizaci, s možnou změnou sociální role pacienta ve společnosti v důsledku nemoci,
- pomoc pacientům a jejich rodinám s komunikací s lékařem či jiným zdravotnickým a ošetrovatelským personálem,
- diagnostiku základních duševních chorob,
- podporu spolupráce mezi členy zdravotnického týmu.

V následujícím textu poukážeme na náplň práce zdravotně sociálních pracovníků podle námi získaných interních dokumentů dvou rozdílných zdravotnických zařízení.

V pracovní náplni sociálního pracovníka v určitém nejmenovaném zdravotnickém zařízení, jsou obsaženy především činnosti spojené s řešením problémů dospělých klientů. Sociální pracovník podle tohoto dokumentu vykonává sociální šetření u lůžka pacienta a aktivity s nimi spojené, provádí sociální šetření v terénu a řeší sociálně - právní problémy svých klientů. Zdravotně sociální pracovník provádí pohovor s klientem, případně s jeho rodinou za účelem získání co nejvíce informací o aktuálním sociálním problému, sociálních poměrech klienta, snaží se o nalezení optimálního řešení, jež bude vyhovovat převážně klientovi, ale i jeho rodině. Ve spolupráci s ošetřujícím lékařem pacienta, řeší klientovo propuštění do domácí péče či do zařízení poskytující služby sociální péče. V případě potřeby zajišťuje při propuštění pacienta do domácí péče agenturu domácí péče. Veškeré úkony u konkrétního klienta zaznamenává do dokumentace a vede o těchto aktivitách pravidelné záznamy.

V tomto dokumentu byl obsažen i specifický výčet činností zdravotně sociálního pracovníka na gynekologicko - porodnickém oddělení, oddělení šestinedělí a novorozeneckém oddělení. Na těchto odděleních patří do náplně práce sociálního pracovníka především poradenství u sociálně potřebných matek či matek nezletilých, spolupráce s ošetřujícím lékařem matky a s orgánem sociálně - právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). V situacích, které si žádají určení poručníka nezletilému dítěti, spolupracuje zdravotně sociální pracovník s místně příslušným soudem i sociálními pracovníci OSPOD. Při převozu dítěte do kojeneckého ústavu zajišťuje doprovod, spolupracuje se sociálními pracovníci OSPOD při propuštění matky i dítěte z nemocnice a podává jim nezbytné hlášení o nových skutečnostech. Součástí práce sociálního pracovníka je i spolupráce s dalšími institucemi a zařízeními, jako jsou například úřady, česká správa sociálního zabezpečení, zdravotnickými zařízeními, soudy či policií ČR. (Interní dokument VS, 2012)

V druhém interním dokumentu z nejmenovaného zdravotnického zařízení jsme získali pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka přímo na gynekologicko - porodnickém oddělení. Podle něj spolupracuje zdravotně sociální pracovník s matričním oddělením magistrátu města, poskytuje mu údaje matek po porodu, zprostředkovává kontakt se sociálními pracovníky OSPOD a dále pak:

- na žádost sociálních pracovníků OSPOD, žádost lékaře či vrchní sestry oddělení uskutečňuje sociální šetření s matkou, zjišťuje její sociální situaci,
  - sociální šetření provádí za přítomnosti svědka, kterým je nejčastěji samotný lékař vrchní či staniční sestra oddělení,
  - kontaktuje OSPOD o hospitalizaci konkrétní matky, pokud je o to OSPOD předem požádal,
  - v případě opuštění dítěte ze strany matky, kontaktuje neprodleně sociální pracovníky OSPOD,
  - předává informace ošetřujícímu lékaři o postupech řešení v situaci matky a případném umístění dítěte do péče kojeneckého zařízení či jiného zařízení.
- (Interní dokument KNTB, 2015)

Samotný proces zdravotně sociální práce s pacientem probíhá v několika krocích. Sociální pracovník se při prvním kontaktu seznámí s klientem, jeho obtížemi a tíživou sociální situací. Následně stanoví sociální diagnózu, plán sociální terapie a na základě získaných informací určí rozsah potřeby sociálního opatření. Při realizaci jednotlivých kroků směřujících

k vyřešení sociální situace klienta vždy respektuje pacientovo právo na rozhodnutí o postupech řešení stávající situace, a to v průběhu hospitalizace i po jeho propuštění. O celém průběhu spolupráce s klientem či úřady vede sociální pracovník dokumentaci. Při své práci vždy respektuje legislativní normy, individualitu každého člověka a řídí se etickými pravidly a etickým kodexem sociálního pracovníka. (Šlenkrťová, 2010)

### **2.3 Osobnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví a jeho kompetence**

Sociální pracovník ve zdravotnictví se neobejde bez určitých předpokladů a vlastností, bez nichž by nebyl schopen výkonu takové profese. Zdravotně sociální pracovník, stejně jako ostatní pracovníci pomáhajících profesí, musí disponovat hodnověrností, být empatický a upřímný. Svého klienta neodsuzuje a respektuje jeho individualitu, zajímá se o jeho psychické i sociální potřeby. Sociální pracovník musí být schopen vymezit i určité hranice vztahu s pacientem. To znamená vytyčení přesných mantinelů týkajících se řešení situace klienta. Klient by měl být vždy zodpovědný a podílet se na spoluřešení svých záležitostí. Pomoc by tak neměla být výhradně v kompetenci pouze sociálního pracovníka. Sociální pracovník by se měl řídit také etickým kodexem sociálních pracovníků. (Kuzníková, 2011, s. 29 - 30)

Pro profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou důležité také dobré komunikační schopnosti. Pomocí komunikace motivuje sociální pracovník pacienty k řešení svých problémů. Nezbytnou součástí osobnostní výbavy je také znalost legislativních a mezinárodních norem, dokumentů a všeobecných lidských práv. Zdravotně sociální pracovník musí mít osvojeny práva pacientů, práva člověka jako takové, práva hospitalizovaných dětí, práva duševně postižených či tělesně postižených. Nezbytné je také celoživotní sebevzdělávání a supervize. (Kuzníková., 2011, s. 29 - 30)

Z interního dokumentu jednoho zdravotnického zařízení jsou v pracovní náplni zdravotně sociálního pracovníka uvedeny také osobnostní požadavky. Tyto požadavky zahrnují pečlivost, zásadovost, trpělivost, důvěryhodnost, odpovědnost, nekonfliktnost, pravdivost, objektivnost, komunikativnost, odolnost proti stresové zátěži a schopnost organizace vlastní práce. (Interní dokument KNTB, 2015)

Podle etického kodexu sociálních pracovníků by měl každý sociální pracovník rozvíjet a doplňovat své dovednosti i vzdělání v oblasti sociální práce a zároveň by tyto znalosti

neměl zneužívat k nelidskému chování ve formě trýznění či terorismu. Stejně tak nezneužívat důvěrnosti svého postavení pro osobní zisk či benefity. Měl by se svými klienty jednat vždy slušně s maximální možnou empatií a zachovávat mlčenlivost o získaných informacích svých klientů. Dále by měl být připraven nést důsledky za svá špatná a neuvážená rozhodnutí. (Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy, 2004)

Mezi kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví podle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 72 - 74) řadíme kompetence:

- **Profesionálně oborové** - pro výkon profese jsou nezbytné teoretické i praktické znalosti a dovednosti z oblasti zdravotně sociální práce, schopnost uspokojování sociálních potřeb klientů, snižování rizikového způsobu chování, pomoc jedincům s nedostatkem psychickým fyzických schopností a s jejich integrací do společnosti. Sociální pracovník by měl být schopen spolupráce s ostatními pracovníky multidisciplinárního týmu i jinými sociálními pracovníky a odborníky, být schopen samostatně pracovat a organizovat tak svou práci, znát právní předpisy a normy týkající se zdravotně sociální práce, umět s nimi pracovat a podílet se na dodržování standardů a metod ve zdravotně sociální práci.
- **Sociálně anamnestické, diagnostické** - schopnost výkonu sociálního šetření, zjišťování sociální anamnézy, následné stanovení diagnózy a zápisu zprávy o životní situaci klienta do dokumentace.
- **Poradenské a konzultační** - schopnost poskytnutí poradenství v oblasti zdravotní, sociální i právní a poskytnutí odborného poradenství příbuzným při úmrtí klienta.
- **Výchovné** - schopnost výkonu preventivních činností a činností depistážních, s cílem vyhledávat potencionální klienty, jenž se v důsledku své nemoci nebo nemoci svých blízkých dostali to obtížné životní situace.
- **Rozhodovací** - schopnost vytvoření návrhu psychosociální intervence, schopnost realizace vytvořeného plánu a podílet se na jeho dosažení za pomoci ostatním zdravotnickým personálem, schopnost poskytnutí krizové intervence.
- **Organizační** - schopnost přípravy klienta k propuštění do ústavní péče či domácího prostředí, zajištění následné péče a poskytnutí patřičných informací spojených s budoucím pobytem klienta v pobytovém zařízení, schopnost spolupráce s orgány veřejné správy podílejících se na řešení problému klienta.
- **Metodické** - schopnost vytvářet standardy pro zdravotně sociální oblast, podílet se na výzkumné činnosti.

- **Jazykové** - schopnost zdvořilého vystupování, lépe ovládat cizí jazyk a práci s odbornou literaturou.
- **Osobnostně kultivující** - schopnost vlastního rozvoje, sebevzdělávání a sebereflexe, studia nových poznatků v oblasti právních norem ve zdravotně sociální oblasti.
- **Komunikativní a etické** jsou považovány za klíčové ve zdravotně sociální oblasti vůbec. Sociální pracovník by měl být schopen předávat informace veřejnosti pomocí odborných článků, novin, rozhovorů atp., řídit se etickými kodexy sociálních pracovníků, zachovávat mlčenlivost, být empatický, být svým klientům i kolegům oporou.

Zdravotně sociální pracovník by měl mít schopnost naslouchat svým klientům. Ve zdravotně sociální práci obecně platí, že by měl být sociální pracovník svým klientům oporou, naslouchat jim a dát jim prostor pro vyjádření jejich pohledu na danou problémovou situaci. Svým pozorným nasloucháním motivuje klienty ke sdělení jejich potřeb, problémů či přání. Zdravotně sociální pracovník by měl při rozhovoru s klientem méně mluvit a spíše naslouchat tomu, co mu chce klient sdělit, neboť dobře vedená komunikace nebo již zmíněné naslouchání je odrazem následného úspěšného stanovení diagnózy a patřičných opatření vyhovujícím oběma stranám. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 74 - 75)

Úkolem sociálních pracovníků ve zdravotnictví je také poskytování sociální opory. Proto je nezbytné, aby byl zdravotně sociální pracovník tzv. osobnostně vyzrálý. Tento požadavek je odrazem schopnosti celoživotního vzdělávání a rozvoje osobnosti v oblasti zdravotně sociální práce, která je nezbytná k poskytování již zmíněné sociální opory klientům nacházejícím se v obtížné situaci. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 75)

V České republice je vzdělávání sociálních pracovníků obsaženo v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních podle pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona získá zdravotně sociální pracovník odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného zdravotnického studijního oboru sociálního zaměření v bakalářské či magisterské formě nebo absolvováním tříletého studia v oboru sociálního zaměření na vyšších odborných školách či vysokých školách. Dále pak absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně sociální pracovník nebo specializačního studia v oboru zdravotně - sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry.

### 3 NÁVAZNOST ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

V naší republice se doposud setkáváme s nevyřešenou situací v oblasti návaznosti zdravotní a sociální péče. Péče zdravotní i sociální je v naší republice rozdělena do dvou rezortů, a to ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) a ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ). Ve skutečnosti jsou však oba typy péče v těsné návaznosti z důvodu jejich společného cíle, za který je považována snaha o zvyšování kvality života klientů a zachovávání jejich důstojnosti v co největší možné míře. Oba rezorty MZ i MPSV jsou rozdílně financovány a jejich instituce tak řeší odlišně potřeby svých klientů. Při posuzování potřeb a stavu klienta využívají rozdílná hodnotící kritéria s důrazem na péči, která je v jejich osobní kompetenci. Oddělování služeb sociálních i zdravotních, tak může být pro klienty nedostačující a ohrožující. V praxi pak dochází k nedostatkům při poskytování péče pacientům a jejich následnému umístění do zařízení sociální péče či zdravotnických zařízení. Tento proces se totiž neobejde bez dlouhých, složitých a mnohdy i nevyřešených postupů či situací. Ze zkušeností totiž víme, že je nezbytné oba typy péče poskytovat paralelně, a to především osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, či zdravotního stavu, seniorům, osobám trpících demencí apod. (srov. Merhautová, Misconiová, 2002; Janečková, 2013; Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Jak již bylo zmíněno výše, péče zdravotní i sociální je poskytována v různých zařízeních a institucích tomu určených. Péče je však mnohdy poskytována i ve vlastním sociálním prostředí. Současné tendence stále více směřují k pobytu pacientů či klientů ve vlastním prostředí, a to nejen z důvodu probíhající transformace zdravotních a sociálních služeb. Za cíl transformace je považováno bydlení klientů ve vlastním sociálním prostředí, podle vlastního uvážení a dle běžného života ve společnosti. (srov. Merhautová, Misconiová, 2002; Deinstitutionalizace sociálních služeb, 2013)

Problematika péče spadající pod oba zmíněné rezorty je v posledních letech řešena ze strany zástupců těchto rezortů, ale i ze stran široké veřejnosti. Snahy zástupců jednotlivých rezortů v minulosti přinesly plány s cílem spojení těchto forem péče pod společný název integrované zdravotní a sociální péče. Myšlenou této integrované zdravotní a sociální péče byla skutečnost, že by byla péče poskytována multidisciplinární týmy kvalifikovaných odborníků, jejichž kvalifikace by byla určena závazným právním rámcem. Péče by byla financována vícezdrojově, a to z fondu zdravotního pojištění, nově zřízených sociálních fondů, dotací



ze státního rozpočtu a úhrady pacienta za poskytnutou péči. (Merhautová, Misconiová, 2002)

Nejnovější tendence řešící situaci návaznosti zdravotní a sociální péče však směřují ke změně zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V současnosti se objevují jednotlivé návrhy na změnu zmíněného zákona, kterými by se změnily nejen některé typy zařízení sociálních služeb, což by v budoucnu mohlo vést ke komplexnějšímu zajištění péče zdravotní i sociální. Jeden z návrhů novely zákona o sociálních službách vláda na konci března 2017 přijala, avšak není doposud zcela jasné, o který z dostupných návrhů se jedná, proto jsou v následujícím textu práce využity poznatky ze všech dostupných návrhů novely zákona o sociálních službách.

### **3.1 Současná situace zdravotní a sociální péče**

V současné době se setkáváme s patrným nedostatkem pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením, osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního stavu, osoby trpící stařeckou demencí, seniory i mentálně postižené jedince. Probíhající soudobá transformace sociálních služeb nás v tomto smyslu ochudila i o počty míst v takových zařízeních. Myšlenka pobytu těchto jedinců v domácím prostředí je sice velmi žádoucí, avšak péči nelze vždy zajistit.

Nárůst stárnoucí populace v dnešní společnosti je důležitým faktorem této problematiky. Osob závislých na péči druhé osoby či osob vyžadujících zdravotní i sociální služby, stále narůstá. Těmto lidem je zpravidla zajišťována péče zdravotní i sociální v domácím prostředí prostřednictvím terénních služeb. Vyskytují se však i situace, ve kterých lidem nelze tyto služby v domácím prostředí z nějaké příčiny zajistit. Z tohoto důvodu jsou tyto osoby často hospitalizovány na odděleních následné péče, nebo se stávají klienty pobytových sociálních služeb. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Dnes jsme se již dostali do situace, ve které se setkáváme s nedostatkem pobytových zařízení pro občany vyžadující pomoc druhé osoby, proto se také neustále snižuje možnost jejich umístění v pobytových zařízeních sociálních služeb. Domovy pro seniory i domovy se zvláštním režimem jsou většinou plně obsazeny a čekací doby do těchto zařízení jsou v několika řádech desítek let. Jak je tedy možné tuto problematiku vyřešit? Pokud se zaměříme na možnost domácí péče o tyto jedince, nalezneme zde určitě větší možnosti. Agentury do-

mácí péče zajišťují zdravotní i pečovatelské služby. Jsou organizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními, charitativními organizacemi apod. Avšak i zajišťování domácí péče přes tyto agentury dnes již nastávají značné problémy. Z důvodu již zmíněného nárůstu stárnoucí populace mají tyto agentury naplněnou plnou kapacitu klientů a počty volných pracovníků se tak neustále snižují. Pomalu tak dochází k přečerpání jejich sil, což má za následek nepřijímání nových klientů a postupný vznik problémů v zajišťování domácí péče. (Informace o nás, ©2016)

Agentury domácí péče nejsou určeny pouze pro starší občany, ale i pro všechny věkové kategorie zahrnující děti, dospívající, osoby v terminálním stádiu, osoby s chronickým onemocněním či jejich rodiny. Mnohdy jsou však tyto agentury z větší poloviny obsazeny právě seniory vyžadujícími péči druhé osoby. (Informace o nás, ©2016)

Se zmíněným nedostatkem pobytových či terénních služeb je spojena i sociální práce ve zdravotnictví. Právě zdravotně sociální pracovníci mají na starosti umístování osob závislých na pomoci druhé osoby do pobytových zařízení zdravotních či sociálních služeb. Právě oni se každodenně setkávají s problémem umístování těchto klientů. Jejich klienty jsou nejčastěji senioři a osoby závislé na péči druhé osoby. Čekací doby do pobytových zařízení jsou však příliš dlouhé a zde nastávají problémy s propuštěním klientů, neboť ne vždy lze klienty propustit do domácí péče. Tato problematika se však netýká jen seniorů, jedná se také o osoby bez příštířeší a jejich následné umístování, dále také o děti, nezletilé matky, romské matky, jedince trpící schizofrenií, osoby se zdravotním postižením atp.

V jednom zdravotnickém zařízení, v němž byl realizován výzkum k diplomové práci, jsme získali dopis<sup>1</sup> určený řediteli daného zařízení i zástupcům kraje, jež napsala zdravotně sociální pracovnice v návaznosti na současnou situaci následné zdravotně sociální péče o její klienty. Zdravotně sociální pracovnice již v samotném začátku dopisu poukazuje na zhoršenou situaci v oblasti podpory sociálních služeb v daném regionu. Tato situace podle ní nastala v několika posledních měsících. Nejhuře jsou na tom podle ní zařízení poskytující celodenní péči, a to zejména péči o seniory, osoby trpící demencí a osoby závislé na návykových látkách. Čekací doby na umístění se v těchto zařízeních pohybují okolo řádu několika měsíců až let. Z příkladu, jenž uvádí tato sociální pracovnice, se její klientku podařilo umístit

---

<sup>1</sup> dopis je uložen u autorky DP, protože obsahuje citlivé údaje, není možno ho přiložit jako přílohu

do jednoho domova pro seniory pouze proto, že zde klientka měla podanou žádost více než 3 roky dopředu. Pokud se jedná o klienty, kteří nemají podané žádosti do domovů, a že jich není málo, jejich umístění je podle ní skoro nemožné. Jmenuje zde však i jedno zařízení, do kterého lze pacienty umístit v nejmenším časovém úseku, a to podle jejich slov tři až šesti měsíců. Když si ale tuto situaci představíme v praxi, co bude s tímto člověkem po dobu, než bude do zařízení přijat? Z toho vyplývá skutečnost, že pokud je její klient bez rodiny a doposud žil sám bez pomoci druhé osoby, nastává zde problém se zajištěním péče po ukončení jeho hospitalizace.

