

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Barbora Zámečnicková

Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20. 4. 2023

Bc. Barbora Zámečnicková

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Petru Vrzáčkovi nejen za odborné vedení a cenné rady při realizaci mé diplomové práci ale také za inspiraci a podporu během celého studia. Poděkování patří také všem akademickým pracovníkům programu Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK, dále respondentům, kteří se mnou spolupracovali a pomohli mi realizovat empirickou část, a v neposlední řadě děkuji rodině a přátelům za jejich trpělivost a podporu.

OBSAH

I.	ÚVOD.....	9
II.	TEORETICKÁ ČÁST	13
1	SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	13
1.1	Definice sociální práce.....	13
1.2	Definice sociálního pracovníka.....	14
1.3	Legislativní vymezení	14
1.3.1	Legislativní vymezení sociálního pracovníka.....	15
1.3.2	Legislativní vymezení zdravotně sociálního pracovníka.....	15
2	SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	18
2.1	Vymezení obsahu sociální práce ve zdravotnictví.....	18
2.2	Činnosti zdravotně sociálního pracovníka	19
2.2.1	Poradenství.....	20
2.2.2	Plánování propouštění.....	21
2.2.3	Advokacie pacientů.....	22
2.2.4	Typy sociálních pracovníků vzhledem k postoji a přístupu k praxi	23
2.3	Oddělení sociální péče ve Fakultní nemocnici Hradec králové	25
2.4	Výzvy pro zdravotně sociálního pracovníka v nemocnicích	26
3	KOORDINOVANÁ REHABILITACE	29
3.1	Léčebná rehabilitační péče	33
4	MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	35
4.1	Terminologické vymezení.....	35
4.2	MDT.....	36
4.3	Přínos a nevýhody	39
4.4	Členové týmu	40
4.4.1	Vybrané obory rehabilitace a jejich charakteristika	43
4.5	Role zdravotně sociálního pracovníka v MDT	44
4.6	Školení MDT.....	46
4.7	Komunikace v týmu	46
4.8	Etika a multidisciplinární tým.....	48
III.	EMPIRICKÁ ČÁST	49
5	METODOLOGIE VÝZKUMU	49
5.1	Diskurz výzkumného problému	49

5.2	Výzkumný problém.....	50
5.3	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	51
5.4	Metody a techniky výzkumu	52
5.5	Výzkumný vzorek	54
5.6	Etické aspekty výzkumu	55
5.7	Limity výzkumu	55
5.8	Pozicionalita výzkumníka	56
5.9	Sběr dat.....	56
6	VÝZKUMNÁ ZJIŠTĚNÍ	58
6.1	Dílčí cíl 1.1 (DC 1.1).....	58
6.2	Dílčí cíl 1.2 (DC 1.2).....	60
6.3	Dílčí cíl 2.1 (DC 2.1).....	64
6.4	Dílčí cíl 2.2 (DC 2.2).....	67
6.5	Dílčí cíl 2.3 (DC 2.3).....	69
6.6	Dílčí cíl 2.4 (DC 2.4).....	72
6.7	Souhrn výsledků.....	75
7	DISKUZE	77
8	DOPORUČENÍ PRO MANAGEMENT ORGANIZACE	80
9	DOPORUČENÍ PRO TÝM	81
IV.	ZÁVĚR	82
	LITERATURA	84
	SEZNAM ZKRATEK	94

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v nemocničním prostředí, konkrétně na Rehabilitační klinice při Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Práce se zaměřuje na zmapování současné podoby fungování sociální práce na této rehabilitační klinice, roli sociálního pracovníka, obsah a význam práce ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu.

Cílem teoretické části je seznámení se s profesí zdravotně-sociálního pracovníka a popsání jeho úlohy jako člena zdravotnického týmu a jeho spolupráci v rámci multidisciplinarity. Cílem empirické části je popsat současnou podobu sociální práce pohledem nejen sociálního pracovníka, ale i členů multidisciplinárního týmu. Cílem je zjistit, jak zdravotnický personál vnímá sociální pracovníky coby členy multidisciplinárních týmů a jak hodnotí vzájemnou spolupráci. Data byla získána prostřednictvím kvalitativní metodologie za užití polostrukturovaných a neformálních rozhovorů se členy multidisciplinárního týmu a se zdravotně sociální pracovníci, která na klinice pracuje. Polostrukturované rozhovory jsou analyzovány pomocí otevřeného kódování a data následně rozdělena do kategorií. Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v empirické části práce v rámci kategorií vzešlých z analýzy dat. Na základě výsledků jsou formulována doporučení, jež jsou zaměřena na řešení interpersonálních problémů daného pracoviště a na způsoby, jimiž lze zlepšit spolupráci mezi zdravotníky a zdravotně sociální pracovníci a při poskytování kvalitní péče v plném rozsahu. Největší bariérou v oblasti rozvoje sociální práce na klinice se ukázaly být nedostatek času, neznalost, nedostatek zdravotně sociálních pracovníků, a především neefektivní spolupráce mezi sociální a zdravotnickou složkou.

Klíčová slova

činnosti zdravotně sociálního pracovníka; multidisciplinární tým; sociální práce v nemocnici; sociální pracovník; zdravotně sociální práce

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the role of a social worker in a hospital environment, specifically at a rehabilitation clinic. The work is focused on mapping the current form of functioning of social work at the rehabilitation clinic, the role of the social worker, the content and meaning of the work in cooperation with other members of the multidisciplinary.

The aim of the theoretical part is to get acquainted with the profession of a health and social worker and to describe their role as a member of a health team and their cooperation within a multidisciplinary framework. The aim of the empirical part is to describe the current form of social work not only from the point of view of a social worker, but primarily from the perspective of members of a multidisciplinary team, to find out how medical personnel perceive social workers as members of multidisciplinary teams, and how they evaluate mutual cooperation. Data were generated through a qualitative methodology using semi-structured and informal interviews with members of the multidisciplinary team and with the social worker under whom the clinic falls. The semi-structured ones are analyzed using open coding and the data are then divided into categories. The results of the research investigation are presented in the empirical part of the work within the categories arising from the data analysis. Based on the results, recommendations are formulated, which include several proposed options for solving the interpersonal problems of the given workplace, how to improve cooperation and the provision of quality care in full. Lack of time, ignorance, lack of social workers and, above all, lack of connection between the health and social services in the sense of good cooperation proved to be the biggest barrier in the field of social work development at the clinic.

Keywords

activities of a health and social worker; health and social work; multidisciplinary team; social work in a hospital; social worker

I. ÚVOD

Multidisciplinární tým je velmi diskutované téma ve všech oborech, zdravotnictvím počínaje. Cílem diplomové práce je popsat současnou podobu sociální práce na Rehabilitační klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové, a to pohledem zdravotně sociálního pracovníka i členů multidisciplinárního týmu. Zajímalo mě, jak zdravotnický personál kliniky vnímá sociální pracovníky coby členy multidisciplinárních týmů, a jak hodnotí vzájemnou spolupráci.

Na zmíněné rehabilitační klinice jsem během výzkumu pracovala na pozici ergoterapeutky a byla jsem členkou multidisciplinárního týmu. Ačkoliv jsem ergoterapeutka, snažila jsem se pro své téma diplomové práce vystopovat podíl nebo možné zapojení sociální práce ve zdravotnictví, a to konkrétně na svém pracovišti. Téma diplomové práce jsem zvolila tak, aby mi bylo blízké a aby zjištění z plánovaného výzkumu mohla být využita ke zkvalitnění poskytování služeb a spolupráce v týmech.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol.

První kapitola je věnována vymezení oboru sociální práce, definici sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka. Sociální práce ve zdravotnictví má jistá specifika oproti sociální práci mimo zdravotnictví, proto se věnuji i legislativnímu zakotvení sociální práce ve zdravotnictví.

Kapitola druhá je zaměřena zejména na smysl a obsah sociální práce ve zdravotnictví. V jedné podkapitole seznamuji čtenáře s oddělením sociální péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. V kapitole také udávám možné výzvy sociální práce v nemocnicích a přístupy sociálních pracovníků ke své práci.