Tato zdravotně sociální pracovnice na dalším příkladu také popisuje situaci, při níž musela řešit umístění klientky s diagnózou schizofrenie vyžadující celodenní péči. Tato klientka byla bezdětná a svobodná. Její umístění do zařízení bylo složité, neboť dvě zařízení, kam bylo žádost možno podat, jí obratem sdělila, že v důsledku probíhající koncepce rozvoje sociálních služeb ze dne 13. 7. 2015, u nich v současné době probíhá transformace zařízení a následné snížení kapacity o 30% až do roku 2020. Zdravotně sociální pracovnice si zde pokládá otázku, jak bude situace vypadat, až k tomuto reálnému snížení kapacity dojde? Kam budou ostatní osoby trpící nejen schizofrenií umístováni? A kam má umístit současnou klientku?

Stejná situace je i v případě umístování osob závislých na návykových látkách. V daném regionu je pouze jedno zařízení přijímající takové osoby, a to pouze za předpokladu plné mobility klienta. V případě imobilních klientů je umístování možné taktéž v jednom zařízení, ale čekací doby jsou příliš dlouhé a pohybují se také v řádu několika let. Na tuto skutečnost dlouhodobé neřešitelnosti je podle jejich slov opakovaně upozorňováno na pravidelných setkáních poskytovatelů sociálních služeb pořádaných nejmenovaným krajem. To samé platí o nedostatečných kapacitách odlehčovacích služeb, kam jsou umístováni pacienti po ukončení léčby čekající na přijetí do pobytových zařízení s celodenní péčí. V tomto případě platí, že je zde pořadník čekatelů naplněn až do poloviny roku 2017.

Zdravotně sociální pracovnice se však v dopisu zmiňuje i o terénních službách, které jsou prostřednictvím MPSV upřednostňovány při zajištění péče o potřebné klienty. V daném regionu jsou podle ní všechny agentury domácí péče naplněny a nepřijímají tak nové klienty. Případní budoucí klienti jsou zařazováni do pořadníku, jako je tomu v zařízeních pobytových služeb. Proto podle jejich slov není dané zdravotnické zařízení schopno pacientům zajistit následnou péči po ukončení hospitalizace. Nejsou schopni klientovi zajistit ani základní péči zahrnující pomoc s osobní hygienou a dohled v době nepřítomnosti jejich rodiny. I současná

situace na trhu práce neumožňuje rodinám klientů zdravotnických zařízení odchod ze zaměstnání a pečování o své příbuzné. Pokud jsou jejich příbuzní zaměstnání a chtějí pečovat o nemocného, musí počítat s dvouměsíční výpovědní lhůtou. Zde nastává problém s péčí o jejich příbuzné v následujících dvou měsících. Na závěr zdravotně sociální pracovnice doporučuje návrh zvýšení kapacit všech zařízení sociálních služeb, neboť starých a potřebných lidí neustále přibývá a lůžek v zařízení pobytových služeb v důsledku transformace ubývá.

Návrh na zvýšení kapacit všech pobytových zařízení není pouze přáním zmíněné zdravotně sociální pracovnice. Při uskutečnění rozhovorů pro účel této diplomové práce jsme se setkali s případem, v němž by sociální pracovníci byli spokojeni s kapacitou pobytových zařízení sociálních služeb. Potom se také nemůžeme divit tomu, že tzv. návaznost zdravotní a sociální péče v naší republice nefunguje. Vše je dáno problematikou v zajišťování následné péče po propuštění pacientů z nemocnice a nedostatkem míst v pobytových zařízeních zdravotních a sociálních služeb. Stejně tak by se měla začít řešit situace týkající se agentur domácí péče a jejich současného plného vytížení, neboť v důsledku toho nejsme mnohdy schopni klientům zajistit ani základní péči související se zajištěním hygieny, stravy apod.

### 3.1.1 Sociální hospitalizace

Nedostatky míst v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou v některých městech řešeny poskytnutím sociální péče ve zdravotnickém zařízení, tedy poskytnutí sociální hospitalizace. Sociální hospitalizace je určena jedincům, kteří již z lékařského hlediska nepotřebují další hospitalizaci, avšak jejich zdravotní stav neumožňuje pobyt v domácím prostředí bez pomoci druhé osoby. Takoví pacienti nemají žádné příbuzné nebo jejich rodina při zajišťování péče nespolupracuje. Tito pacienti tak nemohou být z nemocnice propuštěni do doby zajištění pomoci ze strany osoby blízké či jiné fyzické osoby nebo do doby zajištění pobytové služby v zařízeních sociálních služeb, služby terénní či ambulantní. (srov. Bruthansová, Červenková, 2004; zákon č. 108/2006)

Všechna zdravotnická zařízení jsou kompetentní k zřízení sociální hospitalizace, avšak ne všechna ji poskytují. Je to dáno složitými pravidly pro vykazování péče a uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami. Ve skutečnosti se tak setkáváme se situací, v níž ve zdravotnických zařízeních nejsou sociální lůžka zřízena, anebo pouze v minimálním počtu pohybujícím se v rozmezí okolo tří lůžek na celé zdravotnické zařízení. (Sociální lůžka, 2009)

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách musí provozovatel sociálních lůžek zajistit klientům tytéž služby, jež jsou poskytovány v ostatních pobytových zařízeních sociálních služeb. Mezi tyto činnosti patří především:

- poskytnutí stravy a ubytování,
- dopomoc při osobní hygieně nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu,
- dopomoc při realizaci běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- umožnění kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně - terapeutické činnosti,
- aktivizační aktivity,
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Sociální lůžka podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách spadají do sociálních služeb poskytovaných za úhradu, a proto si uživatelé těchto sociálních lůžek platí pobyt, stravu i péči o jejich osobu zcela sami.

Sociální hospitalizaci však nelze podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., poskytnout osobám trpícím infekční nemocí; osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje péči ve zdravotnickém zařízení; v případě duševního onemocnění klienta, by mohlo jeho chování narušovat pobyt ostatních. Tato omezení jsou značně omezující, ale jsou důležitým faktorem při zajišťování následné péče klientům.

### **3.2 Budoucnost v návaznosti zdravotní a sociální péče**

Jak již bylo řečeno, v České republice je dlouhodobě řešena situace osob vyžadujících souběžné poskytování zdravotních i sociálních služeb v důsledku jejich zdravotního stavu a složité životní situace. Setkáváme se tak se skutečností, v níž jsou tito jedinci uživateli sociálních služeb, v nichž nejsou dostatečně naplňovány jejich zdravotní potřeby, anebo jsou tito jedinci léčeni ve zdravotnickém zařízení, ve kterých však strádají po stránce sociální. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Zdravotní stav uživatelů zdravotních i sociálních služeb je často proměnlivý, proto je za potřebí, aby tato zařízení byla schopna na často se měnící zdravotní stav reagovat rychle, kvalitně a v dostatečné míře, která bude vždy vyhovovat aktuálním potřebám daného klienta. Současné pojetí poskytování zdravotní a sociální péče však tomuto modelu není doposud nakloněno. Přestože je na tuto skutečnost dlouhodobě upozorňováno ze stran odborníků, pracovníků i uživatelů služeb, souběžné poskytování zdravotní i sociální péče zatím stále

není umožněno a realizováno. Nejlepším řešením této situace by proto bylo vytvoření uceleného a jednoduššího systému umožňujícího návaznost zdravotní a sociální péče o osoby se sníženou soběstačností, zdravotně postižené či chronicky nemocné, poskytovaného souběžně na jednom místě. Doposud jsme se však setkávali spíše s odmítáním jednotlivých návrhů řešení s odůvodněním, že jsou nevyhovující buďto pro MZ anebo pro MPSV. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

K dočasnému řešení péče o osoby, které se neobejdou bez pomoci druhé osoby, jsou tak často využívány již zmíněné sociální hospitalizace. Poskytovatelé sociálních lůžek i pobytových sociálních služeb jsou však z důvodu úhrad zdravotní pojišťovnou omezeni rozsahem zdravotních úkonů uvedených ve vyhlášce č. 421/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., jíž se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami v rámci odbornosti 913 - všeobecná sestra v sociálních službách, účinná od 1. 1. 2017. Nová vyhláška 421/2016 Sb., zařazuje nové zdravotní výkony v jednotlivých oborech, ruší některé nepoužívané výkony, novelizuje stávající zdravotní výkony, odstraňuje technické nedostatky, přesunuje odbornost všeobecné sestry v sociálních službách do vyšší režijní skupiny atp. (srov. Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015; Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ©2015)

Odbornost 913 se přímo váže k výkonu povolání všeobecné sestry v sociálních službách. Všeobecná sestra podle této odbornosti poskytuje zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb a klientům umístěným na sociálních lůžkách zdravotnických zařízení. Zdravotní péče je klientům poskytována podle ordinace ošetřujícího lékaře náležitými výkony odbornosti 913. Všeobecná sestra je povinna provádět péči pouze na základě ordinace ošetřujícího lékaře, přičemž její rozsah a formu nesmí na základě vlastního uvážení změnit. V následujícím textu stále opíráme o vyhlášku č. 134/1998 Sb., v níž byly zařazeny jednotlivé výkony odbornosti 913 následovně:

- **Zavedení, ukončení zdravotní péče a administrace** - jde o posouzení celkového stavu nového klienta služby, jemuž všeobecná sestra vypracuje krátkodobý ošetřovatelský plán, jenž následně předá k posouzení ošetřujícímu lékaři. Lékař poté určí konkrétní kódy výkonů a jejich časový rozsah.
- **Ošetřovatelské intervence** - jedná se o čas, který všeobecná sestra věnuje indikovaným zdravotním úkonům. Časová dispozice jednoho výkonu je 10 min., přičemž výkon trvající nad 10 min. se vykazuje v násobcích a celkový čas všech provedených výkonů činí maximálně 3 hodiny za den na jednoho klienta.
- **Odběr biologického materiálu** - indikace k tomuto výkonu musí být jasně specifikována, přičemž celkový čas na odběr biologického materiálu činí 10 min.
- **Aplikace léčebné terapie** - přičítá se k výkonu ošetřovatelské intervence. Musí být opět jasně specifikována, celkový čas pro aplikaci činí 10 min.
- **Aplikace infuzní terapie** - je připočítávána k výkonu ošetřovatelské intervence. Ošetřující lékař musí infuzní terapii i její objem vždy přesně specifikovat. Celkový čas na kontrolu a aplikaci infuzní terapie činí 30 min.
- **Aplikace inhalační terapie** - přičítá se k ošetřovatelské intervenci. Čas pro zavedení i ukončení inhalační terapie činí 15 min. Všeobecnou zdravotní pojišťovnou je hrazena za předpokladu akutních potíží či akutního zhoršení chronických potíží.
- **Péče o ránu** - přičítá se k ošetřovatelské intervenci. Celkový čas pro péči o defekt je závislý na jeho velikosti a závažnosti. Čas pro péči o ránu se pohybuje v rozmezí 10 - 30 min.
- **Klyzma, zavedení a péče o permanentní katetry** - počítá se k výkonu ošetřovatelské intervence.
- **Zavádění nazogastrické sondy** - celkový čas výkonu je 5 min.
- **Vyšetření a ošetření přístrojovou technikou** - počítá se k ošetřovatelské intervenci. Výkon je indikován při prokazatelné potřebě na lůžku, pro potřeby orientačního vyšetření glukózy glukometrem apod. Čas pro provedení výkonu je 10 min.
- **Nácvik aplikace inzulínu** - činí 30 min, je počítán společně s výkonem ošetřovatelské intervence.
- **Ošetření stomie** - přičítá se k výkonu ošetřovatelské intervence. Čas výkonu je 10 min. (Holmerová, 2016)

Poskytovatelé pobytových sociálních služeb tak nejsou z výše vymezených důvodů souvisejících s vykazováním jednotlivých zdravotních úkonů připraveni na souvislý přechod klienta do jejich zařízení. Je tudíž nezbytné najít taková řešení, aby byli poskytovatelé zdravotních i sociálních služeb schopni reagovat na současné potřeby svých klientů a aby byl zabezpečen plynulý přechod systémem zdravotních a sociálních služeb. Dále je za potřebí nastavit sociální služby tak, aby byly svým klientům plně dostupné i kvalitní, přičemž jejich financování by mělo být pro jednotlivé poskytovatele i občany jasně stanoveno. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Jak již bylo řečeno k dalšímu řešení situace problematického umístování osob závislých na péči druhé osoby, je v současné době podporována péče v domácím prostředí klienta. Péče rodiny je také upřednostňována z důvodu vysokých finančních nároků nestátních i státních pobytových zařízení. Rodiny s nízkými příjmy tak raději volí cestu rodinné péče před nákladným uspokojením potřeb jejich nesoběstačných příslušníků formou trhu. Naopak lidé ze střední nebo vyšší třídy využívají služeb dostupných na současném trhu. Můžeme zde tedy hovořit o mechanismu, jenž podporuje současné sociální nerovnosti mezi lidmi. (Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR, 2013)

Avšak podmínky na rodinnou péči v naší republice jsou spíše nepříznivé. Ani práva rodinných pečovatelů nejsou neuspokojivá, neboť jim není věnována dostatečná pozornost. Pokud se tedy rodina rozhodne starat o závislého příbuzného, je v určitém rozsahu zasažena po stránce sociální, ekonomické a psychologické a překážky, se kterými si rodinní pečovatelé dennodenně setkávají, jsou považovány spíše za osobní problémy, než za mezery v systému dlouhodobé péče. (srov. Hubíková, 2012; Hošťálková, 2015)

V březnu 2014 vznikla Meziresortní pracovní skupina v gesci MPSV, jejímž cílem bylo vyřešit otázky financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, zabezpečit financování sociálních služeb u poskytovatelů zdravotních služeb, s cílem vyřešit dostupnost zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče ve zdravotnických institucích. (Důvodová zpráva, 2014)

Cílem bylo vytvořit návrh novely na změnu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a některé s ním související zákony. Podle novely zákona by mělo být poskytování zdravotních a sociálních služeb poskytováno souběžně s uchováním kvality poskytovaných služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb i ve zdravotnických zařízeních. Zdravotní i soci-



ální služby by se měly přizpůsobovat svým uživatelům a reagovat na jejich aktuální problémy. Výsledným cílem by mělo být zprostředkování lepšího průběhu zdravotně sociálním systémem bez ohledu na to, v jakém zařízení se klient právě nachází. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí jako důvod návrhu změny zákona o sociálních službách v tom, že je nezbytné zajištění zdravotně sociálních služeb v jednom konkrétním zařízení. Zároveň je podle MPSV žádoucí se vyhnout zbytečným a neustálým překladům těchto klientů z pobytových služeb do zdravotnických zařízení a naopak v závislosti na aktuální potřebě péče zdravotní či sociální. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

S touto problematikou souvisí i poskytování zdravotních služeb v zařízeních pobytových sociálních služeb, o kterém bylo již v této práci hovořeno. Poskytovatel tohoto zařízení vykonává zdravotní služby na základě tzv. odbornosti 913. Rozsah těchto zdravotních úkonů je však silně nedostačující. Důležité je proto navýšení rozsahu služeb o klienty potřebujících takovou péči, a také snížení administrativní činnosti související s vykazováním poskytnuté zdravotní péče jednotlivým uživatelům. Poskytovatel sociálních služeb však bude povinný přizpůsobit odpovídajícím požadavkům pracoviště, počet a kvalifikaci personálu. Podmínkou pro poskytování většího rozsahu hrazených zdravotních služeb přesahujících odbornost 913 je získání oprávnění k poskytování těchto služeb podle zákona o zdravotních službách. Pro získání tohoto oprávnění je nezbytné splnění podmínek na minimální technické vybavení zdravotnického zařízení a minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb. Aby mohla být tato péče hrazena zdravotní pojišťovnou, je poskytovatel nucen se zdravotní pojišťovnou uzavřít patřičnou smlouvu. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách má podle jednoho z návrhů na změnu tohoto zákona vzniknout nová sociální služba - ošetrovatelský domov, poskytovaná ve zdravotnickém zařízení. Důvodem pro návrh vzniku této služby je předpoklad, že by mělo zdravotnické zařízení oprávněné k poskytování následné lůžkové péče, poskytovat současně také pobytové sociální služby. Pro ošetrovatelské domy budou platit stejná pravidla jako u ostatních pobytových zařízeních sociálních služeb. Ošetrovatelské domovy zajistí svým klientům:

- stravu,
- ubytování,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- umožnění kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, zajišťování osobních záležitostí.

Při přijetí novely zákona o sociálních službách, v níž je hovořeno o vzniku ošetrovatelských domovů, budou jejich uživatelé hradit poskytovateli sociálních služeb stravu a ubytování za každý den strávený v tomto zařízení. Poskytovateli sociálních služeb bude náležet i příspěvek na péči uživatele sociální služby, z něhož budou hrazeny úkony spojené s poskytnutím stravy, ubytování, hygieny apod. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

V ošetrovatelských domech budou poskytovány sociální služby, zdravotní péče bude poskytována v širším měřítku přesahující odbornost 913. Pokud budou chtít zdravotnická zařízení tuto novou službu poskytovat, budou muset nabýt registrace sociální služby podle zákona o sociálních službách a budou muset splnit některé podmínky standardů kvality sociálních služeb. Poskyvatelé těchto služeb musí taktéž absolvovat výběrové řízení na poskytování home - care a následně uzavřít smlouvu s pojišťovnou o poskytování takové péče. Po splnění těchto podmínek budou následně zařazeni mezi poskytovatele sociálních služeb. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

S připravovanou změnou zákona o sociálních službách jsou spojeny i změny v jednotlivých zařízeních sociálních služeb. Některá zařízení sociálních služeb budou nahrazena jinými zařízeními, některá budou zrušena nebo přejmenována. Podle jednoho z návrhu novely zákona o sociálních službách, se mají také zrušit domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Obě tato zařízení by měla být sloučena do jednoho zařízení s názvem domovy sociální péče. V domovech sociální péče by měly být poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, osobám trpícím demencí, osobám s duševním onemocněním, osobám závislým na návykových látkách, jejichž zdravotní stav vyžaduje péči jiné fyzické osoby.

Domovy sociální péče by měly svým klientům zajišťovat:

- stravu,
- ubytování,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- dopomoc při hygieně,
- umožnění kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- psychosociální podporu při umírání. (Platné znění částí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s vyznačením navrhovaných změn, 2016)

Hlavním cílem návrhu na změnu zákona o sociálních službách je především souběžné poskytování kvalitních zdravotních i sociálních služeb a zajištění efektivní sociální práce s jejich uživateli. Návrh řešení se orientuje na celkové zlepšení návaznosti zdravotně sociálních služeb a na schopnost rychle reagovat na měnící se potřeby klientů. Přijetí tohoto návrhu novely zákona o sociálních službách by mohlo zajistit lepší propojení, sjednocení a celkovou návaznost zdravotně sociálních služeb, které by vystřídal doposud nevyřešenou situaci v diverzitě dlouhodobé péče o chronicky nemocné, zdravotně postižené či jiné klienty. Přijetí by znamenalo také změny ve financování a účelnému vynakládání prostředků ze zdravotních i sociálních zdrojů na zabezpečení paralelního poskytování zdravotních i sociálních služeb. Výsledkem by mělo být zajištění stejných podmínek. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

### 3.3 Rizika nepřijetí novely zákona

V minulé kapitole jsme se pokusili o nastínění pozitivních změn plynoucích z přijetí některé novely na změnu zákona o sociálních službách. Mohli bychom si tedy myslet, že novela zákona přinese pouze pozitivní změny v oblasti zdravotní a sociální péče. Avšak tato novela s sebou přináší i určité nedostatky. Za tímto účelem proběhl 5. 12. 2016 seminář pořádaný poslankyní Janou Hnykovou (Úsvit) a Hanou Alickou Jírovcovou (KSČM). Semináře se zúčastnili mimo jiné i zástupci Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR či předseda Výboru pro sociální politiku Jaroslav Zavadil.

Navrhovatelé novely zákona o sociálních službách nejsou mnohdy schopni posoudit negativní dopady novely zákona pro praxi, tudíž bylo účelem semináře na tyto dopady včas upozornit. Např. zástupce za Národní radu osob se zdravotním postižením Václav Klásek se domnívá, že novela zákona bude pro poskytovatele zdravotních i sociálních služeb znamenat v praxi mnohem větší administrativní zátěž, avšak na druhou stranu hodnotí pozitivně návrh na pozastavení příspěvku na péči až po uplynutí doby dvou měsíců. V dalších výstupech zazněly také připomínky ke složitosti vyplácení důchodů osobám omezeným ve svéprávnosti či upozornění na nemožnost podceňování zdravotnického personálu v pobytových zařízeních sociálních služeb atp. Výše zmíněné připomínky však podle zástupce MPSV Davida Pospíšila pramení pouze z nepochopení a většina těchto připomínek bude vyřešena prováděcím předpisem k novele zákona. Navrhovaná novela zákona se podle jeho slov utvářela po dobu šesti let za pomoci 600 odborníků, měla by být tak spíše přínosem a neměla by být zátěží pro poskytovatele ani pro uživatele sociálních a zdravotních služeb. (Holčáková, 2016)

V této kapitole bychom rádi shrnuli i možná rizika, která by vyplynula z nepřijetí některého návrhu novely zákona o sociálních službách. Některá rizika se však v zařízeních sociálních i zdravotních služeb již objevují, proto je nezbytné, je co nejdříve odstranit. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Uspokojování potřeb klientů je hlavní prioritou všech zařízení zdravotních i sociálních služeb. V pobytových zařízeních sociálních služeb je hlavní prioritou saturace potřeb sociálních. Pokud se u klienta objeví vážnější zdravotní problémy přesahující odbornost 913, je klient automaticky hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Tyto hospitalizace jsou však často opakované, neboť zdravotní stav se zvláště u starší populace neustále mění. Při hospitalizaci v nemocnici jsou tak zajištěny klientovy zdravotní potřeby, avšak na ty sociální zde

není brán až takový zřetel. Stejně je to i v opačném případě. Proto by mohlo nepřijetí návrhu novely znamenat pro současné i budoucí klienty nedostatečnou saturaci jejich zdravotních potřeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociálních potřeb při hospitalizaci v nemocnici. S tím souvisí i riziko zbytečných a opakovaných překladů klientů do zařízení zdravotních či sociálních služeb. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Další riziko se pojí s přetrváním nejasností v oblasti financování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb. Při nepřijetí navrhovaných změn bychom se stále setkávali s nedostatkem finančních prostředků na odměňování zdravotnických pracovníků a s tím souvisejícího problému s přijímáním nové pracovní síly. Stejně tak by se jednalo i o problémy v oblasti dalšího vzdělávání těchto pracovníků. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Pokud by stále přetrvávalo omezení v poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb, znamenalo by to stále zatížení zdravotnických zařízení a s ním spojený tlak na navýšení počtu lůžek v oblasti dlouhodobé péče. Poskytovatelé zdravotních služeb se tak budou nadále setkávat s problémy získání registrace pro pobytové sociální služby a nebudou podníceni k otevírání sociálních lůžek. Poskytovatelé by nadále řešili zdravotně sociální hospitalizace formou plných úhrad od zdravotních pojišťoven, jež jsou velkou zátěží pro veřejné zdravotní pojištění. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Neposlední riziko spatřujeme v domácí péči některých pacientů. Tyto osoby jsou doposud nuceni zůstat v nedostačujících podmínkách domácího ošetřování, což přináší značné zatížení pro rodinu nemocného. Celá tato situace má dopad na kvalitu života všech členů dané domácnosti. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Někteří pacienti propuštění z nemocnice do domácího prostředí vyžadují pomoc další fyzické osoby, a to převážně s péčí o vlastní osobu. Jak již bylo řečeno, v současnosti se již setkáváme s tím, že i agentury domácí péče vedou pořádku na přijímání nových klientů, tudíž se tito pacienti mohou dostat na řadu až za několik desítek týdnů. Tito klienti však potřebují zajistit péči ihned a v co možná nejkratší době. S tím se pojí riziko vzniku komplikací u těchto klientů, v jejímž důsledku může dojít také k úmrtí. Přitom by se však této situaci dalo předejít zajištěním péče přes zmíněné agentury domácí péče či terénní sociální služby. Z tohoto příkladu tedy ústí další riziko z nepřijetí navrhované úpravy. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Z následujícího textu tedy můžeme usoudit na nesnadnou a zatím stále nevyřešenou situaci v oblasti návaznosti zdravotních a sociálních služeb a s ním spojená rizika. Nejen z realizovaných rozhovorů s jednotlivými sociálními pracovníky zdravotnických zařízení můžeme poukázat i na současnou nepříznivou situaci probíhající přímo v samotné praxi. Všichni sociální pracovníci upozorňovali na nedostatek míst v pobytových zařízeních, stejně tak i na plné vytížení terénních sociálních služeb s následkem nepřijímání nových klientů. Současné tendence směřující ke změně zákona o sociálních službách jsou proto žádoucí a zvláště lidé pracující v sociálních a zdravotních službách jsou za ně velmi vděční. Právě oni se totiž nejčastěji setkávají s problémy při zajišťování potřebné péče pro své klienty.

Mnozí z nás si tuto problematiku totiž neuvědomuje. Sice je o tomto tématu neustále hovořeno, avšak většina z nás nad touto skutečností raději mávne rukou, než aby se nad ní alespoň na chvíli pozastavila. Takoví lidé si závažnost situace v oblasti návaznosti zdravotních a sociálních služeb uvědomí většinou až v té době, ve které se jejich blízký či dokonce on sám, ocitne v neřešitelné situaci vyžadující souběžné poskytnutí zdravotních a sociálních služeb. Potom teprve začne přemýšlet o tom, proč je v naší republice nedořešená oblast provázanosti, nebo v našem případě spíš neprovázanosti těchto forem péče. A to je také možná onen kámen úrazu toho všeho. Proč o takových věcech rozhodují lidé na vyšších postech, kteří očividně nemají žádnou představu o složitosti procesu v zajišťování zdravotních a sociálních služeb? Setkáváme se spíš s tvrzeními, že této problematice rozumí, avšak realita je jiná. Možná je na čase dát slovo právě sociálním pracovníkům a dalším odborníkům pracujících ve zdravotní a sociální sféře. Právě oni jsou nejbliž svým klientům a nejlíp rozumí jejich aktuálním potřebám. Jsou to právě sociální pracovníci, kteří se snaží zajistit svým klientům potřebnou péči, proto také nejlíp vědí, že je to v této době spíše nemožné. Možná by stačilo je vyslechnout a pokusit se o realizaci jejich přání souvisejících s navýšením počtu lůžek v pobytových zařízeních a ve výstavbě nových institucí zajišťujících zdravotně sociální služby. Oni vědí nejlépe, které služby je za potřebí rozšířit a jaké kroky učinit k tomu, abychom se z tohoto koloběhu konečně dostali. Jediné co lze však v této situaci prozatím dělat, je přát si alespoň to, aby se uskutečnilo přijetí některého z návrhů novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, aby se v této sféře začalo konečně něco pozitivního dít. Proto věříme, že pakliže by byla přijata novela zákona o sociálních službách, přinesla by v této oblasti nějaké to pozitivní zlepšení.

## II. . PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci ve zdravotnictví své postavení v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče. Pozornost je zaměřena na odlišnosti v jejich kompetencích a pracovních činnostech ve zdravotnických zařízeních i na důležitost jejich postavení v rámci již zmíněné návaznosti zdravotní a sociální péče. Práce se také zabývá postavením sociálních pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu zařízení, spoluprací v rámci týmu zařízení i spoluprací s ostatními institucemi či zařízeními a jejich sociálními pracovníky.

Výzkumný problém se vztahuje přímo k problematice návaznosti zdravotní a sociální péče i k profesi sociálního pracovníka a s ní souvisejícími kompetencemi sociálních pracovníků ve zdravotně sociální oblasti. Stanovili jsme ho tedy následovně: Jaká je návaznost zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví?

### 4.1 Hlavní a dílčí výzkumné otázky

#### 1. Jaké je postavení sociálních pracovníků ve zdravotnictví v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče?

- a) *Jak sociální pracovníci ve zdravotnictví vnímají potřebnost své profese?*
- b) *Jaké je postavení sociálních pracovníků ve zdravotnickém týmu, jaká je jejich spolupráce se zdravotnickým personálem?*
- c) *Je role sociálního pracovníka ve zdravotnictví dostatečně naplňována v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče?*
- d) *Jak probíhá spolupráce (tzv. návaznost) sociálních pracovníků ve zdravotnictví s pracovníky spolupracujících institucí, organizací a jejich pracovníky?*



## 4.2 Pojetí výzkumu

Pro diplomovou práci byl zvolen kvalitativní způsob šetření, díky němuž lze získat podrobnějších data k vybranému tématu skrze osobní kontakt se samotnými sociálními pracovníky ve zdravotnictví.

Výzkum bude proveden za pomoci metody zakotvené teorie, realizován bude pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky ve zdravotnictví. Polostrukturovaný typ rozhovorů byl zvolen podle povahy výzkumných cílů.

## 5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Prvním záměrem při promýšlení výzkumu bylo zvolení záměrného výzkumného vzorku. Záměrný vzorek jsme však nakonec zvolit nemohli, neboť se nám i přes veškerou snahu a oslovení sociálních pracovníků léčeben dlouhodobě nemocných, hospiců i rehabilitačních ústavů, podařilo realizovat rozhovory pouze se sociálními pracovníky či zdravotně sociálními pracovníky v nemocnicích a psychiatrických léčebnách. Z tohoto důvodu byl poté zvolen dostupný vzorek účastníků rozhovoru s následujícími kritérii: vzdělání v sociální či zdravotně sociální oblasti, výkon povolání sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních, práce v oboru sociálního pracovníka s délkou praxe minimálně dva roky.

Při stanovení kritéria délky praxe na dva roky jsme vycházeli ze zákona č. 262/2006 Sb., Zákoníku práce, v němž je podle § 229 za absolventa považován pracovník, jehož celková doba praxe po ukončení studia nedosáhla doby dvou let. Po dvou letech odborné praxe je již zaměstnanec považován za plnohodnotného pracovníka a z těchto faktů jsme také při určování délky praxe vycházeli.

Výběrový soubor tvoří osm sociálních pracovníků ve zdravotnictví. V následující tabulce jsou uvedeny nejdůležitější charakteristiky jednotlivých sociálních pracovníků, u nichž bylo realizováno výzkumné šetření. Jelikož celý výzkum probíhal pod přísnou anonymitou, nebudou tito pracovníci v tabulce konkrétněji specifikováni. Do tabulky jsme tedy zahrnuli jen základní charakteristiky potřebné pro výzkumné šetření. Sociální pracovníci jsou v tabulce značeni pod písmenem R s příslušným pořadovým číslem sloužícím k upřesnění a jejich rozlišení.

Tab. 1- sociální pracovníci

<i>Označení</i>	<i>Profese</i>	<i>Délka praxe</i>	<i>Vzdělání</i>
<b>R1</b>	Vedoucí sociálního oddělení	29 let	Gymnázium Vyšší odborná škola sociálně - právní Vysokoškolské vzdělání, obor Sociální pedagogika - Sociální práce
<b>R2</b>	Sociální pracovníce - Zástupkyně sociálního oddělení	28 let	Gymnázium Vyšší odborná škola sociálně - právní Vysokoškolské vzdělání, obor Pedagogika – Sociální práce
<b>R2</b>	Zdravotně sociální pracovník	25 let	Střední odborná škola sociálně – právní Specializační studium – Národní centrum ošetřovatelství
<b>R4</b>	Zdravotně sociální pracovník	3 roky	Vysokoškolské vzdělání, obor Pedagogika – Sociální práce
<b>R5</b>	Zdravotně sociální pracovník	33 let	Gymnázium Střední odborná škola sociálně – právní Institut pro další vzdělávání – obor Sociální práce ve zdravotnictví
<b>R6</b>	Zdravotně sociální pracovník	3,5 roku	Vysokoškolské vzdělání, obor Sociální práce
<b>R7</b>	Zdravotně sociální pracovník	27 let	Střední zdravotnická škola, obor dětská sestra, studium na dalším vzdělávání pro SZP v Brně, Vysokoškolské studium, obor Sociální pedagogika

<b>R8</b>	Zdra- votně sociální pracov- ník	5 let	Střední odborná škola sociálně – právní Vysokoškolské studium, obor Sociální pedagogika - Sociální práce
-----------	--	-------	--

*Zdroj: vlastní zpracování 1*

## 6 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ

Ke sběru dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s předem připravenými otázkami, které však byly podle potřeby prokládány otázkami doplňujícími. Za pomoci rozhovorů bylo dotazováno zmíněných osm sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

### 6.1 Metoda zpracování dat

Sběr dat probíhal v únoru a březnu roku 2017 s osmi sociálními pracovníky ve zdravotnictví za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly na samotných pracovištích zmíněných sociálních pracovníků. Při rozhovorech působili všichni sociální pracovníci uvolněně a klidně.

Otázky v rozhovorech byly předem připravené, jejich pořadí se však měnilo. Otázky byly doplňovány i otázkami sloužícími k upřesnění některých informací. Jako formu otázek jsme zvolili otázky otevřené. Výhoda těchto otázek spočívá v neomezené výpovědi účastníka rozhovoru a získání tak podrobnějších informací k danému tématu, než je tomu při otázkách uzavřených.

Ke sběru dat byl použit diktafon v mobilním telefonu. Před samotným zahájením rozhovoru byli všichni účastníci ujištěni o anonymitě jejich osoby a anonymním zpracováním získaných dat. Byla jim také položena otázka, zda souhlasí s nahráváním celého průběhu rozhovoru.

Kvůli dodržení anonymity nejsou v práci uvedeny žádné údaje o konkrétních pracovištích účastníků rozhovoru ani bližší specifikace jejich osoby. Účastníci výzkumného šetření jsou v diplomové práci specifikováni pouze označením typu: R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub> atp., pro jejich snadnější rozlišení.

Uskutečněné rozhovory byly později doslovně přepsány a vyhodnoceny pomocí metody zakotvené teorie a dále vyhodnocovány pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

## 6.2 Komentář k otázkám v rozhovoru

Rozhovory probíhaly přirozeně, jednotlivé otázky se vzájemně prolínaly a měnily své pořadí podle subjektivních výpovědí účastníků.

Jednotlivé otázky v rozhovoru jsme rozdělili na otázky splňující námi zvolené kritéria, otázky klíčové a vedlejší.

- **Otázky splňující kritéria**

Tato kategorie otázek slouží ke zjištění, zda jednotliví pracovníci splňují námi vytvořené podmínky jednotlivých kritérií. Otázky se zaměřovaly na vzdělání, výkon profese sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení a práci v oboru sociálního pracovníka s minimální délkou praxe stanovenou na 2 roky.

Mezi tyto otázky jsme zařadili:

1. Jaká je vaše délka praxe sociálního pracovníka?
2. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovník v (konkrétním zařízení)?
3. Jaké je vaše vzdělání??

- **Otázky klíčové**

Zvolené klíčové otázky mají souvislost s dílčími výzkumnými otázkami. Otázky se zabývají postavením sociálních pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu konkrétního zdravotnického zařízení, dále pak probíhající spoluprací s ostatními zařízeními a samotnou úlohou sociálního pracovníka v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče.

**A) Dílčí výzkumná otázka:** *Jak sociální pracovníci ve zdravotnictví vnímají potřebnost své profese?*

K první dílčí výzkumné otázce se vztahují otázky v rozhovoru:

1. Je podle vás sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení nezbytný a z jakého důvodu?
2. Jaké činnosti zahrnuje vaše pracovní pozice?

**B) Dílčí výzkumná otázka:** *Jaké je postavení sociálních pracovníků ve zdravotnickém týmu, jaká je jejich spolupráce se zdravotnickým personálem?*

K druhé dílčí výzkumné otázce se vztahují následující otázky v rozhovoru:

1. Jak byste charakterizoval vaše postavení mezi ostatními členy týmu v zařízení?
2. Jak vaše postavení v týmu vnímají ostatní kolegové?
3. Myslíte si, že v rámci multidisciplinárním týmu máte nepostradatelnou úlohu a z jakého důvodu?

**C) Dílčí výzkumná otázka:** *Je role sociálního pracovníka ve zdravotnictví dostatečně naplňována v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče?*

Ke třetí dílčí výzkumné otázce se vztahují otázky:

1. Co si myslíte o současné situaci v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče v České republice?
2. Jaké je Vaše postavení v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče? Jakou úlohu zde sehráváte?
3. Jakým způsobem zde funguje a probíhá tzv. návaznost zdravotní a sociální péče? Případně tato návaznost nefunguje?

**D) Dílčí výzkumná otázka:** *Jak probíhá spolupráce (tzv. návaznost) sociálních pracovníků ve zdravotnictví s pracovníky spolupracujících institucí, organizacemi a jejich pracovníky?*

Ke čtvrté dílčí výzkumné otázce se vztahují otázky:

1. Jak probíhá spolupráce s ostatními zařízeními, se kterými nejčastěji spolupracujete?
2. jaké zařízení se konkrétně jedná?

- **Otázky vedlejší**

Mezi vedlejší otázky jsme zahrnuli otázky týkající se kompetencí sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení či otázky týkající se nezbytnosti stanovení určitého počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka.

2

---

<sup>2</sup> Otázky, které byly v rozhovoru použity, jsou součástí příloh



## 7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Pro výzkumné šetření byla využita metoda zakotvené teorie. Pro zvolenou analytickou metodu jsme se rozhodli, protože pro výběr tohoto typu metody je podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 96) vhodná taková výzkumná otázka, která je zaměřena na zjištění určitého procesu. V našem případě je naše hlavní výzkumná otázka zaměřena na zjištění postavení sociálních pracovníků ve zdravotnictví v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče. Cílem celého výzkumu je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci své postavení v již zmíněné návaznosti zdravotní a sociální péče. Další cíl je zaměřen na vnímání potřeby jejich profese i na míru naplňování jejich úlohy sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Práce se také zabývá odlišnostmi v pracovní náplni sociálních pracovníků a jejich kompetencích. Posledním cílem práce je zjištění průběhu procesu spolupráce sociálního pracovníka ve zdravotnictví s ostatními institucemi a zařízeními.