Kapitola třetí seznámí čtenáře s koordinovanou rehabilitací. Koordinovaný systém umožňuje pomocí multidisciplinárního týmu propojit odbornosti v léčebné, sociální, vzdělávací či pracovní oblasti. Jedná se o efektivní přístup v léčbě, který představuje nedílnou součást ucelené rehabilitace, v další podkapitole se věnuji rehabilitaci léčebné.

Ve čtvrté kapitole se zabývám multidisciplinárním týmem, jeho významem pro praxi ve zdravotnictví. Je zde představena role zdravotně sociálního pracovníka jakožto člena multidisciplinárního týmu. V podkapitolách stručně představuji jednotlivé členy, kteří se nejčastěji vyskytují v týmech na rehabilitační klinice. Kapitola má za cíl vyjasnit podstatu fungování a smysl spolupráce členů.

Empirická část práce je věnovaná kvalitativnímu výzkumnému šetření realizovanému na rehabilitační klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Pracoviště působí velmi specificky, protože klinika se nachází zcela mimo hlavní areál nemocnice. Proto i samotný výzkum byl pro mě výzvou a zároveň jsem se těšila na to, k jakým zjištěním dojde. V jejím úvodu je zmíněn výzkumný problém, popsán výzkumný design a metodologie. Výzkumu se účastnilo jedenáct respondentů a jejich odpovědi, které zazněly v polostrukturovaném rozhovoru, odpovídají na výzkumné otázky diplomové práce. Z těchto informací sestavuji doporučení pro management organizace a doporučení pro tým.

Smyslem diplomové práce není odsoudit praxi, ale zjistit, do jaké míry další profese vnímají nedostatečnost v reagování na sociální potřeby pacienta a do jaké míry dokážou samy na tyto potřeby reagovat.

U většiny pacientů, kteří jsou přijmutí na rehabilitační kliniku, je už předem jasné, že bude potřeba nějaká forma sociální péče (poradenství, zajištění příspěvků, dávek, následná péče, domácí péče apod.). Pacienti se mohou ocitnout v sociální nouzi, na kterou by měl zdravotnický personál reagovat. Mou motivací bylo ověřit, do jaké míry je tento problém vnímán i dalšími profesemi.

Nedávná pandemie Covid-19, a dle mého názoru i válka na Ukrajině, si vynutily pomocnou ruku sociálních pracovníků. Sociální pomoc byla při těchto událostech málo zvažována, dnes je naléhavost realizace sociální práce a poskytování sociálních služeb evidentní (Muskat et al., 2021). Během pandemie byli sociální pracovníci vyzváni, aby reagovali na změny, výzvy ve zdravotnictví a na nárůst zdravotní složitosti pacienta.

Barbé a spol. (2021) tvrdí, že sociální pracovníci jsou svědky vzniku nového světového scénáře s nárůstem nových sociálních potřeb, zejména pak u zranitelných skupin, jako jsou staří lidé. Podle zkušeností sociálních pracovníků ze zdravotnického zařízení je jejich činnost jednostranná a administrativní a v důsledku toho nezbývá čas na samotnou sociální práci. Nemocnice vyžaduje po vyřešení zdravotního problému umístění klienta do jiného zařízení co nejrychleji, případně do domácí péče (Kuzníková, 2011). Postavení samotné profese a činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou nejasné a nejednotné. Zároveň je také pouze v rukách managementu nemocnice, zda sociálního pracovníka zaměstná či nikoliv (Kuzníková, 2011).

To znamená, že léčba pacienta zohledňuje pouze zdravotnické aspekty stavu, ale neohlíží se na další fungování pacienta a jeho rodiny (Dziegielewski, 2015).

Výzkumu Bachman at al. (2017) se zúčastnilo 10 států USA. Autoři popisují, že zdravotníci často plní úkoly, které by sociální práce mohla vykonávat. Úkoly jako jsou poradenství, koordinace péče a propojení s komunitními službami nejsou výhradně vykonávány sociálními pracovníky. Dále autoři říkají, že pro podporu role sociální práce ve zdravotnictví by se měl klást důraz na interdisciplinární praxi. Dalším faktorem, který ovlivňuje omezení zapojení sociální práce ve zdravotnictví, je nedostatek informací o tom, co sociální pracovník skutečně dělá. Na sociální práci se velmi často nahlíží jako na doplněk, který není vůbec nutný.

Farhana a Riaz (2019) zkoumali roli sociální práce v Pákistánu – obtíže a problémy, kterým čelí zdravotně sociální pracovníci. Závěry studie ukazují, že zdravotně sociálním pracovníkům se dosud nedostalo patřičného uznání široké veřejnosti. Studie ukazuje, že nedostatek rozpočtu, nulová motivace, nízké ocenění a nedostatek dalšího vzdělávání demotivuje zdravotní pracovníky sociální péče.

Cleak a Tonge (2020) zkoumali roli sociálního pracovníka v indických nemocničních zařízeních. Studie ukázala, že Indie poskytuje západní model sociální práce navzdory svému strukturálnímu rozdělení a nadměrné populaci. Výsledky studie ukazují, že sociální pracovníci zlepšují situaci pacientů a rodin a přispívají ke zlepšení zdravotního stavu.

Fugl Meyer (2015) zase ve své studii prezentuje význam multiprofesionální týmové práce pro realizaci úspěšné rehabilitace. Byly provedeny fokusní skupiny se 7 lůžkovými týmy ortopedické rehabilitace a vyšetřeny pomocí kvalitativní obsahové analýzy. Dle výsledků sociální pracovník zkoumá informace, které pomáhají při sestavování rehabilitačního plánu. Každá profese si diagnostikuje, zpracovává a určuje své oborově orientované cíle a strategie, které je nutné přizpůsobit plánu rehabilitace (včetně sociální práce), dále jsou diskutovány a synchronizovány v rámci týmu. Všechny profese se podílejí na tvorbě plánu a všechny informace končí v rukou lékaře.

Downey, Neff, Dube (2019) považují za podstatnou komunikaci mezi jednotlivými odborníky multidisciplinárního týmu. Autoři uvádí, že problémy při spolupráci mohou vznikat kvůli odlišnému jazyku profesí. Vzhledem k tomu, že zdravotníci nejsou během teoretické přípravy na povolání seznámeni s terminologií sociálních pracovníků, často potom jejich řeči nerozumí. Toto platí i obráceně ve vztahu sociálních pracovníků ke zdravotníkům.

Každý člen interdisciplinárního týmu poskytuje rozdílnou službu s ohledem na individualitu osoby, které péči poskytují, a to umožňuje docílení kvalitní péče.

„Podmínkou existence interprofesionálního týmu je spolupráce, vzájemná komunikace jednotlivých členů a jejich skutečně partnerský vztah. Skutečnost, že jednotlivé profese v daném zařízení existují, ještě neznámá, že se v zařízení pracuje opravdu v týmu“ (Holmerová 2014, s. 100–101).

Získání respektu u lékařských, ošetrovatelských a příbuzných zdravotnických oborů za přínos sociálních pracovníků u lůžek pacientů vyžaduje cestu, která začíná formálním a legislativním uznáním. Musí nastat kulturní změna – uznání relevance profese a její komplementarita se zdravotní péčí (Sen et al., 2020).

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE

1.1 Definice sociální práce

Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW – International Federation of Social Workers) definuje: „*Sociální práce je vědecká disciplína založená na praxi, která podporuje sociální změny, rozvoj, sociální soudržnost a posiluje svobodu lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti jsou pro sociální práci zásadní. Sociální práce na základě teorií, společenských věd, humanitních věd zapojuje lidi a společenské struktury do řešení životních výzev s cílem zvýšení blahobytu.*“ (IFSW, 2018).

Sociální práce se řadí mezi pomáhající profese, jejím cílem je zvýšit sociální fungování, tzn. zvládání nároků prostředí a společnosti v různých oblastech života. Mluvíme o komplexním, celostním přístupu, který zahrnuje biologické, sociologické, psychologické i spirituální aspekty životní situace klienta (Bartlett, 1970).