Ve výzkumu byly využity všechny techniky kódování, tedy technika kódování otevřeného, axiálního i selektivního. Pro všechny typy kódování jsme se rozhodli proto, abychom mohli provést analýzu zjištěných výsledků a jejich následnou sumarizaci.

Podstatou otevřeného typu kódování je pojmenování a klasifikace údajů podle podrobného studia pojmů. Součástí je důkladná analýza jednotlivých částí. Pozorováním jsou zjištěny rozdíly a podobnosti jednotlivých jevů. Podobné údaje jsou poté seskupeny do jednotlivých kategorií (Kutnohorská, 2009, s. 66 - 67).

Po realizaci rozhovorů proběhla jejich doslovná transkripce do textové podoby. Poté jsme si získaná data pro lepší orientaci v textu několikrát důkladně přečetli. Dále jsme se již začali věnovat samotnému otevřenému kódování za pomoci metody kódování v ruce. Dalším krokem bylo vytvoření kategorií, do nichž jsme seskupili jednotlivé kódy na základě jejich podobnosti a souvislosti. Dále jsme analyzovali jednotlivé rozhovory na základě vytvořených kategorií a vše si důkladně zapisovali. Z uvedených výsledků otevřeného kódování jsme pro lepší orientaci ve výsledcích vytvořili dvě schémata a tabulku. Poté jsme pokračovali axiálním a selektivním kódováním, z jejichž výsledků jsme vytvořili další schémata se závěrečnými výsledky. Na závěr jsme shrnuli výsledky celého výzkumu, odpověděli jsme si na námi stanovenou hlavní výzkumnou otázku a také na dílčí výzkumné otázky. Na závěr výzkumu jsme uvedli i doporučení pro praxi. (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 2011)

## 7.1 Vyhodnocení rozhovorů

Pro vyhodnocení rozhovorů jsme zvolili osm kategorií, které jsou níže podrobněji popsány. Pro lepší přehlednost jsou jednotlivé kategorie shrnuty v tabulce. Kategorie budou později vyhodnoceny a doplněny o grafické znázornění s komentářem.

Tab. 2 – kategorie

	<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>
1.	<b>Má náplň práce</b>	Činnosti, kompetence, charakteristika profese
2.	<b>Multidisciplinární tým</b>	Postavení (pozice), spolupráce, vnímají kolegů
3.	<b>Jsem nepostradatelná?</b>	Nezbytnost, potřebnost, nepostradatelnost profese
4.	<b>Je nás dost?</b>	Počet sociálních pracovníků, více sociálních pracovníků, jednotlivá oddělení
5.	<b>Co si o tom myslím?</b>	Názor sociálních pracovníků
6.	<b>Funguje naše spolupráce?</b>	Průběh spolupráce v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče, funkčnost či nefunkčnost
7.	<b>Úloha</b>	Úloha sociálního pracovníka v návaznosti zdravotní a sociální péče
8.	<b>Zařízení</b>	Spolupracující organizace, instituce apod.

Zdroj: vlastní zpracování 2

### 7.1.1 Kategorie „Má náplň práce“

Náplň práce, kompetence sociálních pracovníků či zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních jsou většinou odlišné, o čemž se zkusíme přesvědčit z následujících výpovědích.

- **R<sub>1</sub>**: *„Tak jsme neoddělitelnou součástí té komplexní ošetrovatelské péče, vlastně takovou nadstavbou pro pacienty, že jim zajišťujeme po ukončení hospitalizace tu následnou péči.“*

Vedoucí sociálních pracovníc (**R<sub>1</sub>**) poskytuje pacientům poradenství ve všech životních i sociálních událostech, které nejsou schopni řešit z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Sociální pracovníci jejich zařízení jsou tak schopni klientům či jejich rodinám poradit od problematiky prenatálního období až po smrt jedince a s tím související zajištění pohřbu.

- **R<sub>2</sub>**: *„Ano, ano“.*

Zástupkyně sociálních pracovníc s výpovědí vedoucí sociálních pracovníků souhlasila, po celou dobu přikyvovala.

- Výpověď **R<sub>3</sub>** se s předchozími výpověďmi shodovala v zajištění následné péče po propuštění klienta ze zdravotnického zařízení. Sociální pracovnice má v náplni práce i přebírání důchodů na poště a jejich následné předání klientům. Mezi její klienty patří i svobodné či romské matky: *„... mým úkolem je jakýsi záchyt tady těchto a hlášení na úřad, městský úřad sociální, na OSPOD jako, aby měli nějakou informaci o tom, že ty matky nám utíkají. Ale jako bez nějakého dalšího dopadu pro ně nebo něco takového no.“*
- **R<sub>4</sub>**: *„Děláme všechno od ohlášení miminek na OSPOD, sociální pohřby, seniory, píšeme žádosti do domova, máme na to zdravotně sociální středisko, hlásíme na úřady délky hospitalizace a spolupracujeme celkově s úřadem...bezdomovci.“*
- **R<sub>5</sub>**: *„Takže lidem poradit, probírat s něma situaci, případně jim pomoci s nějakým vyplněním papírů, když si neví, tiskopisů nebo něčeho. Takových třeba žádostí o příspěvek na péči nebo s podáním žádosti do domova, jo, ...“*

Sociální pracovnice poskytuje ve zdravotnickém zařízení poradenství, pomoc při vyplňování žádostí a zajišťuje sociální pohřby ve spolupráci s městským úřadem dle místa bydliště zemřelého.

- **R<sub>6</sub>:** „V podstatě naše práce je více méně zařizovat pro naše pacienty adekvátní propuštění. V podstatě naši největší největší takové zastoupení časově zabere právě komunikace s rodinami a jinými institucemi ohledně propuštění našich pacientů. To je gró naší práce.“
- **R<sub>7</sub>:** „Poskytování odborných rad a pomoci v oblasti nemocenského pojištění, sociálního zabezpečení, pracovních právních norem. Také zabezpečení kontaktu s rodinou nemocného, vyřizování osobních záležitostí klientů, zajišťování následné péče podle propuštění a napomáhání při té reintegraci nemocného do společenského prostředí.“

Sociální pracovnice zajišťuje osobní, rodinné, pracovní, zdravotní, bytové záležitosti klientů a jejich rodin. Jako jediná uvedla, že je její náplní práce i provádění analýz, stanovování sociálních diagnóz a prognóz a vypracovávání plánů sociální terapie. Součástí její náplně práce je i vedení dokumentace a vyřizování korespondence sociálního charakteru. Mimo jiné je její součástí práce kontakt se zdravotnickými pracovníky, rodinou, úřady a společenskými organizacemi.

- **R<sub>8</sub>:** „No tak jsem tady já ta, která zajišťuje nějakým způsobem tu sociální stránku těch klientů... No a jinak teda se snažím zajišťovat tu následnou péči po propuštění, jedním s těmi zařízeními, rodinou, pomáhám s vyplňováním žádostí, mám na starosti důchody. Nebo taky jedním s magistrátem, někdy s OSPOD, jak kdy.“

Sociální pracovnice hovořila ve své výpovědi i o problematice v oblasti jejich kompetencí. Podle ní by měl mít sociální pracovník ve své kompetenci právo určit, kterého klienta do určitého zařízení přijmout, a to v návaznosti na jeho aktuální stav, nikoliv v návaznosti na jeho finanční prostředky.

Výpovědi sociálních pracovnic byly téměř shodné v zajišťování následné péče pro své klienty. Pouze dvě z dotazovaných sociálních pracovnic nevedly ve své výpovědi zajišťování následné péče svých klientů. Ve výpovědích hovořily o vyplňování žádostí, zajišťování sociálních pohrbů, spolupráci s OSPOD, spolupráci s úřady apod. Z těchto výpovědí však můžeme usoudit, že v jejich náplni práce je taktéž zajišťování následné péče klientům po propuštění z jejich zařízení.

### 7.1.2 Kategorie „Multidisciplinární tým“

Kategorie s názvem multidisciplinární tým se zabývá postavením (pozicí) sociálního pracovníka ve zdravotnictví, spoluprací s multidisciplinárním týmem a vnímáním kolegů jejich profese sociálního pracovníka.

- **R<sub>1</sub>:** „...za tu dobu, co tady jsem já na té pozici vedoucí, tak už jsme ten trend tak nastavili a tu spolupraci, že se o nás ví a ty oddělení už vědí, že se mají na nás obracet, že jsme součástí jejich týmu. A že pracujeme pro ně. Jo, že jsme pro ně nepostradatelnou součástí.“

Vedoucí sociálních pracovníků je přesvědčená o tom, že jsou v jejich zařízení sociální pracovníci nepostradatelnou součástí multidisciplinárního týmu.

- **R<sub>2</sub>:** „No já určitě si myslím, že máme zastoupení, ale zase je to individuální, kdo je tam primářem, kdo je ošetřující lékař. Samozřejmě někdy jsou více vstřícní k našim požadavkům, co máme v souvislosti s řešením případů pacienta, jindy zase tolik sluchu, pro tu sociální problematiku nemají. Takže je to individuální, ale myslím si, určitě jako, že svoje slovo máme.“

Sociální pracovníce se ve své odpovědi zmínila i o problému v případě mladých lékařů neboli mediků, kteří o sociální problematice mnoho nevědí, a zde podle ní nastává problém.

- **R<sub>3</sub>:** „Bere jak kdo (smích). Jak který lékař. Bych řeka, tak spíš bych řekla, než oddělení. Ale jo, určitě bych řekla...“ Na další otázku týkající se vnímavosti lékařů na sociální problematiku a s ní související propuštění klienta, uvedla: „To my se domlouváme.“
- **R<sub>4</sub>:** „Myslím si, že jo, že ano, protože kdykoliv mají jakýkoliv malinký problém, tak volají.“
- **R<sub>5</sub>:** „Nemám pocit, že bych někomu překážela nebo někdo překážel mně, jako ona každá práce má svoje a ta spolupráce je určitě důležitá jak s tím středním personálem zdravotnickým, tak i samozřejmě s lékaři.“ Sociální pracovníci byla položena i otázka, zda ji kolegové berou, jako důležitý členek týmu, na niž odpověděla: „Tak bych to jako řekla, no.“

- **R<sub>6</sub>:** *„Máme schůzky s panem primářem každý den, kde jsou probírány takové zavážené věci ohledně jak přijetí a pak třeba když je na snadě nějaký sociální problém...co se týče opravdu takové té multi multidisciplinární spolupráce, je namísto ten sociální pracovník, aby tady byl.“*

Na otázku, zda ji vnímají kolegové jako důležitou součást týmu, uvedla, že záleží na zdravotnickém a ošetrovatelském týmu, jak vnímají starého člověka a sociální problematiku.

- **R<sub>7</sub>:** *„Tak já si myslím že, rovnocenné a nepostradatelné v tom týmu zdravotnických pracovníků.“* Na otázku, zda má v týmu nepostradatelnou úlohu, uvedla: *„Ano. Vzhledem ke stále vzrůstající sociální problematice klientů, kteří se chodí k nám....“* K otázce, jak ji vnímají kolegové, dodala: *„Tak já si myslím, že rovnocenné postavení v multidisciplinárním týmu máme. Spolupráce funguje na všech úrovních, jak s lékaři, tak i se SZP. Jinak by taky nebylo možné zajistit potřebnou péči o klienta.“*

**R<sub>8</sub>:** *„Jsem tu jenom já, jo? Takže si myslím, že tady tu určitou pozici mám. Na úrovni kolegů asi tak vyvážené, ale záleží taky na daném lékaři jeho citění na tu sociální problematiku. Jsem tu jen já jako takový ten odborník na to, takže ostatní se mnou nějakým způsobem musí spolupracovat, jo? Ale jak už jsem řekla, všichni ti lékaři nejsou ochotní řešit tu sociální stránku klientů, snaží se tomu vyhnout a pak nespolupracují ani se mnou, jo?“*

Z uvedených odpovědí můžeme konstatovat, že určitá spolupráce ve zdravotnickém týmu funguje, avšak hodně záleží na sociálním citění lékařů i ostatních členů multidisciplinárního týmu. V dnešní době se již profese sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních osvědčila a zdravotnický tým si s ním navykl spolupracovat.

### 7.1.3 Kategorie „Jsem nepostradatelná?“

V této oblasti jsme se sociálních pracovníků ve zdravotnictví ptali na jejich názor nepostradatelnosti či nezbytnosti jejich profese v daném zdravotnickém zařízení.

- **R<sub>1</sub>:** *„Určitě nezbytný je, protože my jsme ti, kteří klientům dokážeme nějakým způsobem pomoci se zajištěním té další, následné péče po propuštění. Poskytujeme rodinám poradenství, prostě děláme něco víc, než jen zdravotnický personál, který se v této oblasti moc neorientuje, jo?“*

- **R<sub>2</sub>:** *„Přesně tak. My jsme ti, na koho se lidé nebo ti lékaři obrací, když potřebují nějak zjistit o daném klientovi něco nebo když si neví rady, co s ním. Takže jak řekla kolegyně.“*
- **R<sub>3</sub>:** *„Tak určitě je to v návaznosti na tu péči...“*
- **R<sub>4</sub>:** *„Je nezbytný. Protože podává ucelené informace vlastně i příbuzným, co dál s péčí. Pomáhá vlastně těm lidem, kteří jsou bez domova něco najít, nebo lidem, kteří se teďka, jsou v nějaké té tíživé sociální situaci.“*
- **R<sub>5</sub>:** *„No já bych řekla, že určitě, protože zdravotní personál ten se zabývá především tou zdravotní stránkou toho člověka, ale ten člověk obzvlášť, když je starší nebo už není soběstačný, potřebuje poradit i po té linii sociální, a to si myslím, že ten zdravotnický personál, prostě tady v tomto se neorientuje jo?“*
- **R<sub>6</sub>:** *„... ta naše práce sociálního pracovníka si myslím, že je opravdu hodně důležitá, protože doktoři ani sestry si neumí představit, že by tuto práci mohli zvládnout, jak časově, tak i po tý stránce odborné, jako že je to opravdu jiná jiná práce než nahoře ta lékařská, ta zdravotní.“*

Jako důvod nezbytnosti uvedla i rostoucí počet stárnoucího obyvatelstva a s tím vzrůstající sociální problémy.

- **R<sub>7</sub>:** *„Je určitě nezbytný, protože se zdravotní a sociální problematika úzce prolíná, zvláště u těch osob nemocných a s chronickým duševním onemocněním. Nelze je od sebe oddělovat.“*
- **R<sub>8</sub>:** *„Ano to mám, pořád nám přibývají problémy v té sociální oblasti. Rok od roku to roste. A jen já se zabývám tou sociální problematikou, kdežto ostatní personál jen tou zdravotní. V tom to taky je, jo? Takže určitě tu nepostradatelnou úlohu jakousi mám.“*

Každý sociální pracovník chápe svou nepostradatelnost v konkrétním zdravotnickém zařízení malinko odlišně, avšak ve všech odpovědích byla zaznamenána shoda v nezbytnosti jejich profese.

### 1.1.3 Kategorie „Je nás dost?“

Ve zdravotnických zařízeních se počty sociálních pracovníků velmi liší. V některých institucích jsou počty pracovníků přijatelné, v jiných nikoliv. Můžeme se setkat i se případem, v němž v zařízení sociální pracovníci chybí, a jejich práce je vykonávána zástupně např. staniční sestrou. Proto jsme v této kategorii zjišťovali počty sociálních pracovníků v daných zařízeních a jejich názory na potřebnost jejich navýšení. Otázky se zaměřovaly také na oddělení, na nichž sociální pracovníci fungují.

- **R<sub>1</sub>:** Vedoucí sociálních pracovníc udává, že u nich v zařízení fungují sociální pracovníci pro všechna oddělení: *„Ano pro všechny... Takže máme to rozdělené a každá si dochází na ty své kliniky, ta pracovnice.“*

V zařízení je celkem sedm sociálních pracovníků. V městských nemocnicích by mělo být podle ní stanoven vyšší počet, neboť jedna sociální pracovnice nemůže stíhat zabezpečit všechny klienty s problémovou sociální situací. Její práce pak spočívá pouze v rozdáni kontaktů či letáčků a zajištění péče je již pouze v režii rodiny.

- Zástupkyně sociálních pracovníc (**R<sub>2</sub>**) reagovala na odpověď své kolegyně příkyvováním, tedy souhlasem a nic víc k tématu nedodala.
- **R<sub>3</sub>:** *„No já nevím. Jako ten sociální pracovník by svým způsobem mohl i plnit funkci takového nějakého ergoterapeuta. Že bych si uměla představit, že bychom ty lidi nějakým způsobem zabavili tak, aby to nebylo jenom takové to prosté ležení tady.“*
- **R<sub>4</sub>:** *„Já si myslím, že tak jak to je, protože jeden klient se musí řešit víc, jeden méně, jeden stačí nahlásit někam, další se řeší žádostí někde někde na ubytování, takže asi stejně.“*

Podle ní stav dvou sociálních pracovníků v jejich zařízení stačí a vyšší počet je tudíž zbytečný. Jako jediná tak odpověděla na tuto otázku kladným hodnocením. Z odpovědi lze usoudit, že v zařízení funguje spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu výborně a probíhá zde vzájemná spolupráce, jinak by dvě sociální pracovnice na celé zdravotnické zařízení kapacitou podobnému ostatním zařízením, v nichž byl výzkum realizován, nebyl schopny stíhat veškerou práci.

- **R<sub>5</sub>:** *„Teda já si myslím, že určitě by to nebylo špatné, protože bysme mohli více se těm lidem věnovat, více času u nich trávit, protože takle to jako na to, aby to člověk dělal opravdu poctivě od A do Z, tak to nejde. Jo to nestíháte absolutně.“*



V zařízení, ve kterém pracuje, jsou dva zdravotně sociální pracovníci a v současné době i jedna administrativní pracovnice pro porodnické oddělení.

- **R<sub>6</sub>:** *„My fungujeme pro celou nemocnici a tady na LDNce s kolegyní máme rozdělené jednotlivé stanice, tak já mám šesté, sedmé oddělení a kolegyně má další dvě.“*

Zdali by mělo být v zařízení více pracovníků, dodala: *„Tak ono sice by bylo potřeba víc sociálních pracovníků, ale v jiných odděleních.“* Potřeba sociálních pracovníků by byla podle ní na interním a porodnickém oddělení. Na oddělení LDN si práci dokáží zabezpečit i v současném počtu dvou sociálních pracovníků.

- **R<sub>7</sub>:** *„Sociální problematiky u klientů i administrativní práce přibývá. Na práci se samotným klientem zůstává velmi málo času a prostoru. Tak určitě ideální by byl počet sociálních pracovníků alespoň dva na jeden primariát.“*

Zdravotně sociální pracovnice uvádí počet deseti sociálních pracovníků v jejich zařízení. Její funkce zdravotně sociálního pracovníka je převážně na dětském oddělení, a gerontopsychiatrii a odd. 14 A. a 14 B.

- **R<sub>8</sub>:** *„Tak jako určitě by nás mělo být víc. Já nejsem schopna zabezpečit všechny klienty. To prostě nejde. Takže určitě aspoň dvě. To je minimum. Nejlépe na každém oddělení jeden. Ať je ta práce efektivní.“*

Téměř ve všech výpovědích byla zaznamenána potřeba navýšení sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Pouze jedna odpověď na tuto problematiku byla kladná a zvýšení počtu sociálních pracovníků podle odpovědi není nutný. V jedné odpovědi byl zaznamenán požadavek navýšení sociálních pracovníků pro jiná oddělení. Při navýšení počtu by pak sociální pracovníci mohli plnit více funkcí a zastat daleko více práce, neboť současné době se jejich práce mnohdy nedostačující.

#### 7.1.4 Kategorie „Co si o tom myslím?“

V této kategorii jsme zjišťovali názory jednotlivých sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních týkající se problematiky návaznosti zdravotní a sociální péče v České republice.

- **R<sub>1</sub>:** *„Ta spolupráce tam nikdy nebyla a vždycky se vymýšlelo něco jak zabezpečit pacienta, tady ty seniory hlavně, protože to jsou otázky zdravotně sociální. Opravdu. Ten člověk není, nemá jenom sociální problém, ale má i zdravotní problém. A udělat zařízení pobytové, kde by se řešil zdravotní i ten sociální problém, tak nikdy se na tom tyhle ty zařízení tyhle ty ministerstva nedohodly.“*

Vedoucí sociálních pracovníc hovořila i o tom, že v nynější době se obě ministerstva začínají nějakým způsobem konečně domlouvat na řešení této problematiky. Prvním pokusem byl podle jejich slov zákon o sociálních službách, který však neřeší hlavní problém v nedostatku lůžek v pobytových zařízeních sociálních služeb. Zákony jsou dle jejich slov nastaveny tak, že znemožňují člověku podání žádosti do zařízení v případě jeho hospitalizace v nemocnici. S tím souvisí i neschopnost vyřízení příspěvku na péči po dobu hospitalizace. Co se týče domácí péče, uvedla: „*Ta domácí péče, co se týká, ta zdravotní, ta funguje tady dobře v republice, bych řekla všeobecně, že?*“

- **R<sub>2</sub>:** „*Ještě je vlastně tady ta možnost pobytu na sociálním lůžku což je pro pacienty nebo klienty, kteří po té zdravotní stránce by mohli být propuštěni domů, ale to zázemí není nebo nefungují tak služby, aby ta péče byla zajištěná. A tam je zase ale problém samozřejmě ty finance. Protože člověk musí platit si doma poplatky, nájem, ale i to sociální lůžko je finančně nákladné. Jo? A ne každá rodina je schopna přispívat jako i ze svým příjmů prostě těm rodičům ten pobyt na tom sociálním lůžku.*“

Zástupkyně sociálních pracovníků se s výpovědí své kolegyně ztotožňuje a dodává, že je velkým problémem onen zmíněný příspěvek na péči. Podle ní je možnost pobytu klienta se sociálním problémem i na sociálním lůžku, avšak problém s financemi je zde obdobný.

- **R<sub>3</sub>:** „*Hrozná. (smích)... je hrozná, je to... Jako já jsem teď psala takový dlouhý elaborát na naše ředitelství a chci po nich, ať to řeší na kraji, protože ta situace se fakt zhoršuje rok od roku. A řekla bych, že tak dva roky tady máme s tím strašně velký problém. A je to dané i tím, jak dochází v rámci jako jako těch zařízení k transformaci. A transformace pro mě vždycky znamená snížení kapacity.... já sama jsem z toho hodně nešťastná, že tu péči nejsem vždycky schopna sama zajistit adekvátně jako při propuštění.*“

Podle slov sociální pracovníce se v jejich regionu nepotýkají pouze s nedostatkem pobytových sociálních služeb, ale i s terénní službami zajišťujícími péči v přirozeném prostředí klienta. Z toho důvodu není schopna klientům zajistit pomoc a je pouze na rodině klienta, jak si dokáží pomoci sami.

- **R<sub>4</sub>:** „*Špatná, na sociálním středisku bychom potřebovali nafukovací, protože jako teď tam opravdu čekají hodně hodně, lidí co jsou na odděleních a sociální služby teď tady kolem, je to katastrofa. Protože senioři se dožívají vyššího věku a tím pádem mají demenci, jakoukoliv demenci a lidi s demencí neberou do normálních domovů pro seniory, takže čekají dlouho a nemají kam jít z nemocnice.*“

- **R<sub>5</sub>**: „...ta návaznost bohužel se mi nejeví jako dostačující, i když asi noviny a lidi na vyšších místech by se mnou nesouhlasili, protože jako všude, když si otevřu nějaký leták, nějaké noviny tak všeho je dostatek. Ale kdyby fungovalo všechno jak oni tvrdí, že je dostatek jak terénní péče, tak v domovech pro seniory, tak odlehčovací služby, tak by přece stačilo někam zavolat a hned by vám řekli, obraťte se tam, je možnost umístění tam a tam, ale to není. Všude slyšíme, podejte si žádost, máme hodně čekatelů, čeká se, až se místo uvolní.“

Žádná zařízení či organizace v dnešní době již nefungují tím způsobem, že by dokázaly určit, za jak dlouhou dobu budou schopni přijmout nového klienta. To samé se podle ní začalo stávat i u terénních sociálních služeb, což je podle jejich slov velkým problémem. Dále hovořila i o úbytku počtu lůžek díky probíhající transformaci. „Tak bohužel toto neřeší v našem regionu nikdo. Protože všechny ubytovny, jakmile člověk ztratí soběstačnost, tak ho zpátky nechtějí s tím, že prostě řeknou, že neposkytují služby, nemá se o tyto lidi kdo starat.“

- **R<sub>6</sub>**: hovořila o současně probíhající novele zákona o sociálních službách, a s tím podle ní související i určité zlepšení v této oblasti. Na další otázku, zdali je kapacita agentur domácí péče dostačující, uvedla: „Je nedostatek. Už je problém. Nebyl, ještě loni nebyl, letos už je.“
- **R<sub>7</sub>**: „Stále je ještě nedostatek návazné, ambulantní péče, denních center pro duševně nemocné.“

**R<sub>8</sub>**: „Tak jako určitě špatná. Ona ta péče je pak nedostačující jo? Protože jak jsem řekla, že všeobecně sociální pracovník nemá kompetence takové, aby si to koordinoval on sám, koho se přijde, kdo ne a podle té problematiky. A taky je to teda problém těch dvou rezortů, že nejsou schopni něco udělat takového, aby se ta péče vylepšila, bylo více zařízení a tak. Ted' teda se řeší novela toho zákona, ale tak uvidíme, co nám to přinese.“

Ve všech odpovědích zazněl stejný názor na problematiku návaznosti zdravotní a sociální péče, tedy názor negativní a s ním i související problematika zajišťování péče pro klienty. Ve dvou výpovědích byla kritizována i transformace a snížení počtu lůžek v pobytových zařízeních. Pouze ve dvou výpovědích hovořily sociální pracovnice o dobře fungujících terénních službách, ve třech výpovědích sociálních pracovníků jsou kapacity těchto služeb již naplněné.

### 7.1.5 Kategorie „Funguje naše spolupráce?“

Spolupráce sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení s ostatními institucemi se může ve většině případů lišit podle typu daného zařízení a převážně i podle počtu lůžek a volných míst. Tato kategorie se dále zabývá funkčností či nefunkčností spolupráce sociálních pracovníků s ostatními organizacemi a zařízeními.

První dvě sociální pracovnice hovořily o dobré spolupráci s ostatními institucemi. Podle obou výpovědí vše funguje a zařízení se jim snaží vyhovět. V dalších výpovědích jsme zaznamenali ještě jednu podobnou odpověď, avšak další výpovědi byly spíše záporné.

- **R<sub>1</sub>:** *„Ve většině případů určitě. Obvykle si to chtějí vykomunikovat s lékařem, lékař s lékařem nebo ten primář nebo kdo tam dělá ty příjmy. Ale obvykle i taky bez žádostí. Jo? Že nemusí být písemná žádost, ale řeknou nám dobře, vedu to tady v patrnosti, do dvou do tří dnů, do týdne. Jo? Že opravdu se nám snaží vyhovět. Jo nestalo se nám, že by nás nějak odmítli nebo.“*
- **R<sub>2</sub>:** *„Já myslím, že ve většině to funguje.“*
- **R<sub>3</sub>:** *„...ta spolupráce je i podle toho, jak je kapacitně ten domov velký jo? Protože v těch větších domovech je předpoklad, že se to místo uvolní dřív. Než v těch menších.“*
- **R<sub>4</sub>:** *„No musejí čekat tady, než se to uvolní no. Ti lidi co se dostanou na sociální jo, ti co mají rodinu, jsou ležící a čekají tak musíme prostě tak porychtovat, že si je musejí vzít domů a pečovat no. V některých případech to nejde, takže musíme čekat na to sociální. Někteří příbuzní jsou ochotní se strat, někteří ne. Je to individuální.“*
- **R<sub>5</sub>:** *„No tak tak tady bych řekla., že to taky nefunguje. Sice jako my nemáme špatnou spolupráci s těma sociálníma pracovníkama v těch zařízení. Ale oni taky nemají tu kompetenci rozhodnout, koho přijmou. Jo?“*

Podle její výpovědi není v kompetenci sociálního pracovníka spolupracujícího zařízení, aby umístovali jejich klienty. Na nutnosti umístění se většinou shodnou, avšak není v jejich pravomoci klienta ihned přijmout. Jediná možnost je pouze poznačit závažnost situace a s ní související potřebu umístění konkrétního klienta do jejich zařízení.

- **R<sub>6</sub>:** *„Funguje, protože my pokud jde ten pacient poprví jde do domova, tak samozřejmě rodina si zařídí domov, případně když ta rodina není, tak jsme to my, kteří ten domov nějakým způsobem zařídíme.“*
- **R<sub>7</sub>:** *„Funguje prozatím nedostatečně nabídka následné péče, tedy sociální po zdravotní péči je nedostatek. Stále se spoléhá na lůžkovou psychiatrii, i když předností by*

*měla být léčba ambulantní v přirozeném prostředí klientů... Překážkou jsou teda i nízké příjmy klientů, protože služby jsou převážně zpoplatněné a pacienti z finančního hlediska na to mnohdy ani nedosahují, aby si je mohli uhradit. Nemůžeme se také příliš spoléhat na rodiny, které v mnohých případech nemají o pomoc svému blízkému zájem.“*

- **R<sub>8</sub>:** *„Tak my se snažíme nějakým způsobem spolupracovat, ale mnohdy to nefunguje. Se sociálními pracovníky nám to funguje super, my rozumíme té problematice, takže víme. Jenže s těmi zařízeními jako takovými je to horší. Tam nám to nefunguje.“*

Podle sociální pracovníce je největší problém s umisťováním klientů, které je odvozeno od probíhající transformace v sociálních službách. Nejzávažnější problém je v umisťování seniorů a osob duševně nemocných. Není tak vždy schopna zajistit péči, která tak zůstává na rodině klienta.

Odpovědi sociálních pracovníků se ve výpovědích velmi lišily. Pouze tři sociální pracovníce odpověděly kladně na otázku funkčnosti spolupráce s ostatními institucemi a zařízeními. V dalších výpovědích jsme se setkali spíše s nefunkčností spolupráce. Ve dvou případech jsme se setkali s výpověďmi o nefunkčnosti, avšak ne ze strany sociálních pracovníků konkrétního spolupracujícího zařízení.

#### 7.1.6 Kategorie „Úloha“

Kategorie s názvem úloha je zaměřena na zjištění rolí sociálních pracovníků v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče, tedy zjištění jejich úlohy, které v ní sehrávají. Při položení otázky jsme vždy poprosili o jednoslovnou odpověď s možností vysvětlení, proč tomu tak ve skutečnosti je.

- **R<sub>1</sub>:** *„Já bych řekla takový koordinátor jo? Koordinátor mezi takovým, mediátor mezi, ten článek mezi tím úřadem, který má ty kompetence, tím správným orgánem a vlastně zdravotnickým zařízením.“*
- **R<sub>2</sub>:** *„Ano, koordinátor.“*
- **R<sub>3</sub>:** *„Určitě prostředník mezi tím klientem a tady tím zdravotnickým zařízením.“*
- **R<sub>4</sub>:** *„Tak asi ten koordinátor, jakože té další, že předávám ty informace, předávám i zpětně volám do těch domovů a předávám zas ty informace příbuzným z domovů.“*
- **R<sub>5</sub>:** *„No spíš ten asi mezičlánek. Protože koordinátor, tak bych se necítila, prostředník podle toho, jak by se to to, nějaký takový mezičlánek no.“*
- **R<sub>6</sub>:** *„Tak asi takový mezičlánek.“*

- **R7:** *„Jde o určitého koordinátora. Úkolem je, aby v co nejkratší možné době byla pro zdravotně znevýhodněného klienta zajištěna co možná nejširší potřebná intervence v sociální oblasti.“*
- **R8:** *„Tak asi mezičlánek jo? Bylo by fajn, kdybych to mohla tu péči koordinovat, ale to moc nejde, nemáme ty kompetence. Takže asi mezičlánek.“*

Ve čtyřech výpovědích se objevilo slovo koordinátor, v jedné odpovědi prostředník a ve třech výpovědích mezičlánek. Usuzujeme tedy, že každý sociální pracovník chápe svou úlohu rozdílně, což je také ovlivněno konkrétním zdravotnickým zařízením.

### 7.1.7 Kategorie „Zařízení“

Kategorie je zaměřena na zjištění s jakými institucemi, organizacemi či institucemi sociální pracovníci ve zdravotnictví nejvíce spolupracují.

- **R1:** *„Léčebny dlouhodobě nemocných tak v našem regionu nejvíc... Já zase hodně s orgánem péče o děti, jo? S dětskými centry, kojeneckými ústavy a tak dále. Jo, čili ty zařízení pro děti. A s těmi magistráty s těmi orgány péče o děti. Takže my s policií, jo? Takže opravdu ty to spektrum máme široké.“*
- **R2:** *„A já myslím ale ne jenom s těma LDNkama nebo těma domovama. Hodně spolupracujeme i s úřadem práce, s oddělením příspěvku na péči, hmotné nouze, jo? Příspěvek o průkaz ZTP. Jo? Mobilitu hodně spolupracujeme, když pacienty pouštíme domů i s magistrátem příslušným, jo? S oddělením sociální péče pokud je tam nějaký větší problém, jo? Dluhové poradny běžně spolupracujem, protože u těch psychicky nemocných je velká problematika těch dluhů. Takže i takhle hodně.“*
- **R3:** *„Tak nejčastěji asi spolupracuji s těma domovama pro seniory... Moc neumisťujeme. Jako říkám, když je někdo schopnější z těch bezdomových a tak tak s azylovým domovem tady, ale je to taky opravdu o tom, že ten člověk musí být soběstačný a těch my tady až tak moc nemáme no.“*

Sociální pracovníci byla položena i otázka týkající se spolupráce s OSPOD: *„Jako OSPOD vyloženě tady jenom s tím s tou porodnicí.“*

Sociální pracovníce tak spolupracuje nejčastěji s domovy pro seniory, porodnickým oddělením a v některých případech i s OSPOD.

- **R<sub>4</sub>:** *„Domov se zvláštním režimem...domovy, charitní domy, ubytovny, azylové domy... Spolupráci i s městem ..., to je úplně výborná, i OSPOD i sociální kurátorky, to se domlouváme okamžitě, takže to je jako výborné a co se týká těch zařízení sociálních služeb... Ještě sanatorium, jakože, tam je to taky časté, hospic.“*
- **R<sub>5</sub>:** *„Tak jsou to vlastně domovy pro seniory nebo ty odlehčovací služby, které jsou zase zřízeny většinou při domovech seniorů nebo nějakých pečovatelských domech. No a potom taky s téma agenturama domácí péče...městský úřad, ...s rodinou, ... ubytovny.“*
- **R<sub>6</sub>:** *„No tak největší část pacientů samozřejmě odchází domů. Další část do domova důchodců. Další část jde v podstatě do ubytoven, to máme právě ty lidi, kteří mají nízký důchod, rodina je nechce, lidi bez domova. Tak ti bydlí na ubytovnách a někteří jdou v podstatě do přírody, odkud přišli, to jsou ti lidi, kteří vůbec nemají kam jít. Ale jsou chodící, oni si to vybrali, to je jejich volba, nechcou se ničemu podřizovat, takže tak tak fungují. No, a pokud jsou lidi doma, pokud jsou naši pacienti propuštěni domů, takže nejvíc zabezpečuje rodina a pak dál teda pečovatelská služba, která funguje tady ve městě asi 4 soukromé pečovatelské služby.“*
- **R<sub>7</sub>:** *„Tak nejčastěji jsou to Městské a obecní úřady, okresní soudy, probační a lékařská služba, úřady práce, úřady práce, tam hlavně teda dávky hmotné nouze, pak příspěvek na péči a jiné. Jiné psychiatrické nemocnice a léčebny, praktičtí lékaři v místě bydliště, ubytovny, azylové domy, exekuční úřady, následná sociální zařízení (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, neziskové organizace aj.) Takže je toho fakt hodně.“*
- **R<sub>8</sub>:** *„Tak určitě domovy pro seniory, DZR, zařízení pro děti, magistráty, odlehčovací služby, azyláky, ubytovny, nemocnice, úřady práce, psychiatrické nemocnice. No takže tak asi.“*

Sociální pracovníci nejvíce spolupracují s domovy pro seniory, léčebnami dlouhodobě nemocných či azylovými domovy. Dále se ve výpovědích objevovaly i ubytovny, městské a obecní úřady, OSPOD, policie, odlehčovací služby, agentury domácí péče atp.

## 7.2 Shrnutí výsledků otevřeného kódování

Z výsledků otevřeného kódování rozhovorů vyplynula některá fakta, jež bychom rádi shrnuli v této kapitole.

Ve zdravotnických zařízeních, v nichž byl výzkum realizován, patří mezi nejčastější činnosti sociálních pracovníků především zajištění následné péče po propuštění pacientů a s tím i související kontakt a spolupráce s rodinou. Opomenout nelze ani poradenství v oblasti zajištění následné péče či poradenství v oblasti sociálních dávek. Důležité je i vypracování žádostí do zařízení zdravotních či sociálních služeb, vyřizování důchodů a jejich následné předání pacientům, zajišťování osobních, pracovních či bytových záležitostí klientů. Při zajišťování náležitostí je součástí i nezbytná spolupráce s městskými, obecními úřady či OSPOD. S OSPOD spolupracují sociální pracovníci nejčastěji v případech nezletilých či romských matek. V případě úmrtí osamělého pacienta bez finančních prostředků zajišťují sociální pracovníci ve spolupráci s obcí tzv. sociální pohřby.

Klienty sociálních pracovníků se často stávají i osoby bez přístřeší, proto se jejich práce zaměřuje také na adekvátní propuštění těchto klientů. V jednom případě uvedla sociální pracovníce mezi její každodenní činnosti i stanovování sociálních diagnóz, prognóz, vypracovávání plánů sociální terapie a dopomáhání při reintegraci jejich klientů. Ve dvou odpovědích byl zaznamenán i negativní pohled na kompetence sociálních pracovníků vůbec. Podle jedné z těchto výpovědí by měl mít sociální pracovník v kompetenci i rozhodování o přijetí konkrétního klienta do daného zařízení, neboť právě sociální pracovník rozumí sociálnímu problému klienta nejvíce a dokáže tak nejlépe vyhodnotit situaci související s potřebným umístěním do pobytového zařízení.