Kuzníková definuje sociální práci ve zdravotnictví jako velmi pestrou disciplínu. Současná medicína se snaží přistupovat k pacientovi holisticky, což znamená, že se nezajímá pouze o fyziologické pojetí zdraví a nemoci. Holistické pojetí znamená zaměření se na komplexní stav pacienta. Tento způsob medicíny se tedy zajímá také o pacientův psychický, sociální a spirituální stav. Stejný přístup zaujímá i sociální práce ve zdravotnictví a ve středu jejího zájmu tedy není jen samotný klient, ale také jeho rodina a širší okolí (Kuzníková, 2011).

Ve zdravotnictví stále převládá biomedicínský přístup. Postupně se, i díky sociální práci, k pacientovi uplatňuje přístup z pohledu biopsychosociálního. Tohoto přístupu se používá v souvislosti s různými obory, například sociálním lékařstvím či ošetrovatelstvím (Kuzníková, Malík Holasová, 2012).

Matoušek definuje cíle sociální práci jako odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů, kdy se opírá jednak o rámec společenské solidarity a zároveň o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu (Matoušek a kol., 2001).

Řada autorů se shoduje, že sociální práce je těžká a především nedoceněná (Šabatová 2017; Krejčová 2018; Hotová 2018).

Úlehla (2007) ve své publikaci uvádí, že sociální práce stojí na třech opěrných bodech, kterými jsou:

- normy (zákony, předpisy, standardy, společenská pravidla, povinnosti),
- způsoby chování, myšlení, konání, které se neshodují s normami, čímž se z člověka stává klient sociální práce,
- profesionální odbornost pracovníka, čímž je sociální pracovník zprostředkovatel mezi normami a klientem (Úlehla, 2007).

1.2 Definice sociálního pracovníka

V případě vzniku nepříznivé situace bylo dříve zvykem řešit situaci s rodinou či blízkou osobou. Jen pro ty nejtěžší situace existovaly instituce, zejména církevní, které nepřízeň života charitativně pomáhaly řešit. Velmi zjednodušeně řečeno, profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na nezbytnou roli při řešení nových nepříznivých sociálních situací, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale zároveň společnosti (Hanuš, 2007).

Matoušek (2007) definuje sociálního pracovníka, jako zprostředkovatele sociálních služeb a zároveň osobu, která pomáhá klientům s nastavením intenzity a výběrem konkrétních služeb, které budou poskytovány.

Matoušek (2007) dále doplňuje, že zdravotně sociální pracovník má větší pravomoc než běžný sociální pracovník především díky činnostem, které jsou spojené se zdravotním stavem klienta, následně šetřením v rodinách a péčí o pozůstalé.

Úlehla (2007) uvádí, že sociální práce vychází z objednávky klienta a nabídky sociálního pracovníka. Klienty přivádí do vzájemného setkání se sociálním pracovníkem touha, žádost nebo přání nalézt pomoc. Při setkání se začíná popisem problému ze strany klienta, následuje objednávka – co s tím chce klient udělat, a poté nastává spolupráce. Stanoví se cíle a na jejich základě se dojednávají zakázky (Úlehla, 2007).

Kuzníková (2011) popisuje, že klienti bývají plni obav, strachu, vzteku, smutku, což někdy interpretují jako fyzickou bolest nebo nepříjemné subjektivní tělesné pocity.

1.3 Legislativní vymezení

Sociální práce ve zdravotnictví se dotýká souběžně sociální i zdravotní oblasti. Zdravotně sociální pracovníci proto musí být vzděláni v obou oblastech pro samostatný

výkon povolání. Avšak je nezbytné zmínit, že v nemocnici jsou zaměstnáváni jak sociální pracovníci, tak zdravotně sociální pracovníci a zde nastává rozpor. Dle vyhlášky 55/2011 Sb. by se totiž jejich činnosti a náplň práce měly odlišovat. (MPSV, 2019).

Vzhledem k empirické části práce, která obsahuje vzorek zdravotně sociální pracovnice, považují za důležité nastínit, co všechno mají pracovníci na starost a kde jsou v jejich kompetencích nejasnosti.

1.3.1 Legislativní vymezení sociálního pracovníka

Současná sociální práce je uspořádána dle několika legislativních norem, které jsou na pomezí dvou oblastí – sociální a zdravotní péče. Primární legislativou pro výkon povolání sociálního pracovníka je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Druhým podstatným dokumentem je vyhláška č. 55/2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MPSV, 2019).

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (§ 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

1.3.2 Legislativní vymezení zdravotně sociálního pracovníka

Zdravotně sociální práce je specifickou oblastí sociální práce, kdy zdravotně sociální pracovník vykonává činnosti z oblasti sociální práce ve zdravotnickém zařízení, a zároveň je způsobilý k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (zákon č. 96/2004 Sb.).

Zákon v § 10 stanovuje odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání na základě absolvování:

- *akreditovaného zdravotnického vysokoškolského oboru se sociálním zaměřením,*
- *studia na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách se zaměřením v sociální oblasti a absolvováním kvalifikačního akreditovaného kurzu zdravotně sociální pracovník,*
- *specializačního studia v oboru zdravotně sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.*

Pokud osoba nesplňuje požadavky dle § 10, neznamená to, že by nemohl vykonávat sociální práci ve zdravotnictví. Zákon v § 43 umožňuje vykonávat činnosti, které však musí být vykonány pod odborným dohledem a vedením jiného pracovníka (zákon č. 96/2004 Sb.).

Konkrétní činnosti, které může zdravotně sociální pracovník vykonávat dle § 3 odst. 1 bez odborného dohledu a bez indikace:

- *„provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*
- *provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*
- *sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,*
- *zajišťovat sociálně – právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,*
- *účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,*
- *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,*

- *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,*
- *v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.“* (vyhláška č. 55/2011 Sb., §9).

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Sociální práce ve zdravotnictví má jistá specifika oproti sociální práci mimo zdravotnictví. Kapitola je zaměřena zejména na činnosti zdravotně sociálního pracovníka, na činnosti a výzvy v nemocnicích a na sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

2.1 Vymezení obsahu sociální práce ve zdravotnictví

Dnes se již nesetkáme s „*universálním*“ sociální pracovníkem v sociální péči, ale se specialisty na sociální práci právě ve zdravotnictví, dále ve školství, sociálních službách, ve vězenství apod. Sociální pracovníci se již specializují na poradenství, terénní práce, práce v denních střediscích, v ústavech atd. Stávají se z nich organizátoři, kteří nejen diagnostikují sociální potřeby svých klientů, ale i řídí jejich uspokojení (Rövik, K. A., 1998).

Kutnohorská, Cichá a Goldman charakterizují zdravotně sociální profesi jako odbornou činnost v oblasti sociální práce, která je prováděna ve zdravotnictví a je aplikována velmi individuálně. (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, s. 69).

Kuzníková a Malík Holasová (2012) uvádějí: „*Specifika sociální práce ve zdravotnictví jsou zastoupena především potřebou mezioborové spolupráce a potřebou fungujících multiprofesních týmů, krátkodobým poradenstvím, poradenstvím omezeným na dobu hospitalizace pacienta.*“

Havrdová (in Matoušek a kol., 2013) nebo Kuzníková (2011) vymezují základní činnosti zdravotně sociálních pracovníků: sociálně – právní činnosti; sociálně – právní poradenství; sociální prevenci; sociální diagnostiku nebo sociální intervenci. Dále zmiňuje jako další možnou činnost supervizi, řízení sociálních organizací, týmů a organizační změny.

Naopak Kuzníková (2011) do náplně práce zdravotně sociálních pracovníků management nezařazuje.

Sociální práce ve zdravotnictví je směřována zejména na hospitalizované osoby, které se v důsledku svého zdravotního stavu mohou dostat do nepříznivé sociální situace. Příčinou může být například věk, ztráta soběstačnosti, nevhodné sociální zázemí apod. (Šlenkrťová, Marková, 2011).

Vurm (2007), ale rovněž Tomeš (2001) konstatují, že sociální a zdravotní péče se doplňují a tam, kde je poskytována zdravotní péče, by se měla současně zajistit i péče sociální. Integrace zdravotní a sociální péče nabízí tak lidem lepší kvalitu péče.

Kuzníková (2011) dodává, že smyslem sociální práce je využít moci psychosociální sféry k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.