Úloha sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních se liší podle typu zdravotnického zařízení. Čtyři z dotazovaných sociálních pracovníků uvedli, že plní úlohu koordinátora, tři funkci mezičlánku a jeden funkci prostředníka mezi klientem a zdravotnickým zařízením. Každý ze sociálních pracovníků tak chápe svou roli či úlohu v zařízení trošičku jinak.

Nepostradatelnost profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví je patrná, jak také vyplynulo z jednotlivých výpovědí. Každý sociální pracovník uvedl svůj názor na nepostradatelnost či nezbytnost jejich profese v konkrétním zařízení. Ve čtyřech výpovědích sociálních pracovníků jsme zaznamenali jako příčinu nepostradatelnosti jejich nezastupitelnost ze strany zdravotnického a ošetřujícího personálu, jenž se v sociální problematice příliš neorientuje. Právě sociální pracovníci totiž dokáží klientům zajistit potřebnou péči a poskytnout



jim adekvátní poradenství vztahující se ke konkrétnímu problému. Jsou to oni, na které se lidé i lékaři obracejí za účelem získání odborných rad v případech, v nichž se cítí bezmocní. Sociální pracovníci jsou v zařízeních nepostradatelní i z důvodu provázanosti sociální a zdravotní problematiky, jež od sebe nelze oddělit. Jedna ze sociálních pracovníček hovořila i o nezbytnosti jejich profese z důvodu poskytování poradenství příbuzným se zajišťováním následné péče, anebo pomoci osobám bez přístřeší s nalezením vhodného zařízení, v němž by po propuštění mohli pobývat.

V rámci multidisciplinárního týmu zařízení mají sociální pracovníci určité zastoupení, avšak to se velmi liší podle typu daného zařízení. Určitá spolupráce funguje ve všech zařízeních, v nichž byl výzkum realizován. Ve čtyřech odpovědích jsme zaznamenali rovnocenné postavení s ostatním personálem zřízení, anebo jsou sociální pracovníci důležitým článkem týmu. V dalších odpovědích jsme zaznamenali zastoupení sociálních pracovníků vázané na konkrétního lékaře či zdravotnický personál a jejich sociální cítění na oblast sociální problematiky. Sociální pracovníci hovořili i o důležitosti spolupráce, vzájemné domluvě s ostatním zdravotnickým personálem a nezbytnosti jejich fungující spolupráce na všech úrovních.

Co se týče počtu sociálních pracovníků, z mnoha výpovědí účastníků rozhovorů vyplynul nedostatek sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Při stanovení vyššího počtu sociálních pracovníků v zařízení, by sociální pracovníci zvládli daleko více práce, než je tomu doposud. Mohli by tak plnit více funkcí a stíhali by zajistit potřebnou péči u více klientů. Jedna sociální pracovníčka hovořila i o možné funkci ergoterapeuta v případě navýšení počtu sociálních pracovníků. V dalším rozhovoru byla zaznamenána potřeba navýšení sociálních pracovníků na odděleních interny a porodnice. Podle slov sociální pracovníčky je počet dvou pracovníků na oddělení gerontologie dostačující, avšak potřeba sociálních pracovníků na jiných odděleních je nezbytná. Pouze v jedné z odpovědí se setkali s kladným hodnocením počtu dvou sociálních pracovníků na celou nemocnici.

Z uvedených výpovědí jsme zjistili, že nejčastější počet sociálních pracovníků v zařízení je počet dvou či jednoho na celé zdravotnické zařízení. Pouze ve dvou zařízeních, v nichž byl výzkum realizován, je počet sociálních pracovníků vyšší. V jednom případě se jedná o počet deseti sociálních pracovníků, v druhém o počet sedmi sociálních pracovníků. Takové počty lze považovat za adekvátní při zajišťování péče klientů, zatímco počet jednoho sociálního pracovníka na celé zdravotnické zařízení je silně nedostačující.

Rozdílná je však i jejich funkce na jednotlivých odděleních. V některých zařízeních fungují sociální pracovníci pro všechna oddělení, v jiných pouze pro oddělení LDN, gerontologie či oddělení porodnické. Co se týče návaznosti zdravotní a sociální péče, téměř všichni sociální pracovníci ji považují za špatnou či silně nedostačující. Stále dochází k prohlubování obtíží souvisejících s umístováním klientů do pobytových zařízení sociálních služeb. V současné době začíná docházet i ke zhoršení situace v oblasti zajištění domácí péče. Terénní služby začínají na své klienty vést pořadník stejně jako je tomu v pobytových zařízeních, což je velkým problémem v samotné problematice návaznosti zdravotní a sociální péče. Pouze ve dvou odpovědích se sociální pracovníci shodli na dobře fungující terénní službě v jejich regionu. V ostatních případech jsou kapacity terénních služeb již přeplněny.

Hovořeno bylo i o problému s umístováním klientů do domovů pro seniory a do zařízení pro duševně nemocné. V obou zařízeních jsou většinou dlouhé čekací doby. Dalším problémem je i požadavek na domov pro seniory a na příspěvek na péči, bez něhož zařízení není ochotno klienta přijmout.

Sociální pracovníci hovořili také o probíhající transformaci sociálních služeb a s tím i souvisejícím poklesem počtu lůžek v některých pobytových zařízeních. Podle jejich výpovědí se zmíněná transformace odráží do problematiky nedostatku míst pro klienty vyžadující péči druhé osoby. To samé se týká i lidí bez domova. Osoby bez přístřeší jsou tak mnohdy propouštěny ze zdravotnického zařízení zpátky na ulici. V případech jejich imobility je situace ještě o dost více kritická a zajištění péče se tak stává spíše nemožné.

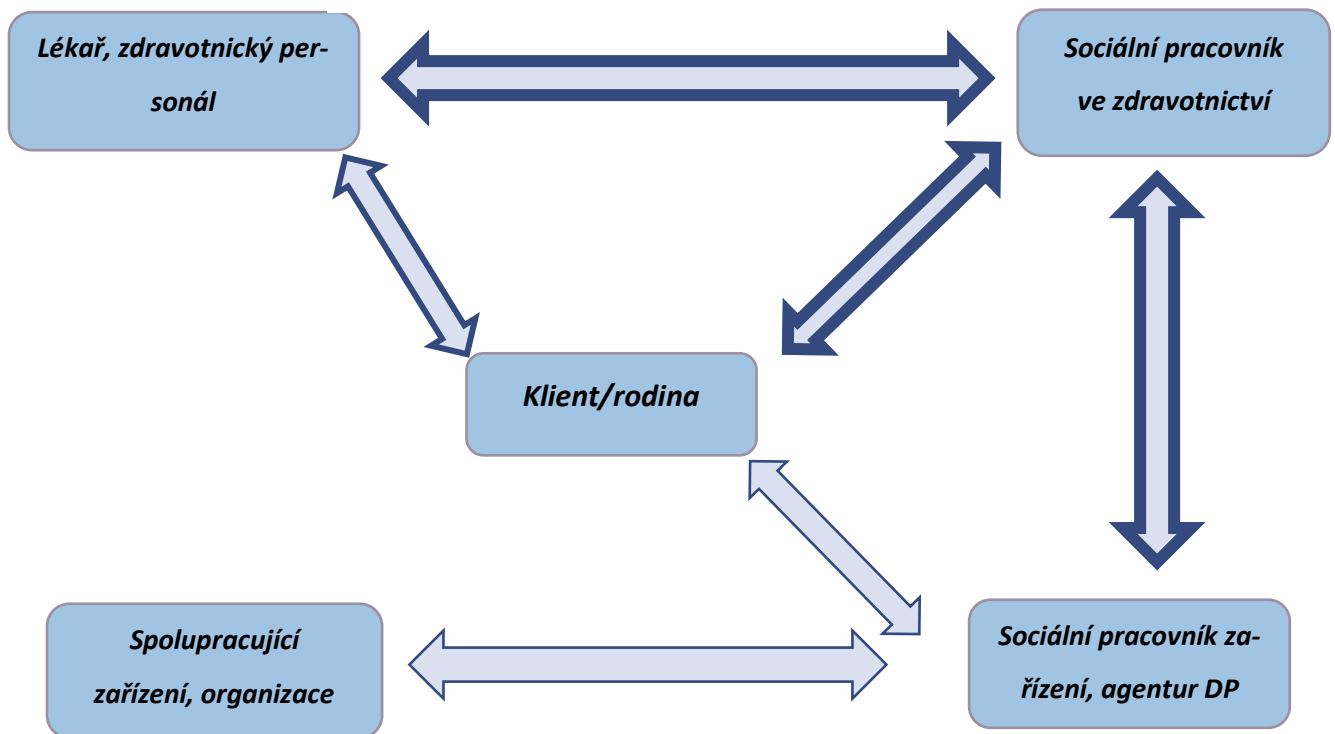
Hovořeno bylo i o nových pobytových zařízeních sociálních služeb. Problémem nových zařízení je to, že jsou většinou soukromá, tudíž je v této souvislosti veliký problém s financemi potencionálních klientů. Jedna sociální pracovnice hovořila o nedostatečné situaci nejen v pobytových zařízeních pro duševně nemocné občany. Mluvílo se i o chystané novele zákona o sociálních službách a s ní související možné kladné řešení v této oblasti.

Co se týče spolupráce sociálních pracovníků s ostatními institucemi, ve většině případů uvedli sociální pracovníci, že funguje nedostatečně či nefunguje vůbec. Tato nedostatečná spolupráce však není podmíněna problematikou spolupráce se sociálními pracovníky daných zařízení, ale problematikou nedostatku míst v zařízeních sociálních služeb. Výpovědi jednotlivých sociálních pracovníků ukázaly, že jsou sociální pracovníci daných zařízení většinou vstřícní k jejich požadavkům, kterým se také snaží vyhovět, avšak v jejich kompetenci není určit, kterého klienta zařízení přijme. Vše záleží pouze na dané organizaci či zařízení,

jejich vedení a ochotě přijmout nového klienta. S tím vším také souvisí již zmíněná podmínka příspěvku na péči. Problémem je i vysoká finanční nákladnost pobytových zařízení a neschopnost klientů hradit poskytované služby. Pouze jedna ze sociálních pracovníček uvedla dobrou funkčnost spolupráce s ostatními institucemi i snadnější zajištění pobytových zařízení či agentur domácí péče pro své klienty.

Sociální pracovníci při své práci spolupracují s širokým spektrem zařízení. Z uvedených výpovědí sociálních pracovníků vyplynulo, že mezi nejčastější zařízení patří především domovy pro seniory, domovy se zvláštní režimem, agentury domácí péče, léčebny dlouhodobě nemocných a azylové domy. Mezi ostatní spolupracující organizace patří OSPOD, dětská centra, magistráty, policie ČR, úřady práce, dluhové poradny, porodnice, charitní domovy, městské a obecní úřady, sociální kurátoři, sanatoria, hospice, odlehčovací služby, rodina, ubytovny, okresní soudy, probační a mediační služba, psychiatrické nemocnice, praktičtí lékaři, exekuční úřady a neziskové organizace.

Na následujícím schématu můžeme vidět průběh spolupráce sociálního pracovníka ve zdravotnictví, lékaře, sociálního pracovníka spolupracující organizace a spolupracujícího zařízení při zajišťování následující péče po propuštění klienta. Sociální pracovník v konkrétním zdravotnickém zařízení nejčastěji spolupracuje s lékařem či zdravotnickým personálem při řešení problémové situace klienta. Sociální pracovník následně tíživou sociální situaci řeší přímo s klientem nebo jeho rodinou a snaží se pro klienta zajistit potřebnou péči v pobytovém zařízení sociálních služeb nebo péči v domácím prostředí klienta. Následně spolupracuje sociální pracovník se sociálním pracovníkem spolupracující organizace. Sociální pracovníci přijmou případnou žádost o umístění klienta, avšak není v kompetenci sociálních pracovníků rozhodnout, zda bude klient přijat. Vše závisí na vedení daného zařízení a na dalších okolnostech souvisejících s finančními prostředky apod.

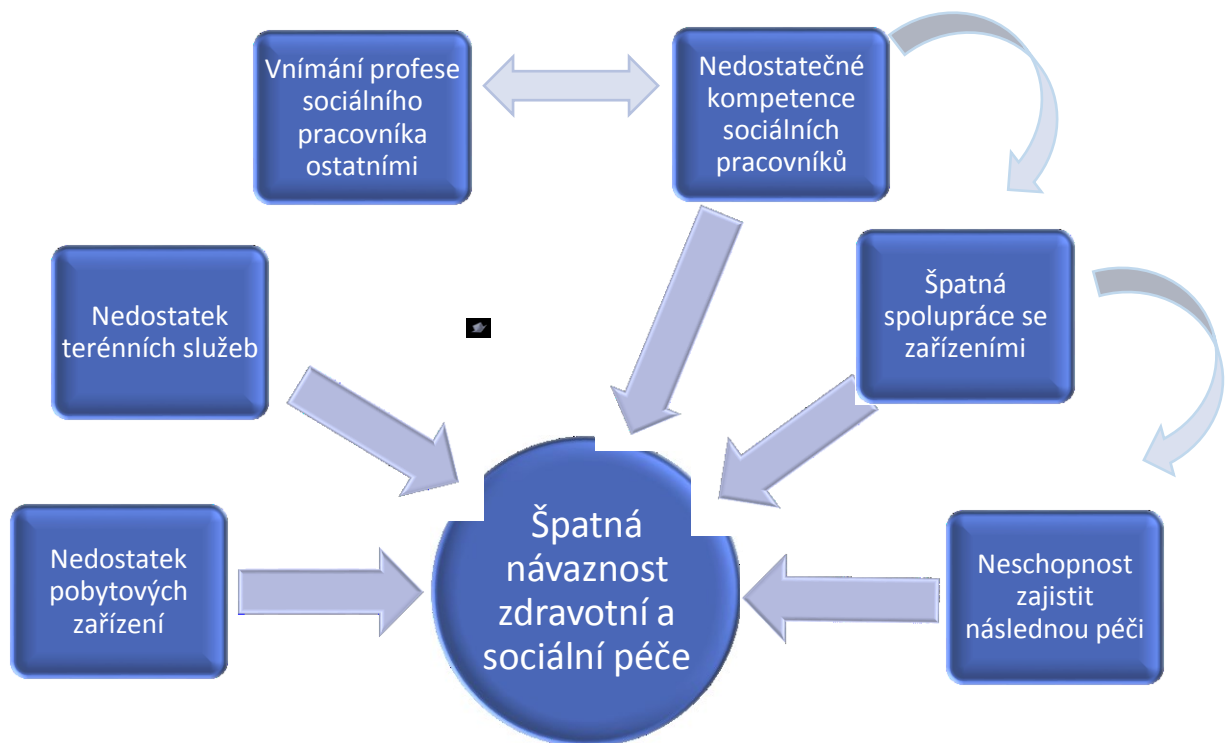


*Obr. 1 – schéma spolupráce*

*Zdroj: vlastní zpracování 3*

Výše uvedené schéma nám shrnuje spolupráci sociálních pracovníků s ostatním zdravotnickým personálem a spolupracující organizace při zajišťování následné péče po propuštění klienta ze zdravotnického zařízení.

Pro lepší přehlednost jsme vytvořili i následující schéma shrnující celkové výsledky otevřeného kódování. Schéma nám sumarizuje příčiny vedoucí k současné špatné situaci v návaznosti zdravotní a sociální péče.



Obr. 2 - výsledek otevřeného kódování

Zdroj: vlastní zpracování 4

V následující části je umístěna tabulka vztahující se k výsledkům otevřeného kódování. Tabulka je rozdělena na dvě části podle jednotlivých námi vytvořených kategorií při otevřeném kódování. Tabulka slouží k přehlednější orientaci ve výpovědích sociálních pracovníků.

Tab. 3 – závěrečné shrnutí výsledků otevřeného kódování

	<i>Činnosti</i>	<i>Úloha</i>	<i>Počet SP</i>	<i>Nepostradatelnost profese</i>
<i>R<sub>1</sub></i>	Zajišťování následné péče, poradenství	Koordinátor, mediátor, mezičlánek	7	Ano
<i>R<sub>2</sub></i>	Zajišťování následné péče, poradenství	Koordinátor	7	Ano
<i>R<sub>3</sub></i>	Zajišťování následné péče, nezletilé, romské matky - ohlašování na městský úřad a OSPOD, důchody	Prostředník	1	Ano
<i>R<sub>4</sub></i>	Hlášení na OSPOD, zajišťování sociálních pohřbů, vyřizování žádostí, spolupráce s úřady, zajišťování péče pro osoby bez přístřeší, seniory	Koordinátor	2	Ano
<i>R<sub>5</sub></i>	Poradenství, pomoc s vyplňováním žádostí a příspěvku na péči, zajišťování sociálních pohřbů	Mezičlánek	2+1	Ano
<i>R<sub>6</sub></i>	Zajišťování následné péče, spolupráce s rodinou, ubytovny, městským úřadem	Mezičlánek	2	Ano
<i>R<sub>7</sub></i>	Zajišťování osobních, rodinných, bytových, pracovních záležitostí, analýza, sociální diagnóza, prognóza a plán sociální terapie, poradenství, kontakt s rodinou, zajišťování následné péče, pomoc při reintegraci	Mezičlánek	10	Ano
<i>R<sub>8</sub></i>	Zajišťování následné péče, jednání se zařízeními, magistráty, rodinou, vyplňování žádostí, důchody, spolupráce s OSPOD.	Mezičlánek	1	Ano
	<i>Spolupráce v multi-disciplinárním týmu</i>	<i>Funkčnost spolupráce s ostatními institucemi</i>	<i>Názor na návaznost ZaS péče</i>	<i>Zařízení</i>
<i>R<sub>1</sub></i>	Ano, SP je nepostradatelnou součástí týmu	Funkční, snaha zařízení vyhovět	Špatná	LDN, OSPOD, zařízení pro děti, magistráty, policie
<i>R<sub>2</sub></i>	Ano, dáno podle lékaře	Funkční, snaha zařízení vyhovět.	Špatná	LDN, DPS, ÚP, dluhové poradny, oddělení sociální péče
<i>R<sub>3</sub></i>	Ano, dáno lékařem	Spolupráce podle kapacity zařízení	Hrozná	DPS, porodnice
<i>R<sub>4</sub></i>	Ano, dobrá spolupráce	-	Špatná	DZR, DPS, charitní domovy, azylové domy, město,

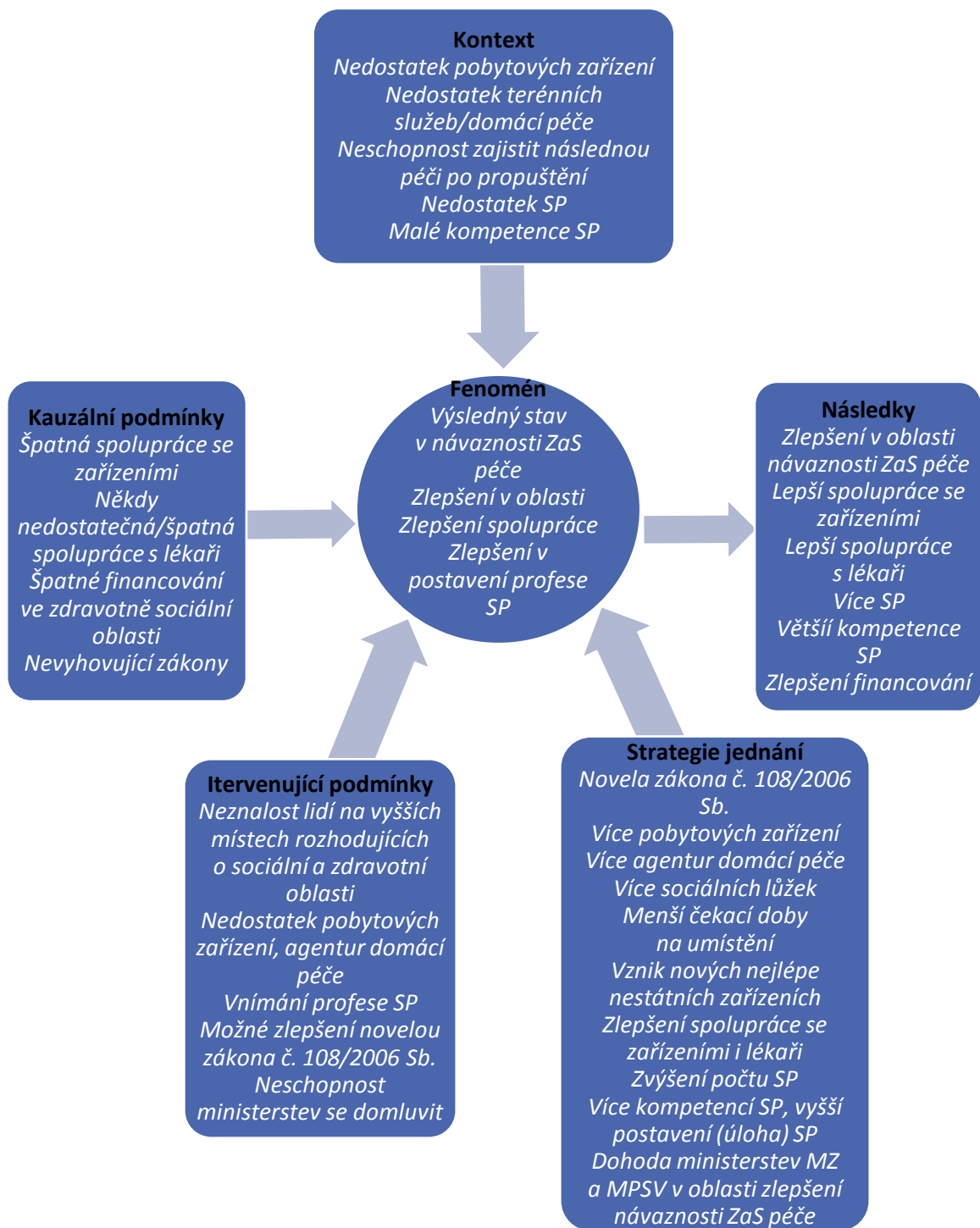
				OSPOD, sociální kurátoři, sanatoria, hospic
<b>R<sub>5</sub></b>	Ano, SP je důležitý člen týmu	Se SP zařízení spolupráce dobrá, ale v souvislosti s umístováním nefunkční	Nedostačující	DPS, odlehčovací služby, agentury domácí péče, městský úřad, rodina, ubytovny
<b>R<sub>6</sub></b>	Ano, dáno lékařem	Funkční	Nedostačující ale vidina zlepšení v novele zákona	DPS, ubytovny, rodina, pečovatelská služba
<b>R<sub>7</sub></b>	Ano, rovnocenné postavení	Nedostatečná funkčnost	Nedostatečně provázaná	Městské a obecní úřady, soudy, probační a mediační služba, ÚP, psychiatrické nemocnice, léčebny, praktičtí lékaři, ubytovny, azylové domy, exekuční úřady, DPS, DZR, neziskové organizace
<b>R<sub>8</sub></b>	Ano, ale dáno lékařem	Se SP zařízení spolupráce dobrá, ale v souvislosti s umístováním nefunkční	Špatná, nedostačující	DPS, DZR, zařízení pro děti, magistráty, odlehčovací služby, azylové domy, ubytovny, nemocnice, úřady práce, psychiatrické nemocnice

*Zdroj: vlastní zpracování 5*

### 7.3 Axiální kódování

Dalším krokem zakotvené teorie po kódování otevřeném je kódování axiální, které nám umožní posunout se dále ke kódování selektivnímu. V průběhu axiálního kódování uvažujeme nad příčinami, důsledky, podmínkami, integracemi, strategiemi a procesy a snažíme se o propojení spolu souvisejících kategorií. (Hendl, 2016 s. 252)

Jednotlivé kategorie jsme následně shrnuli níže v paradigmatu navrženém Craussem a Corbinovou. (Hendl, 2016 s. 254)



Obr. 3 – výsledek axiálního kódování

Zdroj: vlastní zpracování 6



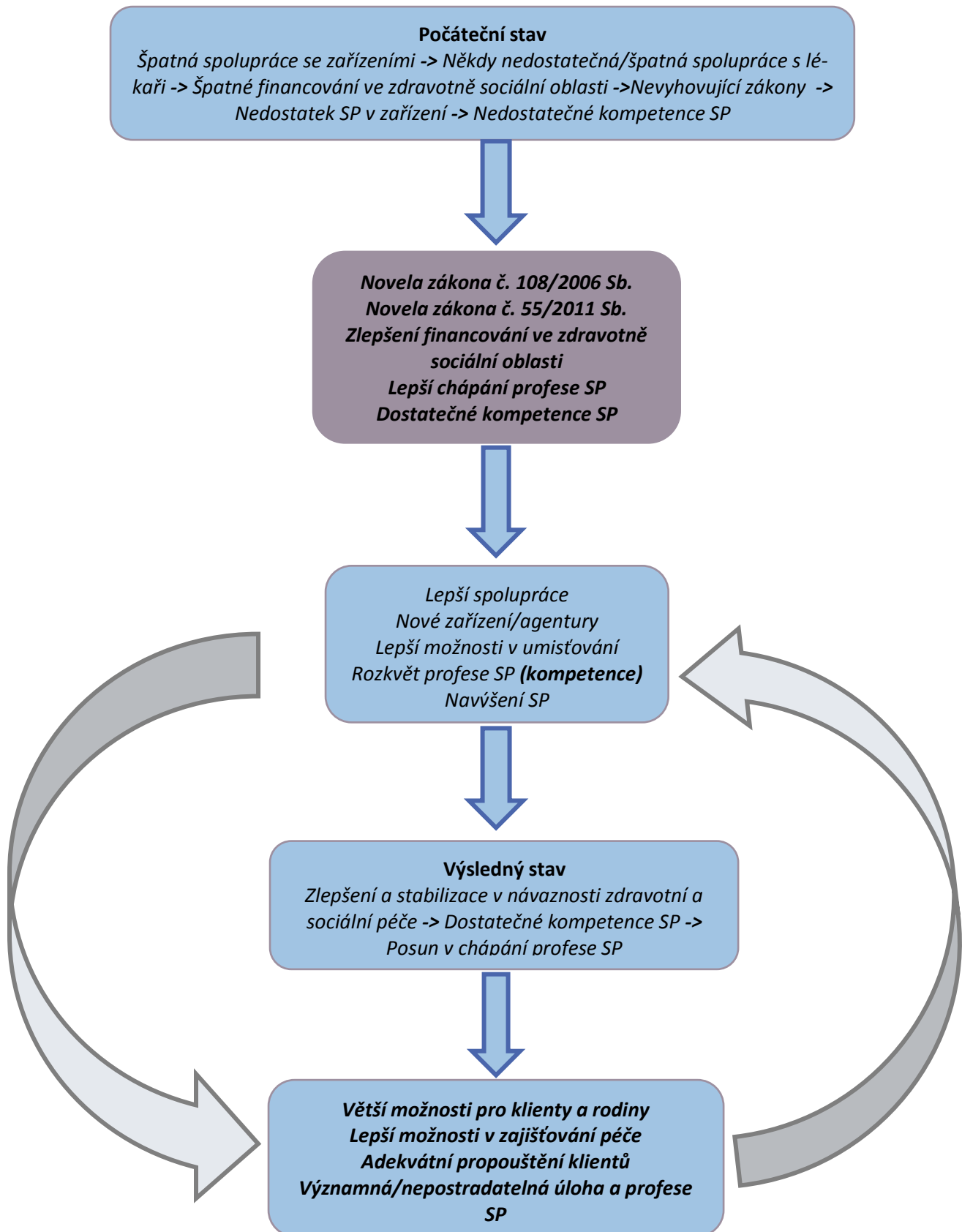
Ve výše uvedeném schématu jsme se snažili poukázat na jednotlivé kauzální, intervenující podmínky, na kontext, strategie a následky vedoucími k tzv. fenoménu, tedy k výslednému stavu v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče. Výsledek axiální kódování nám tak pomohl při realizaci dalšímu kroku zakotvené teorie, kterou je selektivní kódování.

#### 7.4 Selektivní kódování

Axiální kódování, při němž jsme získali přehled o vztazích mezi jednotlivými kategoriemi, nám poslouží jako základ k vytvoření kódování selektivního. V této fázi výzkumu již prozkoumáváme jednotlivá data a budeme se snažit o jejich další zpracování. Důležitým krokem je vytyčení si hlavní kategorie sloužící dále jako klíčový bod vznikající teorie. (Hendl, 2016 s. 254)

Jako hlavní kategorii jsme na základě výše uvedeného textu určili výsledný stav v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče v České republice. Z axiálního kódování vychází jako tzv. fenomén. Výsledný stav v návaznosti zdravotní a sociální péče je dán převážně špatnou „organizací“ či špatným nastavením systému v naší zemi v oblasti zdravotně sociální. To znamená nevhodným rozdělením obou rezortů MZ i MPSV na dvě samostatná ministerstva, přestože jak již samotná praxe ukazuje na jejich nezbytnost provázanosti a vzájemné spolupráce. Zmíněná spolupráce MZ a MPSV je dalším kamenem úrazu v této problematice. V nynější době se však začínáme setkávat se snahou obou ministerstev o vylepšení v této oblasti a jejich vzájemnou spoluprací. Přesto se však stále potýkáme ze značnými problémy v oblasti návaznosti zdravotní a sociální péče.

S tímto problémem jsou spojeny i další problémy, jako jsou nevhodně nastavené zákony ztěžující umístění osob závislých na pomoci druhé osoby do pobytových zařízení či znesnadnění vyřízení příspěvku na péči, nedostatek terénních služeb a pobytových zařízení pro občany, špatné financování ve zdravotně sociální oblasti, nevyhovující počet sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, postavení sociálních pracovníků apod.



Obr. 4- výsledek selektivního kódování

Zdroj: vlastní zpracování 7

Ve výše uvedeném schématu jsme se pokusili o znázornění výsledků selektivního kódování. Uvedené schéma znázorňuje počáteční stav a výsledný stav v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče po změnách v zákonech a posunutí v chápání profese sociálního pracovníka.

## 7.5 Závěrečné shrnutí výsledků

Současná situace v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče je výsledkem špatné organizace a nastavení systému zdravotních a sociálních služeb v naší zemi. Jak již bylo zmíněno v předešlém textu, jedná se převážně o nesprávné rozdělení MZ a MPSV do samostatných rezortů. Tato problematika souvisí i s jejich vzájemnou spoluprací, která je odrazem současné situace návaznosti zdravotních a sociálních služeb. Souvisí také ve značné míře s nevhodně nastaveným zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který se promítá do dalších problematických oblastí. Za kámen úrazu můžeme považovat nastavení financování zdravotně sociální oblasti, nedostatek sociálních pracovníků ve všech zařízeních, ať už zdravotních či sociálních služeb, nedostatečné kompetence těchto pracovníků i jejich nevyhovující postavení v rámci ostatních členů multidisciplinárního týmu, vnímání a postavení profese sociálního pracovníka, mezery v počtu pobytových zařízení a terénních služeb pro klienty vyžadující péči nebo pomoc druhé fyzické osoby apod.

Zlepšení situace v těchto problematických oblastech by mohlo být výsledkem kvalitnější návaznosti zdravotní a sociální péče a jejich služeb i zdokonalení ve všech dalších problematických sférách.

Jako nedostačující se mnohdy jeví i spolupráce sociálního pracovníka s lékařem či dalším zdravotnickým personálem, anebo spolupráce v rámci dalších zařízení nebo organizací. Tato problematika je však dána především nevyhovujícím nebo neuspokojivým postavením sociálních pracovníků vůbec. Sociální pracovníci se tak v praxi potýkají s nedostatečnými kompetencemi, které mají vliv na jejich provedenou práci. Značná potíž je i v počtu sociálních pracovníků v zařízeních odrážející se do nedostačující práce s klientem. Tato situace je však opět a jen pouze výsledkem našeho špatně nastaveného systému zdravotní a sociální péče.

Možným řešením této situace by mohlo být pozměnění některých zákonů týkajících se sociální oblasti a profese sociálního pracovníka. Profese sociálního pracovníka by měla být povznesena tím způsobem, aby měl sociální pracovník větší možnosti a kompetence v zajišťo-

vání péče pro své klienty. Sociální pracovník by měl být chápán jako nepostradatelný v každém zařízení či organizaci. Dnes je již tato profese většinou spojena s nepostradatelností v očích spolupracovníků, odborníků a v některých případech i veřejnosti, avšak ne všude tato praxe dobře funguje. Ještě se najdou zařízení, v nichž je profese sociálního pracovníka brána jako podřadná či nedůležitá, nebo se v některých institucích profese sociálního pracovníka nevyskytuje vůbec. Tato situace by měla být také intenzivně řešena tím způsobem, aby byl sociální pracovník přítomen ve všech zařízeních, neboť je jeho práce velmi důležitá a nenahraditelná. Sociální pracovník by měl získat i kompetence rozhodovat v situacích vyžadujících si pohled odborníka v sociální sféře, jako je například umístování a přijímání nových klientů do konkrétního zařízení. Neboť právě rozkvět profese sociálního pracovníka je předpokladem k vyřešení jedné z oblastí problematické stávající situace ve zdravotně sociální oblasti i v problematice adekvátního propouštění klientů ze zdravotnického zařízení.

Dalším důležitým krokem k zlepšení stávající situace je potřeba výstavby zařízení poskytujících celodenní péči i rozšíření terénních služeb, a to nejlépe ve státní sféře. V současné době se setkáváme převážně s výstavbou nových soukromých zařízení, což přináší problémy s financováním těchto služeb ze strany klientů. Setkáváme se i s nesmyslnými podmínkami soukromých i státních zařízení na příspěvek na péči, což by mělo být taktéž intenzivně řešeno ze stran obou ministerstev.

Problémem je i probíhající transformace pobytových zařízení, která má vliv na snižování počtu lůžek. Myšlenka transformace je sice pro mnohé klienty žádoucí, avšak v praxi nám přináší spíše obtíže související s neschopností umístování klientů. Přestože je na nedostatečný stav v pobytových zařízeních neustále upozorňováno, situace se stále zhoršuje. Jak již bylo v práci řečeno, příčina je nejspíše v neznalosti lidí na vyšších místech rozhodujících osociálně zdravotní oblasti. Právě na takových místech by měli sedět odborníci orientující se ve zdravotně sociální oblasti, odborníci se zkušenostmi z praxe, nikoliv lidé mající pouze teoretické znalosti, které si však nedokáží správně propojit s dosavadní praxí.

Jak již bylo v této diplomové práci popsáno, špatně nastavenému systému by se dalo předejít novelou zákona o sociálních službách a dalšími souvisejícími zákony. Jeden z návrhů novely zákona byl již na konci března 2017 vládou přijat. V médiích se objevují informace o možnostech zvýšení příspěvku na péči či zvýšení podpory rodin s více dětmi. Avšak o ošetřovatelských domovech či jiných změnách, které by přinesly zlepšení v oblasti pobytových služeb pro potřebné občany, není zatím hovořeno. Není tedy vůbec zřejmé, jaký návrh novely

zákona o sociálních službách byl vládou přijat a jaké změny nám tato novela přinese. Můžeme pouze doufat a přát si, aby nám přinesla převážně pozitivní změny vedoucí ke zlepšení stávající situace v návaznosti zdravotní a sociální péče.

Výzkum na téma týkajících se postavením sociálních pracovníků v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče se na bohužel nalézt nepodařilo. Proto se pokusíme uvést alespoň některé shody s výzkumem zabývajícím se překážkami v integraci zdravotní a sociální péče, který byl provedený v prosinci roku 2016. Tímto průzkumem se zabývalo Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče Fakulty humanitních studií UK.

Zmíněný výzkum měl srovnatelné výsledky s námi provedeným výzkumem v oblasti konkrétních problémů v návaznosti zdravotně sociální péče, a to v oblasti financí, špatné komunikace či spolupráce v rámci zdravotní a sociální péče nebo v problému rozdělení MZ a MPSV do dvou samostatných rezortů a jejich neschopností se domluvit na zlepšení stávající situace. (Koubová, 2016)

Výsledky našeho výzkumu tak můžeme srovnat s názorem odborníků, s názorem veřejnosti a s dostupnou literaturou, podle nichž je stávající situace návaznosti zdravotní a sociální péče na dosti špatné úrovni. Tento stav můžeme potvrdit a podtrhnout výsledky našeho výzkumu a doporučit, aby se tato situace začala intenzivněji řešit. Jak jsme uvedli výše, jedním z kroků ke zlepšení stávající situace je v současné době přijatá novela zákona o sociálních službách, a také zdůraznění či zvýšení kompetencí sociálního pracovníka a jeho celkové úlohy ve zdravotně sociální sféře.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké je postavení sociálních pracovníků ve zdravotnictví v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče. Abychom tento cíl práce mohli naplnit, oslovili jsme několik zdravotnických zařízení, institucí a organizací za účelem získání co nejvíce sociálních pracovníků k realizaci výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Bohužel se nám podařilo získat pouze osm sociálních pracovníků, se kterými jsme mohli výzkumné šetření realizovat. Přestože jsme oslovili několik typů zdravotnických zařízení, jako jsou nemocnice, psychiatrické nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných či hospice, poskytnout rozhovor nám byli ochotni pouze sociální pracovníci psychiatrických nemocnic, nemocnic fakultních, krajských či městských.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že postavení sociálních pracovníků v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče je v praxi stále nedostatečně využíváno a aplikováno. Sociální pracovník ve zdravotnictví plní nejčastěji úlohu tzv. koordinátora, prostředníka či mezičlánku. Avšak tato praxe funguje spíše v rámci samotného zařízení, nikoliv celkově v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče. Profese sociálního pracovníka je totiž v praxi stále nedostatečně aplikována, což úzce souvisí s jeho nedostatečnými kompetencemi. Sociální pracovník má většinou malé slovo týkající se samotné sociální oblasti. V jeho kompetenci je pouze poradenství, snaha o zajištění následné péče po propuštění klientů ze zařízení vyplňování žádostí apod. Rozhodovací kompetence nemá žádný námi oslovený sociální pracovník. Rozdílné jsou i kompetence sociálních pracovníků lišících se podle typu zařízení. Silně nevyhovující jsou i počty těchto pracovníků.