Kuzníková (2011) vymezuje tři druhy vyhledávání a zprostředkování sociální pomoci:

1. Situace, kdy pacient sám požádá sociálního pracovníka o pomoc – v české praxi je tato situace zkomplikovaná tím, že sociální pracovník většinou není součástí pracovního týmu jednotlivých oddělení, a tudíž není pro klienta fyzicky k dispozici. Pacient může požádat zdravotnický personál o zprostředkování kontaktu se sociálním pracovníkem, anebo požádat příbuzné, aby oni kontaktovali sociálního pracovníka v nemocnici (Kuzníková, 2011).
2. Sociálního pracovníka povolá lékař či sestra určitého oddělení – zde dochází k problematické otázce, jak může zdravotnický personál určit, který klient je „vhodný“ pro sociální šetření. Zdravotníci mohou přehlédnout pacienty, kteří sociální pomoc nebo poradenství potřebují (Kuzníková, 2011).
3. Depistáž – aktivní vyhledávání klientů sociálním pracovníkem – dnes velmi častý přístup. (Kuzníková, 2011).

2.2 Činnosti zdravotně sociálního pracovníka

Pacienti se potýkají s mnoha problémy, jako jsou třeba nenadálá nehoda, náhlé a vysilující onemocnění, nebo je jim diagnostikováno chronické či život ohrožující onemocnění. Mezi základní činnost zdravotně sociálního pracovníka patří odebrání anamnézy a posouzení sociálních, emocionálních, environmentálních a finančních potřeb pacienta. Tyto informace jsou sdíleny s ostatními členy zdravotnického týmu, protože mohou ovlivnit plán léčby a prognózu pacienta. Sociální pracovníci pomáhají vyhodnotit okamžité i dlouhodobé problémy, identifikovat potřeby a najít zdroje k jejich uspokojení. Pracovník působí jako obhájce při zajišťování práv klienta, přímo radí klientovi a jeho rodině a odkazuje klienta na jiné sociální agentury, komunitní zdroje nebo zařízení. Pokud sociální pracovník pracuje v nemocnici, stěžejní činností zdravotně sociálních pracovníků v tomto zařízení bývá obecně plánování propouštění. To zahrnuje mimo jiné zřizování

služeb do domácího prostředí po propuštění klienta, zajišťování donášky stravy domů a stanovení termínů následné péče. Také může pomoci zajistit pravidelnou dopravu k lékaři, do komunitních sociálních služeb anebo dlouhodobou péči v jiném zařízení. Většina také podává žádosti i o dávky hmotné nouze nebo dávky pro osoby se zdravotním postižením. Ty jim mohou pomoci zajistit život v jejich přirozeném prostředí. Dávky jim umožní uhradit pečovatelské a asistenční služby nebo služby domácí zdravotnické péče či pomoci rodiny. Dále je možné využít denních stacionářů (Encyclopedia of Nursing and Allied Health, 2023; Torfing, Krogh, Ejrnæs, 2020; Klusoňová, 201).

V souvislosti s tímto tématem, bych upozornila na zjištění z empirického výzkumu z roku 2003, který prokázal, že většina lidí (pokud by byla schopna sama zajistit péči) by se ráda postarala o své blízké v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pokud by nebylo možno z jakéhokoli důvodu tuto péči zajistit, očekávají pomoc ze strany státu formou pobytové sociální služby. S terénní či ambulantní formou pomoci oslovení respondenti příliš nepočítali (Vidovičová, Rabušic, 2003).

2.2.1 Poradenství

Neočekávané změny v životě pacientů a jejich rodinných příslušníků s sebou nesou různé otázky, a právě poradenství je jednou z možností, jak dále pomoci. Poradenství se nejčastěji týká možností péče v zařízení, péče po propuštění a finančních prostředků v podobě příspěvků na péči. Obavy, které provází rodinu nebo pacienta, společně zkonkretizují a hledají jejich řešení. Z důvodu neustále se měnících zákonů, výkonů a jejich poskytovatelů to v celém systému ztěžuje orientaci, proto jsou sociální pracovníci důležitými poradci. Sociální služba může rodinným příslušníkům a pacientům vysvětlit jejich práva, poradit a doporučit řešení, poskytovat informace v oblasti výkonů vyplývajících ze zákonů, které se týkají závažné invalidity, práva na sociální pomoc nebo rady ve věcech soudně regulovaného opatrovnictví (Schuler, Oster, 2010; Kuzníková, 2011).

Zdravotně sociální pracovníci také pomáhají pacientům a jejich rodinám vyrovnat se s emocionálními a sociálními reakcemi na nemoc a léčbu. Vzdělávají pacienty a jejich rodiny o nárocích, jedná se o dávky, které stát poskytuje osobám ve společensky uznaných situacích. Mohou také vést skupinové diskuse nebo poskytovat individuální poradenství.

Tyto intervence napomáhají k vytvoření pevného základu prostřednictvím snižování stigmatu souvisejícího s nemocí a podpory pozitivního života uprostřed problémů, které nemoc doprovázejí (Muhingi, Machani 2020; Krebs, Průša, 2002).

2.2.2 Plánování propouštění

Kuzníková a Vontorová uvedly z výzkumu z roku 2011, jež nesl název „*Podmínky pro výkon sociální práce ve zdravotnictví v České republice*“, že sociální pracovníci fungující ve zdravotnictví nejčastěji pracují se seniory se sníženou soběstačností. Nejčastějšími problémy těchto klientů jsou ty, které se týkají péče a každodenních činností života, a to zejména u nemocí vedoucích ke snížení nebo ztrátě soběstačnosti, změny ve finanční situaci, potřeby vhodného bydlení, řešení psychických problémů (například konflikty a úmrtí v rodině) nebo rizika sociální izolace (Kuzníková, Malík Holasová, 2012).

Problém související s procesem následného propouštění seniorů byl studován na mezinárodní úrovni v rámci Mezinárodní asociace COHEHRE v letech 1997–2000. Projekt s názvem „*Propouštění pacientů nad 80 let z akutní péče do domácí péče*“ byl realizován v několika evropských zemích včetně České republiky. Ukázalo se, že proces propouštění se výrazně liší i mezi jednotlivými odděleními. Diagnostika celkového stavu pacienta před propuštěním je nedostatečná, není dostatečná komunikace mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu, pacientem a jeho rodinou (Šimek et. al., 2003).

Šimek a kol. provedli v roce 2004 výzkum s názvem „*Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný i organizační problém*“. Tento výzkum ukázal, že zdravotníci mají tendenci podceňovat rizika spojená s návratem pacienta domů a spoléhat se na podporu rodiny a partnera. Výzkum také ukázal, že jen velmi málo z dotázaných seniorů využívá sociální a zdravotní služby. Pro většinu je klíčová osobní pomoc někdo z rodiny (Šimek et, al, 2004).

Proces ukončení hospitalizace seniorů je diskutován a zkoumán zejména ze strany lékařů a zdravotnických pracovníků. Vážným tématem je i v oblasti sociálních služeb. Jak je uvedeno výše, je to přece sociální pracovník, kdo má hlavní podíl na procesu ukončení nemocniční péče, i když platí, že nemocniční péči ukončuje ošetřující lékař a přítomnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví představuje žádoucí pomoc. V České republice se v současné době tomuto začíná věnovat zvýšená pozornost. Jedním z důvodů je poskytování kvalitní následné zdravotní péče, a zájem o dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti a bezpečnosti pacienta. Rovněž závažným důvodem je potřeba poskytovat

tuto péči s nejnižšími možnými náklady vzhledem k předpokládanému nárůstu počtu seniorů (Šimek et. al., 2004).

Před propuštěním pacienta se zdravotně sociální pracovník, který se případem zabývá, ujistí, že služby, které pacient s rodinou požadují, jsou v místě pacientova bydliště k dispozici a že o pacienta bude doma řádně postaráno. To může znamenat např. zajištění zdrojů na úhradu léků, lékařského vybavení, propojení pacientů s poskytovateli sociálních služeb a koordinaci služeb domácí péče. V tomto bodě zdravotní sociální pracovníci úzce spolupracují s komunitními pracovníky nebo pacienta a jeho rodinu přímo spojují s konkrétní organizací. To zajistí, že i pacienti v domácí péči mají přístup k profesionální péči během zotavování nebo dokonce i při zvládnání onemocnění (Muhingi, Machani, 2022).

I přesto, že sociálním pracovníkům konkurují zdravotníci, v nemocnicích ve Spojených státech amerických zůstávají sociální pracovníci nepostradatelnými (Barth, 2003).

Zpráva Kadushina a Kulyse (1993) poukázala také na fakt, kdy sociální pracovníci vynaloží většinu svého času v nemocnicích na hodnocení a administrativu, zatímco nejmenší část věnují skutečnému propojení pacientů s vhodnými službami mimo nemocnici. Poradenství, považované za tradiční roli sociální práce bylo až na čtvrtém místě v seznamu úkolů plánování absolutoria (hodnocení, koordinace, dokumentace, poradenství a propojení). Z publikace vyplývá, že zdravotní sociální pracovníci, kteří se společně s lékařem podílejí na propuštění a doprovodném poradenství, vyjadřují vysokou míru spokojenosti se svou prací (Kadushin, Kulys, 1993).

2.2.3 Advokacie pacientů

Zodpovědností sociálního pracovníka je zajistit, aby přání pacienta byla, pokud možno, splněna. Sociální pracovníci by se měli snažit komunikovat práva a přání pacienta s ostatními členy multidisciplinárního týmu a také s poskytovateli zdravotní péče (Muhingi, Machani, 2022).

V této spojitosti Janečková (2005) poukazuje na tlak, který může být na sociálního pracovníka vyvíjen v souvislosti s jeho profesí. Tento tlak může přicházet ze strany lékaře, který očekává co nejrychlejší propuštění pacienta do domácí péče či jiné následné zdravotní (např. LDN) nebo sociální péče. Důvodem jsou především četné finanční náklady na zdravotní péči a nedostatek lůžek pro další pacienty. Také se může objevit tlak ze strany rodiny, která odmítá péči o pacienta. Postarat se o svého blízkého nemůže, neumí

anebo nechce. Samotné sociální služby a návaznost zdravotních služeb mohou být další stranou, která vyvíjí tlak na sociálního pracovníka. Příčinou mohou být omezené kapacity. Pasivním účastníkem se stává pacient, který často nemá možnost volby, z toho plyne riziko nedůstojného překládání pacienta z jedné instituce do druhé. Sociální pracovník by měl vždy reflektovat a hájit zájmy pacienta, nikoliv zájmy instituce, které mohou být v této souvislosti zcela odlišné (Janečková, 2005).

2.2.4 Typy sociálních pracovníků vzhledem k postoji a přístupu k praxi

V této kapitole představím typologii sociálních pracovníků podle dvou autorů (Banksová, 1995; Musil 2008), kteří vnímají sebe-pojetí sociálních pracovníků, ze kterých vyvozují aplikované hodnoty. Organizace si zpravidla stanovují hodnoty, poslání a cíle nebo alespoň principy práce s klienty. Pokud jsou dány organizací (např. v etických kodexech organizací nebo v prohlášeních o poslání), jsou sociální pracovníci povinni se jimi řídit.

Banksová (1995) určila čtyři typy sociálních pracovníků vzhledem k jejich přístupu k praxi:

- 1) Angažovaný sociální pracovník – během práce uplatňuje osobní morální hodnoty. S klienty komunikuje empaticky a s respektem. Stojí si vědomě a zodpovědně za péči o své klienty a jedná s nimi jako s přáteli. Sám sebe pracovník chápe jako osobu, až poté jako sociálního pracovníka. V tomto směru je jistým negativem skutečnost, že sociální pracovník by mohl být obviněn ze stranění některým klientům. Existuje zde riziko navázání bližšího vztahu s klientem, což může být zneužitelné jak ze strany klienta, tak sociálního pracovníka. V neposlední řadě může dojít k syndromu vyhoření.
- 2) Radikální sociální pracovník – prosazuje své osobní postoje v praxi, usiluje o změnu zákonů, které se mu zdají nespravedlivé. Zabývá se strukturální analýzou sociálních problémů. Jde cestou politické ideologie a sociální změny.
- 3) Byrokratický sociální pracovník – vytváří iluzi velkého zájmu o klienta, manipuluje s lidmi za účelem jejich změny. Oddělení osobního a profesního je nutné proto, aby se sociální pracovníci necítili vinní tím, že s lidmi manipulují a že užívají vztah způsobem, který by v osobním životě nepovažovali za čestný.

- 4) Profesionální pracovník – je vzdělaný v oboru a řídí se etickým kodexem. Vztah s klientem je založen na respektu k jeho právům. Důležitá je zde individualita každého klienta. Důležitou je zde možnost klienta stěžovat si, čímž se se mu dostane pocitu větší moci (Banksová in Matoušek, 2003).

Musil (2008) na základě vlastního pozorování rozdělil sociální pracovníky do čtyř typů, které se samozřejmě mohou v praxi prolínat.

Účelem je spíše poukázat na *“myšlenkové orientační body sociálních pracovníků“*. (Musil, 2008, s. 47).

- 1) Administrativní typ – je úředník, který má na starosti vyřizování přidělené agendy, zpracovávání žádostí, jejichž obsah a forma jsou předem stanoveny. V jeho kompetenci je možnost zvážit, co konkrétnímu klientovi poskytne „nad rámec“ toho, co požadují uznávané výklady norem. Očekává se také, že sociální pracovník má při vyřizování „své“ agendy možnost zvážit, zda konkrétnímu žadateli poskytne „nad rámec“ toho, co podle uznávaného výkladu požadují normy, obšírnější nebo méně obšírné poradenství ve věci jeho zákonných oprávnění, dostupných služeb nebo způsobů úspěšného podávání žádostí.
- 2) Profesionální typ – specialista s příslušným vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním v oboru. Samostatně uceleně posoudí sociální situaci klienta a na základě toho vypracuje plán intervence tak, aby pacient nebo rodina zvládli obtížnou životní situaci. Současně zprostředkovává spolupráci s dalšími odborníky a organizacemi.
- 3) Filantropický typ – poskytuje vše, co pacient potřebuje. Hlavním znakem tohoto typu sociálního pracovníka je empatie a vnímavost k potřebám pacienta nebo rodiny. Základem je lidský přístup, sociální pracovník se řídí vlastním úsudkem.
- 4) Aktivistický typ – Musil tento typ sociálního pracovníka označuje jako *„partáka“*. Základem práce není pro něj vzdělanost, ale nasazení. Aktivně vystupuje a hájí zájmy „slabších“ a znevýhodněných. Oproti filantropickému pracovníku mu nejde primárně o vyřešení klientova problému, ale o sociální změnu v *“nespravedlivém světě“* a legislativě (Musil, 2008).

Kuzníková (2011) se shoduje, že sociální pracovník pracující ve zdravotnickém zařízení by měl mít určité vlastnosti, které se dají považovat v sociální práci za nezbytné. Vlastnosti, o kterých autorka píše, vycházejí ze zásad humanistického přístupu. Pracovník by měl mít bezpodmínečný zájem o pomoc pacientovi, přizpůsobený individualitě konkrétního klienta. Jako důležitou vlastnost pracovníka udává vysokou míru sebereflexe, kdy si je pracovník schopen uvědomit, kde je jeho pole působnosti, k čemu ho opravňují kompetence, a kdy se už jedná o kompetence klientovy. Pokud tuto sebereflexi není schopen sociální pracovník dostatečně percipovat, může nastat situace, kdy bude vztahovat klientovy problémy na sebe, čímž dojde k narušení procesu pomáhání.

2.3 Oddělení sociální péče ve Fakultní nemocnici Hradec králové

Nemocnice v Hradci Králové vznikla v roce 1887, původní prostory byly umístěny v areálu, který je dnes nazýván jako „*Stará nemocnice*“. Nový nemocniční areál byl otevřen v r. 1928 (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023).