Nynější nastavení profese sociálního pracovníka proto hodnotíme jako nedostačující a nevyhovující, podle čehož usuzujeme i z výpovědí sociálních pracovníků na otázku důležitosti jejich profese. Všemi sociálními pracovníky, jež jsme oslovili, je jejich profese považována za nepostradatelnou, a to nejčastěji z důvodu nenahraditelnosti jejich znalostí v oblasti sociální práce, práva a legislativy vztahující se k sociální oblasti.

Co se týče samotného postavení sociálních pracovníků v týmu zdravotnického zařízení a jejich vzájemné spolupráce, v mnohých zařízeních je profese sociálního pracovníka nezastupitelná, sociální pracovník je považován za důležitý článek týmu. Spolupráce a vnímání ze stran kolegů je však ovlivněna i sociálním cítěním lékaře či ostatního zdravotnického personálu na sociální problematiku, proto můžeme říci, že jsou v této oblasti také značné rozdíly.

Občasné problémy ve spolupráci sociálního pracovníka s lékaři, sestrami a ostatních zdravotnickým týmem mohou souviset i s nedůvěrou vůči profesi sociálního pracovníka a naopak. Je tedy velmi důležité, aby se všichni pracovníci ve zdravotní i sociální oblasti začali vzájemně respektovat a získali k sobě vzájemnou důvěru.

Také spolupráce sociálního pracovníka s ostatními zařízeními či institucemi se v mnoha ohledech jeví stále jako neuspokojivá, a to především z důvodu nedostatečné kapacity lůžek spolupracujících zařízení. Z výzkumu vyplynulo, že spolupráce se sociálními pracovníky zařízení není vnímána špatně, avšak jak již bylo řečeno, spolupráce je ovlivněna kapacitou daného zařízení. Sociální pracovníci jsou ve většině případů ochotni vyhovět přáním ostatních sociálních pracovníků, ale v jejich kompetenci není rozhodnout, koho jejich zařízení přijme. Proto můžeme konstatovat, že spolupráce se sociálními pracovníky funguje dobře, avšak potřeba umístování a jeho odezva je horší. Dalším problémem je i financování pobytových zařízení ze stran klientů, přesněji řečeno vysoké úhrady za poskytované služby těmto organizacím.

A jakou formou nejčastěji probíhá spolupráce sociálních pracovníků s ostatními zařízeními? Ve většině případů jde hlavně o telefonickou domluvu, dále také písemnou či osobní.

Závěrem můžeme říci, že profese sociálního pracovníka, jeho postavení a kompetence nejsou ještě v dnešní době správně nastaveny. Profese sociálního pracovníka by si zasloužila důležitější a významnější roli či úlohu. Takto nedostatečně aplikovaná profese je jedním z důležitých příčin stále špatné návaznosti zdravotní a sociální péče.

Doufáme, že tato práce přinese lepší pohled na současnou problematiku návaznosti zdravotní a sociální péče, která začne být snad pořádně řešena.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Teórie sociálnej pedagogiky*. Slovenská pedagogická spoločnosť SAV Bratislava. ISBN 978-80-970675-0-2.
- [2] BENDL, Stanislav, 2014. *Nárys sociální pedagogiky*. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-668-0.
- [3] BOLEDOVIČOVÁ, Maria, 2007. Úloha pomáhajúcich profesií v socializácii, resocializácii a poradenstve. In: Jiří, ŠKODA. *Multidisciplinárni přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, s. 81-90. ISBN 978-80-7044-858-8.
- [4] BRNULA, Peter, 2013. *Sociálna práca: dejiny, teórie a metódy*. 2. vyd. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-77-4.
- [5] Důvodová zpráva, 2014. [online]. Praha [cit. 2017-02-22].
- [6] HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [7] HUBÍKOVÁ, Olga, 2012. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče. *Sociální práce/Sociálna práca*. **12**(4), 113-126. ISSN 1213-6204.
- [8] Informace o nás, ©2016. *Agentura domácí péče s.r.o* [online]. Holoubkov [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.eu/>
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [10] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [11] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. Vývoj sociální práce ve zdravotnictví v České republice. In: Iva KUZNÍKOVÁ a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 13-26. ISBN 9788024736761.
- [12] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků v České republice. In: KUZÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 27-30. ISBN 9788024736761.
- [13] KRAUS, Blahoslav, 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. Vyd. 2. ISBN 978-80 262-0643-9.



- [14] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ, 2001. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-004-2.
- [15] LEVICKÁ, Jana, 2002. *Teoretické aspekty sociální práce*. Trnava: FZaSP TU. ISBN 80-89074-39-1.
- [16] LEVICKÁ, Jana, 2004. *Základy sociální práce*. Trnava: ProSocio. ISBN 80-968952-3-0.
- [17] LEVICKÁ, Jana a kol. 2007. *Sociální práce I*. Trnava: Oliva, Edícia ProSocio, 2007, 168 s., ISBN 978-80-969454-2-9.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [20] NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman, 2001. ISBN 8090307000.
- [21] NOVOTNÁ, Věra a Věra SCHIMMERLINGOVÁ, 1992. *Sociální práce: její vývoj a metodické postupy*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-483-5.
- [22] *Platné znění částí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s vyznačením navrhovaných změn: Platné znění částí zákonů s vyznačením navrhovaných změn*, 2016. Praha.
- [23] Popis pracovního místa, 2015. *Interní dokument KNTB*.
- [24] Popis pracovní činnosti, 2012. *Interní dokument VS*.
- [25] POTMĚŠILOVÁ, Petra, 2013. *Sociální pedagogika v teorii a praxi*. Univerzita Palackého v praxi. ISBN 978-80-244-3831-3.
- [26] PRŮCHA, Jan, MAREŠ, Jiří a Eliška, WALTEROVÁ, 2003. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.
- [27] SHAVEL, Milan, 2007. Multidisciplinárny tím v podmienkach sociálnej práce. In: JIŘÍ, ŠKODA. *Multidisciplinárny přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, s. 156-160. ISBN 978-80-7044-858-8. ISSN 156-159.

- [28] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [29] ÚLEHLA, Ivan, 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., V Sociologickém nakl. 2. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-36-9.
- [30] *Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace* [online], 2015. Praha [cit. 2017-02-22].
- [31] ŽILOVÁ, Anna, 2000. *Kapitoly z teorie sociální práce*. Žilina: Pedagogická fakulta univerzity Mateja Bela v Banské Bystrici a inštitút priemyselnej výchovy Žilina. ISBN 80-7100-783-8.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] BRUTHANSOVÁ, Daniela a Anna ČERVENKOVÁ, 2004. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání* [online]. Praha: VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <http://www.vupsv.cz/>
- [2] Deinstitutionalizace sociálních služeb, 2013. *Podporujeme transformaci* [online]. Česká republika: MPSV [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.podpora-transformace.cz/?p=44>
- [3] *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*. [online]. 2006. Česká republika: Společnost sociálních pracovníků ČR [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: [https://www.vkci.cz/soubory/prilohy/67\\_0\\_eticky%20kodex%20soc%20pracovniku.pdf](https://www.vkci.cz/soubory/prilohy/67_0_eticky%20kodex%20soc%20pracovniku.pdf)
- [4] HAMALAINEN, Juha, 2015. Defining Social Pedagogy: Historical, Theoretical and Practical Considerations. *Social Work. Journal of Social Work* [online]. **3**(45), 1-17 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/45/3/1022/1664450/Defining-Social-Pedagogy-Historical-Theoretical>
- [5] HÄMÄLÄINEN, Juha, 2003. The Concept of Social Pedagogy in the Field of Social Work. *Journal of Social Work* [online]. **3**(1), 69-80 [cit. 2017-03-15]. DOI: 10.1177/1468017303003001005. ISSN 1468-0173. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468017303003001005>
- [6] HOLČÁKOVÁ, Marcela, 2016. Kritika novely zákona o sociálních službách na semináři v Poslanecké sněmovně. *Bulletin* [online]. Praha: Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky, **2016**(mimořádné číslo), 5-9 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/files/Article/1302/TextDocument/bulletin-mimoradne-cislo-2016.pdf>
- [7] HOLMEROVÁ, Iva a Monika VÁLKOVÁ, 2016. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb* [online]. Česká republika:

- MPSV [cit. 2017-03-04]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika\\_k\\_zajisteni\\_zdravotni\\_pece.doc.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Methodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf)
- [8] HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Výzkum potřeb seniorů a osob se zdravotním postižením – závěrečná zpráva* [online]. Česká republika: Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/zaverecna\\_zprava\\_potreby\\_seniori\\_ozp.pdf](file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/zaverecna_zprava_potreby_seniori_ozp.pdf)
- [9] JANEČKOVÁ, Hana, 2013. Zdravotně-sociální péče v individuálním projektu MPSV Inovace systému kvality sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: LF Univerzita Karlova, **2013**(3) [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/18621/Zdravotnicke\\_noviny\\_clanek.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/18621/Zdravotnicke_noviny_clanek.pdf)
- [10] KOUBOVÁ, Michaela, 2016. Největší překážky integrace zdravotní a sociální péče? Finance, resortismus, neochota spolupracovat a něco řešit. *Zdravotnický deník* [online]. Česká republika, **2016** [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/12/nejvetsi-prekazky-integrace-zdravotni-socialni-pece-finance-resortismus-neochota-spolupracovat-neco-resit/>
- [11] KRAUS, Blahoslav a Stanislava HOFERKOVÁ, 2016. Ke vztahu sociální pedagogiky a sociální práce. *Sociální pedagogika* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, **4**(1), 57-71 [cit. 2017-02-15]. ISSN 1805-8825. Dostupné z: [http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/STUDIE-SocEd\\_Ke-vztahu-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky-a-soci%C3%A1ln%C3%AD-pr%C3%A1ce.pdf](http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/STUDIE-SocEd_Ke-vztahu-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky-a-soci%C3%A1ln%C3%AD-pr%C3%A1ce.pdf)
- [12] MERHAUTOVÁ, Iva a Blanka MISCONIOVÁ, 2002. Zdravotní a sociální péče v České republice. *Bulletin* [online]. Bulletin, **2002**(11) [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: [http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/11\\_2002/pece.html](http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2002/pece.html)
- [13] *Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy* [online]. 2004. Austrálie: Mezinárodní federace sociálních pracovníků [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: [https://www.vkci.cz/soubory/prilohy/67\\_0\\_eticky%20kodex%20soc%20pracovniku.pdf](https://www.vkci.cz/soubory/prilohy/67_0_eticky%20kodex%20soc%20pracovniku.pdf)

- [14] MIKULKOVÁ, Milena, [b. r. ] *Sociální pedagogika a její místo ve školství* [online]. Veselí nad Moravou, 1-4 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: [http://www.socioklima.eu/program/files/prispevek\\_do\\_sborniku.pdf](http://www.socioklima.eu/program/files/prispevek_do_sborniku.pdf)
- [15] MUSIL, Libor, ©2014. Poslání a cíle. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci [cit. 2017-02-15]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=1&podsekce=17>
- [16] NAVRÁTIL, Pavel a Libor MUSIL, 2000. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin* [online]. Brno: Sborník prací fakulty sociálních studií brněnské univerzity Sociální studia [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/080404095539.pdf>
- [17] ONDREJKOVIČ, Peter. 2000. Príspevok k otázkám vzťahov sociálnej pedagogiky a sociálnej práce. *Pedagogika* [online]. Pedagogika, časopis pro vědy o vzdělání a výchově, **2**(3), 181-191 [cit. 2017-02-15]. ISSN 2336-2189. Dostupné z: [file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/Pedag\\_2000\\_2\\_08\\_Pr%C3%ADspevok\\_181\\_191.pdf](file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/Pedag_2000_2_08_Pr%C3%ADspevok_181_191.pdf)
- [18] *Role rodinných pečovateli v systému sociální a zdravotní péče v ČR* [online], 2013. Česká republika: Specifický vysokoškolský výzkum, **2013**, 1-19 [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: [http://www.horecky.cz/images/1382503364\\_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pecce-v-cr.pdf](http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pecce-v-cr.pdf)
- [19] Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ©2015. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Česká republika: VZP [cit. 2017-03-05]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/vykazovani-a-uhrady/seznam-zdravotnich-vykonu-s-bodovymi-hodnotami>
- [20] Sociální lůžka, 2009. *Domov pro seniory Elišky Purkyňové* [online]. Praha [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <https://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/socialniluzka.html>
- [21] *Social Workers in Hospitals & Medical Centers* [online]. ©2011. Washington: National Association of Social Workers. All Rights Reserved. [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf>

- [22] ŠLENKRTOVÁ, Helena a Věra MARKOVÁ, 2008. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. *Česká asociace sester* [online]. Praha: ČAS, 2008(3), 1-7 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003\\_revize\\_3.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf)
- [23] ŠLENKRTOVÁ, Helena a Věra MARKOVÁ, 2010. Pracovní postup. *Česká asociace sester* [online]. Praha: ČAS, (5), 1-7 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003\\_revize\\_1.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_1.pdf)

## ZÁKONY

- [1] Nařízení vlády 222/2010 Sb., ze dne 14. června 2010 o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. 2010. In: *Portál veřejné správy* [online]. Česká republika [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/222\\_2010\\_Sb.pdf](file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/222_2010_Sb.pdf)
- [2] Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. 2011. In: *Portál veřejné správy* [online]. Česká republika [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/55\\_2011\\_Sb.pdf](file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/55_2011_Sb.pdf)
- [3] Vyhláška 134/1994 ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, podle pozdějších předpisů, In: *Zákony pro lidi* [online]. Česká republika [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>
- [4] Vyhláška 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. 2006. In: *Portál veřejné správy* [online]. Česká republika [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/505\\_2006\\_Sb.pdf](file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/505_2006_Sb.pdf)
- [5] Zákon č. 96/2004 ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. 2004. In: *Portál veřejné správy* [online]. Česká republika [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&nr=96~2F2004&rpp=15#local-content>
- [6] Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. 2006. In: *Portál veřejné správy* [online]. Česká republika [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62334&nr=108~2F2006&rpp=15#local-content>
- [7] Zákon č. 262/2006 ze dne 7. června 2006, Zákoník práce ve znění pozdějších předpisů, 2006. In: *Zákony pro lidi* [online]. Česká republika [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

- [8] Zákon 563/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. 2004. In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: file:///C:/Users/Ladou%C5%A1/Downloads/563\_2004\_Sb.pdf



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DP	Domácí péče
DPS	Domov pro seniory
DZR	Domov se zvláštním režimem
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSPOD	Orgán sociálně právní ochrany dětí
R	Respondent
SP	Sociální pracovník
ÚP	Úřad práce
ZaS	Zdravotní a sociální péče

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<i>Obr. 1 – schéma spolupráce</i> .....	83
<i>Obr. 2 - výsledek otevřeného kódování</i> .....	84
<i>Obr. 3 – výsledek axiálního kódování</i> .....	87
<i>Obr. 4- výsledek selektivního kódování</i> .....	89

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1- sociální pracovníci</i> .....	58
<i>Tab. 2 – kategorie</i> .....	65
<i>Tab. 3 – závěrečné shrnutí výsledků otevřeného kódování</i> .....	85

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. Schéma polostrukturovaného rozhovoru

Příloha P II. Otázky v rozhovoru

# **PŘÍLOHA P I: SCHÉMA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU**

## **ÚVODNÍ ČÁST**

- představení obou stran
- představení výzkumného šetření
- žádost o poskytnutí rozhovoru
- ujištění o anonymitě
- žádost o souhlas s pořízením zvukového záznamu

**Dobrý den, jsem studentka posledního ročníku navazujícího magisterského programu sociální pedagogiky. V rámci zpracovávání diplomové práce bych vás chtěla poprosit o zodpovězení několika otázek týkajících se vaší práce na ... a s tím související návazností na další služby. Rozhovor bude probíhat anonymně, souhlasíte s nahráváním?**

## **HLAVNÍ ČÁST**

1. Jaká je vaše délka praxe sociálního pracovníka?
2. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovník v (konkr. zařízení)?
3. Jaké je vaše vzdělání??
4. Jakou funkci vykonáváte v (konkrétní zařízení)?
5. Jak byste charakterizoval/a svou profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví?
6. Je podle vás sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení nezbytný a z jakého důvodu?
7. Jaké činnosti (kompetence) zahrnuje vaše pracovní pozice?
8. Jak byste charakterizoval vaše postavení mezi ostatními členy týmu v zařízení?
9. Myslíte si, že v rámci multidisciplinárním týmu máte nepostradatelnou úlohu a z jakého důvodu?
10. Jak vaše postavení v týmu vnímají ostatní kolegové?
11. Co si myslíte o současné situaci v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče v České republice?

12. Jak probíhá spolupráce s ostatními institucemi, zařízeními atd. se kterými nejčastěji spolupracujete?
13. O jaké zařízení se konkrétně jedná?
14. Jakým způsobem zde funguje a probíhá tzv. návaznost zdravotní a sociální péče? Případně tato návaznost nefunguje?
15. Jaké je vaše postavení v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče? Jakou úlohu zde sehráváte?
16. Kolik je ve vašem zařízení (nemocnici) sociálních pracovníků na jednotlivá oddělení?
17. Měl by být přítomen na každém oddělení nemocnice jeden (a více) sociální pracovník?
18. Jaký by měl být podle vás maximální počet klientů na jednoho sociálního pracovníka, aby byla tato práce efektivní?

#### **UKONČUJÍCÍ ČÁST**

- Chtěl/a byste ještě něco doplnit?

#### **UKONČENÍ ROZHOVORU A PODĚKOVÁNÍ ZA ROZHOVOR**

## PŘÍLOHA P II: OTÁZKY V ROZHOVORU

1. Jaká je vaše délka praxe sociálního pracovníka?
2. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovník v (konkrétním zařízení)?
3. Jaké je vaše vzdělání??
4. Jakou funkci vykonáváte v (konkrétní zařízení)?
5. Jak byste charakterizoval/a svou profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví?
6. Je podle vás sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení nezbytný a z jakého důvodu?
7. Jaké činnosti (kompetence) zahrnuje vaše pracovní pozice?
8. Jak byste charakterizoval vaše postavení mezi ostatními členy týmu v zařízení?
9. Myslíte si, že v rámci multidisciplinárním týmu máte nepostradatelnou úlohu a z jakého důvodu?
10. Jak vaše postavení v týmu vnímají ostatní kolegové?
11. Co si myslíte o současné situaci v problematice návaznosti zdravotní a sociální péče v České republice?
12. Jak probíhá spolupráce s ostatními institucemi, zařízeními atd. se kterými nejčastěji spolupracujete?
13. Jaké zařízení se konkrétně jedná?
14. Jakým způsobem zde funguje a probíhá tzv. návaznost zdravotní a sociální péče? Případně tato návaznost nefunguje?
15. Jaké je vaše postavení v rámci návaznosti zdravotní a sociální péče? Jakou úlohu zde sehráváte?
16. Kolik je ve vašem zařízení (nemocnici) sociálních pracovníků na jednotlivá oddělení?
17. Měl by být přítomen na každém oddělení nemocnice jeden (a více) sociální pracovník?
18. Jaký by měl být podle vás maximální počet klientů na jednoho sociálního pracovníka, aby byla tato práce efektivní?