Fakultní nemocnice v Hradci Králové je státní příspěvková organizace poskytující zdravotní péči ve formě lůžkové péče (akutní lůžkové péče intenzivní a standardní, následné a dlouhodobé lůžkové péče), ambulantní péče (primární a specializované ambulantní péče a stacionární péče), zdravotní péče dle účelu (preventivní, diagnostické, dispenzární, léčebné, posudkové, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské, paliativní, lékárenské a klinickofarmakologické péče) (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023).

Aktuálně je součástí fakultní nemocnice 38 klinických pracovišť, konkrétně 24 klinik, 9 oddělení a 5 ústavů. Jedná se o největší nemocnici v Královéhradeckém kraji a jednu z největších v České republice (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023).

Oddělení sociální péče se nachází v hlavním areálu nemocnice, v 1. patře budovy u pěší brány, kde mají zdravotně sociální pracovnice své zázemí. Detašovaným pracovištěm je léčebna návykových nemocí v Nechanicích.

Rehabilitační klinika je umístěna v areálu „staré nemocnice“ v ulici Nezvalova 265, tedy mimo hlavní areál nemocnice. Rehabilitační klinika je pracovištěm, které uplatňuje akutní rehabilitační programy pro pacienty, přednostně slouží pacientům doporučeným z FN (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023).

Historie oddělení sociální péče sahá až do roku 1970, kdy se ji Fakultní nemocnice rozhodla zřídit. V té době zde působily 3 sociální pracovnice. Nyní je ve FN HK celkem 12 úvazků, včetně LNN Nechanice (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023).

Každá pracovnice má na starosti svoji agendu neboli několik klinik, které spadají pod její působnost. Pracovnice dochází na oddělení za pacienty buď na žádost lékaře, jiného zdravotnického personálu, anebo na žádost pacienta či jeho rodiny (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023)

Vzhledem k empirické části práce považuji za důležité nastínit, co je obsahem sociální péče ve FN HK, kde výzkum probíhal.

Zdravotně sociální pracovnice zajišťují:

- Sociálně právní poradenství (vyřízení sociální dávky, dávky hmotné nouze, příspěvek na péči).
- Zprostředkovávají služby sociální péče (zajištění pečovatelské služby, umístování do denních stacionářů, odlehčovacích služeb, sepisování žádostí do domovů pro seniory, zdravotně postižené apod.)
- Zprostředkovávají zdravotní služby (zajištění agentur domácí ošetrovatelské péče, domácí hospicové péče, překlady do léčeben dlouhodobě nemocných či zařízení následné péče, hospiců, zapůjčení kompenzačních pomůcek apod.)
- Zajišťují sociální intervence či prevence, jednají se státními institucemi i neziskovými organizacemi (úřady, zejména OSPOD, PČR, soudy), ale i s kontaktními centry a poradnami.
- Pomáhají pacientům s psychiatrickou diagnózou v resocializaci a přispívají k prevenci sociálně - patologických jevů (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023)

2.4 Výzvy pro zdravotně sociálního pracovníka v nemocnicích

Je znepokojivé, kolik jedinců mimo disciplínu sociální práce si není jisto, co sociální pracovník ve zdravotnictví dělá, a že mnoho lidí není s touto oblastí dobře obeznámeno. Přispívá k tomu fakt, že i sociální pracovníci často tápou v tom, co představuje „zdravotní“ sociální práce a co je sociální služba (Dziegielewski, Holliman, 2019).

Pro sociálního pracovníka se stává výzvou, aby lidé pochopili rozdíl mezi těmito dvěma pojmy, tedy sociální prací a sociální službou. Sociální práce je disciplína vykonávaná odborníky za účelem pomoci různým klientům, zatímco sociální službu může vykonávat kdokoli, kdo si přeje pomoci lidem v nouzi. Další výzvou, se kterou se mohou zdravotně sociální pracovníci v terénu setkat, je představa, že pracovní náplň sociálního

pracovníka zahrnuje naprosto vše. To, co odborný zdravotně sociální pracovník dělá a nedělá, je třeba oddělit tlustou čarou. Jeho práce nesmí být vnímána tak, že jen nepatrně přispívá ke zlepšení systému zdravotní péče. Hraje významnou roli a chceme-li silnější základnu pro celkový systém zdravotní péče, musí být zdravotním sociálním pracovníkům poskytnuta náležitá příležitost k ocenění jejich přínosu (Pandit et. al., 2018).

Z jiného pohledu sociální pracovník pracující ve zdravotních institucích, zejména ve státních, může často narážet na omezeně dostupné zdroje, a je pro něj obtížné vysvětlit, proč nemůže poskytnout pomoc všem klientům, kteří ji hledají. Může sice klienta odkázat na příslušnou pomáhající organizaci, ale není pro něj snadné mu vysvětlit, že kvůli nedostupnosti zdrojů bude možná muset vyhledat služby jiné organizace. Klienti totiž obecně očekávají, že dostanou veškerou pomoc tzv. pod jednou střechou a nemusí za ní nikam docházet. Pro zdravotního sociálního pracovníka je tedy výzvou uspokojit potřeby svého klienta, a to zejména ty, které on sám uspokojit nedokáže, a zajistit, aby se klient necítil nespokojen a přehlížen. Když se klient obrátí na zdravotnického sociálního pracovníka s žádostí o pomoc, někdy se mohou projevit pracovníkovy nedostatečné znalosti v zdravotnickém oboru, a na klientovy dotazy se mu tak odpovídá obtížně. Měly by tedy existovat řádné vzdělávací programy pro zdravotnické sociální pracovníky, jejichž absolvování by jim pomohlo odpovědět na všechny možné otázky kladené jejich klienty. Zdravotně sociální práce je tedy profesí, kde se pracovník může potýkat s řadou problémů. Je to profese, která od sociálního pracovníka vyžaduje, aby v jednu chvíli hrál několik různých rolí. Například, jak už bylo zmíněno výše, musí dělat roli poradce klientovi, který není schopen zvládat zátěžovou situaci. Stejně tak musí hrát roli pedagoga, který klienty vzdělává o podstatě nemoci a snaží se odpovídat na jejich otázky. Zdravotně sociální pracovník musí také hrát roli facilitátora, který zprostředkovává kontakt svého klienta s různými agenturami pro pomoc, a dokonce hraje roli prostředníka mezi lékařem a pacientem, resp. klientem. Musí navrhnout různá životaschopná řešení klientových problémů a zefektivňovat sociální práci a propagovat ji ve zdravotnictví (Pandit et. al., 2018; Abramson, Mizrahi, 2003; Dziegielewski, Holliman, 2019).

Bohužel, v praxi se také děje to, že zdravotně sociální pracovník zastupuje roli administrativního pracovníka místo přímé interakce s klienty a souběžně do sociální práce zapojuje například zdravotní sestry, které pro výkon sociální práce nemají dostatečnou kvalifikaci. Následně sociální pracovníci mají tendenci podceňovat svůj klinický přínos pacientům a interdisciplinárnímu týmu. Společnost se ale proměňuje a s ní i by se měly měnit i zavedené koncepty a metody práce. Je proto nezbytné, aby daní pracovníci

vykonávali pouze svoji práci, respektovali své kolegy a tvořili efektivně fungující multidisciplinární tým, který může kvalitním způsobem pomáhat (Kuzníková, 2011; Abramson, Mizrahi, 2003).

Různí pozorovatelé naznačili, že úspěšná spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři může zlepšit řadu klinických projevů, snížit výskyt zdravotních komplikací, délku hospitalizace, míru opětovného přijetí do nemocnice, funkční pokles a míru úmrtnosti (Marmo, Berkman, 2018).

Webb (2017) upozorňuje na hranici mezi odbornostmi, např. mezi sociální a zdravotní prací, a jejich možným překryvem. Sociální práce má nesnadnou výchozí pozici, protože pomáhá klientům s nízkým společensko-ekonomickým statutem.

Clark (2000) k tomuto tématu přispívá názorem, že je sociální práce každodenně konfrontována tím, že musí obhajovat své postavení a existenci. To může způsobovat:

- Obecně povaha sociální práce a její komplexnost. Sociální pracovníci se pohybují na pomezí dalších profesí, např., pokud aplikují výchovně vzdělávací prvky při práci s klienty, ale přitom nejsou vzděláním pedagogové.
- Dalším faktorem, který znesnadňuje jejich pozici, je ambivalentní postoj společnosti ke smyslu a potřebnosti sociální práce. Běžní občané se obecně příliš nesnaží být v kontaktu s lidmi se závislostmi, bez domova, s různými handicapami apod.

3 KOORDINOVANÁ REHABILITACE

Novosad (2000) rozděluje koordinovanou rehabilitaci do šesti složek:

1. Léčebná rehabilitace

- a. Hospitalizační – léčebná rehabilitace se nejvíce uplatňuje ve fázi hospitalizace, kde se uplatňuje akutní a následně včasná rehabilitace. Zde spolupracuje především zdravotnický personál (specializovaní ošetřující lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové a zdravotně sociální pracovník). Během hospitalizace se zaměřuje na prevenci sekundárních změn u ležících pacientů (Kolář, 2009).
- b. Ambulantní rehabilitace – je pojmenována také jako návazná, kdy pacient po propuštění z nemocnice dochází do ambulance, která se většinou nachází v okolí jeho bydliště a poskytne mu profesionální péči dle jeho potřeb. V rehabilitačních ambulancích se nachází vysokoškolsky kvalifikovaní fyzioterapeuti a ergoterapeuti.
- c. Dlouhodobá rehabilitace – v této složce hraje významnou roli rodina nemocného, která musí být proškolená, poučena o stavu pacienta a připravena na změnu v životě nejen svém, ale i svého blízkého.
- d. Lázeňská rehabilitace – indikuje dle druhu onemocnění. Lázeňská péče je založena na komplexnosti péče, kdy při vstupním vyšetřením lázeňský lékař stanoví a určí klientovi druhy a počet procedur. Pobyt v lázních pacienta pozitivně ovlivňuje ze zdravotního, psychického i sociálního ohledu.

2. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definovaná jako: „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb*“ (zákon č. 108/2006 Sb.)

Dle Votavy (2003) se složka sociální rehabilitace jako konceptu koordinované rehabilitace liší od sociální rehabilitace dle zákona 108/2006 Sb. tak, že sociální péče je nezbytná služba u stabilizovaných či zhoršujících se stavů. Kdežto sociální rehabilitace je oblast, jejímž cílem je zajištění ekonomických jistot, zajištění bydlení a snaha o rozvíjení volnočasových a zájmových aktivit a zajištění předpokladů pro seberealizaci a rozvoj osobnosti.

3. Vzdělávací rehabilitace

Vzdělávací neboli také známa jako pedagogická rehabilitace je složka koordinované rehabilitace, která již má za cíl vzdělávat osoby se zdravotním postižením do nejvyššího možného kvalifikačního stupně. Učí samostatně a aktivně zapojovat znevýhodněné osoby do společenského života. Jsou zde zastřešeny i výchovné aspekty. U dospělých osob se jedná zejména o rekvalifikaci či doplnění chybějícího vzdělání, díky kterému jsou schopni si v budoucnu samostatně najít práci a udržet si ji (Votava, 2003).

4. Pracovní rehabilitace

Vyhláška č. 518/2004 Sb.: *„Individuální plán pracovní rehabilitace osoby se zdravotním postižením obsahuje: předpokládaný cíl pracovní rehabilitace, formy pracovní rehabilitace, které byly stanoveny pro osobu se zdravotním postižením, předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace, termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace.“*

Dle Votavy (2003) je zapojení na trh práce významným krokem pro proces resocializace. Rekvalifikace je nezbytná v případě, kdy následné zdravotní omezení někomu brání v jeho tehdejší profesi a díky rekvalifikaci by se k této profesi mohli vrátit. Díky zaměstnání se osoby stávají ekonomicky nezávislými, dosahují vyššího životního standardu a v novém pracovním prostředí navazuje jedinec nové sociální interakce a vytváří vazby. Pozitivně působí také na ostatní spolupracovníky a prostředí, protože jedinec se zdravotním postižením má nový status „zaměstnaný“.

5. Volnočasová rehabilitace

Dá se považovat za doplňkovou, nicméně je také velmi důležitá pro osoby se zdravotním postižením. U hospitalizovaných pacientů se vyšetřuje při přijetí pacienta do nemocnice anamnéza, kde je dílčí složkou také sportovní anamnéza, či zájmy pacienta. V koordinované rehabilitaci se zaměřuje na předchozí zájmy a hodnotí se aktuální stav

a znevýhodnění, které by mu případně bránily ve výkonu. Vykonáváním svých oblíbených zájmů se pacientovi dostává pocit seberealizace, což může mít velmi pozitivní vliv na jeho sebevědomí a proces uzdravování a rekonvalescence (Emmerová, 2012).

6. Psychická složka rehabilitace

Je důležitá po celou dobu rehabilitace. Pacienta a jeho blízké je třeba motivovat, chválit, povzbuzovat a plánovat s nimi další perspektivy (Emmerová, 2012).

WHO (2006) označuje rehabilitaci jako souhrn opatření, směřujících k co nejrychlejšímu začlenění jedince s postižením, nemocí, úrazem, vrozenou vadou do společnosti. Resocializace znamená návrat do společenského a aktivního života nebo i zaměstnání. V rámci poskytování rehabilitace se musí dodržovat jednotné základní principy, kterými jsou: včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost, dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012).

Koncept koordinované rehabilitace (KOR) je jedním z moderních trendů řešení životních situací člověka souvisejících se zdravím. KOR respektuje holistické pojetí osobnosti člověka. Tento přístup vnímá osobnost jako vícevrstevný celek. Vnímáme u člověka jednak složky biologické (tělesné, pudové) a psychosociální (zejména naše prožívání), a také rozměr spirituální (Jankovský et. al, 2015).

Nicméně postupem času došlo k diferenciaci jednotlivých oborů a roste nepřehledné množství specializovaných poznatků, což vede ke ztrátě komunikace mezi jednotlivými obory. Mnohdy nejsme schopni (jak na úrovni vědy, tak praxe) vzájemně vše pospojovat a porozumět tomu. Koncept KOR reaguje na potřebu propojení a poskytuje „*specializaci na souvislosti*“ (Krhutová, 2017).

KOR plní požadavky formou interdisciplinarity, multidisciplinarity a transdisciplinarity.

Sládková (2021) to označuje za jeden z největších problémů rehabilitace v České republice. Zmiňuje neexistenci systémově koordinované rehabilitace a zavádí termín „*rehabilitační turistika*“ který evokuje to, že pacienti navštěvují různé typy rehabilitačních zařízení. Velmi často se jedná o dlouhodobě nepříznivou situaci pacienta, kdy musí několikrát strávit řadu měsíců v rehabilitačních zařízeních podobného typu, přičemž vždy na začátku každého pobytu musí podstoupit stejná vstupní vyšetření za účelem nastavení optimálního terapeutického programu. Řada pacientů také považuje za velký problém

nedostatek informací o dostupnosti rehabilitace, její formě a způsobech její úhrady. Často je tedy otázkou schopností rodinných příslušníků, zda se dostanou včas k informacím o adekvátní rehabilitační intervenci (Sládková, 2021).

Bohužel, s neexistujícím nebo nedostačujícím systematicky řízením rehabilitace chybí i systematické pozorování výsledků tohoto komplexního pojetí (Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR, 2012).

Holmerová proto upozorňuje na význam mezioborové kooperace, kdy dochází k propojení zdravotní a sociální péče. Jako stěžejní řešení udává spolupráci mezi jednotlivými zařízeními při předávání informací o pacientovi, aby byla zajištěna dobrá péče a také se mohlo navázat další péčí (Holmerová, 2014).

Rehabilitaci můžeme vnímat jako spojovací most mezi zdravotnickým a sociálním systémem.

Jak uvádí Pfeiffer (2014), rehabilitace je kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik pacienta k nejvyšší možné funkční způsobilosti. Rehabilitace se dá popsat řadou různých dalších definic, ale všechny se shodují v hlavním cíli, a tím je dosažení maximální možné funkční schopnosti, optimální kvality života a soběstačnosti. Osoby se zdravotním postižením jsou uživateli nejen zdravotní péče ale i služeb sociální péče (Pfeiffer, 2014).

V rámci spolupráce dalších odborníků se může pracovat podle koncepce kruhové podpory. Tento koncept uvádí například Venglářová (2011) nebo Jankovský (2014). Kruhovou podporu si můžeme obrazně představit jako kulatý stůl, kolem kterého sedí různí odborníci, včetně rodinných příslušníků, a uprostřed něhož je pacient. Kulatý stůl charakterizuje rovnoprávné postavení členů týmu, a zdůrazňuje vzájemnou spolupráci.

Diferenciace rehabilitace dle Novosada (2000):

- Léčebná rehabilitace zahrnuje medikamentózní léčbu, operativní řešení komplikací a stavů, fyzioterapii, která zahrnuje kinezioterapii (pohybovou terapii), ergoterapii, která se zabývá zvýšením a nácvikem sebeobsluhy ve smyslu snížení závislosti na druhé osobě.
- Psychologická rehabilitace je oblast, která se zabývá přijetím sebe sama po zdravotních komplikacích, zahrnuje individuální i skupinové psychoterapie, které vedou ke zlepšení celkového zdravotního stavu.

- Pedagogická rehabilitace se zaměřuje na individuální vzdělávání, rozvoj samostatnosti jedince. Další prostředky jsou například reedukace a kompenzace.
- Pracovní rehabilitace připravuje na nástup do zaměstnání, zajišťuje kariérní poradenství, dělá průzkum trhu práce a ochraňuje pracovní příležitosti pro klienta.
- Volnočasová rehabilitace zahrnuje zájmy, sporty, kulturní aktivity a sebevzdělávání.
- Sociální rehabilitace má za úkol jedince resocializovat, legislativně ochránit a najít mu uplatnění pro jeho potenciál. Zajišťuje komunitní služby, v případě potřeby pečovatelských služeb, sociálních služeb spadá také do sociální rehabilitace.

3.1 Léčebná rehabilitační péče

Kolář ve své knize rozděluje rehabilitační zařízení na ambulantní a lůžková. Ambulantní zařízení poskytují služby podle rozsahu a vybavení pracoviště na základě předpisu lékaře. Lůžková zařízení se dělí na akutní, včasná a následná, kde probíhá léčebná rehabilitace. Lůžková zařízení pro včasnou léčebnou rehabilitaci jsou poskytována v nemocnicích. Léčebná rehabilitace se realizuje na lůžkách rehabilitačních oddělení či klinik a také ambulantně. Doba trvání péče a rehabilitace jsou závislé na typu zařízení. Dalším typem zařízení jsou lázeňské léčebné ústavy, kde probíhá lázeňská rehabilitační péče s využitím přírodních léčivých zdrojů (Kolář, 2009).

Sládková (2021, s. 7) ve své knize uvádí: „*Rehabilitace je klinický obor, který je často chápán pouze jako léčení bolestí zad, ale jde o dlouhodobý interprofesní, individuálně zaměřený a koordinovaný celospolečenský proces.*“

Rehabilitace ve zdravotnictví je soubor diagnosticko - terapeutických postupů s cílem aktivizovat funkční potenciál osob s různým typem postižení. Rehabilitaci ve zdravotnictví zajišťují zdravotnické organizace, rehabilitační kliniky, rehabilitační ústavy, lázně nebo jiné formy ambulantní nebo lůžkové rehabilitace. V rámci rehabilitace jde o aktivaci celkového funkčního potenciálu osob s postižením, nepředstavujeme si pasivní péči např. masáže (Sládková, 2021).

Votava et al. (2003) uvádí, že léčebná rehabilitace je poskytována týmem odborníků ve zdravotnickém zařízení, kde je cílem zlepšení funkčního stavu a odstranění či zmírnění poruchy či disability.

Pfeiffer et al. (2014), systematicky rozdělují léčebně rehabilitační výkony na terapii a prevenci sekundárních změn, které provázejí základní onemocnění, výcvik kompenzačních přístupů na úrovni postižené části, výcvik substitučních přístupů na úrovni celého ústrojí a optimalizaci tělesné zdatnosti.

Kolář et al. (2009) zařazují mezi jednotlivé obory léčebné rehabilitace fyzioterapii, ergoterapii, rehabilitační inženýrství, fyziatrii, psychologii a logopedii.

Jankovský (2014) doplňuje léčebné prostředky s prvky arteterapie, muzikoterapie, animoterapie, psychoterapie a dalšími, které také spadají do insterdisciplinarity zdravotnických oborů.

Sládková (2021) uvádí 7 hlavních zásad, jež by měly rehabilitace splňovat. Měla by být časná, interprofesní, intenzivní, dlouhodobá, individuální, koordinovaná a dostupná.

4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

4.1 Terminologické vymezení

Odborná literatura často uvádí určité rozdíly mezi interdisciplinárním, multidisciplinárním a transdisciplinárním přístupem.

Nancarrow a kol. (2013) poukazují na to, že je třeba rozlišovat pojmy interprofesionální a multiprofesionální, zahrnující spolupráci odborníků různých povolání a spolupráci s neprofesionály.

V české literatuře se běžně setkáváme s pojmem multidisciplinární, proto jsem se rozhodla používat jej i v této práci.

Interdisciplinární přístup

„Předpona -inter má obvykle tyto významy: společně; mezi dvěma nebo více; mezi skupinami. Interdisciplinární přístup je v metodologické literatuře tradován jako něco, co je mezi dvěma disciplínami a co nepokrývá žádná z nich.“ (Pstružina, 2007, s. 1–2)

Transdisciplinární přístup

Předpona -trans má významy: přes, skrze; za, na druhé straně; do jiného místa, nebo do jiných podmínek, nebo jiných věcí. Transdisciplinarita je konstitucí nové disciplíny na ploše, kde se jednotlivé a již rozpracované vědní disciplíny překrývají a na tomto základě vyrůstá nová disciplína.“ (Pstružina, 2007, s. 1–2)

Multidisciplinární přístup

„Předpona multi- má nejčastěji tyto následující významy: zahrnující mnoho větví; mnohonásobně se opakující. Multidisciplinární přístup tedy vyžaduje spoluúčast naprosto odlišných disciplín. Jde o společné prostředí, v němž jsou zkoumány zcela odlišné fenomény přímo vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín.“ (Pstružina, 2007, s. 1–2)

Termínem multidisciplinární přístup lze definovat tým lidí, z nichž každý má jinou profesi a jiné stanovené cíle. Ačkoliv se členové multidisciplinárního týmu mohou scházet na jednáních, příp. spolu jinak komunikovat, cíle každého z nich jsou jiné, nezávislé na sobě a je zde větší riziko vzniku konfliktů. (Robertson, 2020)

4.2 MDT

Hrdá uvádí, že MDT je (2018, s. 16): „...je skupinou osob, které spolupracují na naplnění určitého cíle, či cílů; za naplňování cílů nesou jeho členové společnou odpovědnost; vyznačuje se vlastní skupinovou dynamikou; členové mají mezi sebou rozvinuté vztahy, jsou na sobě vzájemně závislí; v týmu každý člen zastává svou roli, v některých případech i vícero; - každý cíl by měl přispívat k naplnění vize organizace; má sdílenou identitu, v to zahrnujeme i normy, zvyky a pravidla; - tým má rozvinutou strukturu předávání informací v to zahrnujeme i pravidelné setkávání, vedení dokumentace, způsoby předávání.“

Mezi faktory zvyšující potřebu MDT patří:

- 1) stárnoucí populace a větší počtem pacientů se složitějšími potřebami spojenými s chronickými nemocemi;
- 2) rostoucí komplexnost dovedností a znalostí požadovaných k poskytování komplexní péče pacientům;
- 3) zvyšování specializace v rámci zdravotnických profesí a odpovídající roztržštěnost disciplinárních znalostí vedoucích k tomu, že žádný zdravotnický pracovník není schopen uspokojit všechny komplexní potřeby svých pacientů;
- 4) současný důraz v programových dokumentech mnoha zemí na multiprofesní týmovou práci a rozvoj sdíleného učení;
- 5) snaha o kontinuitu péče s neustálým zlepšováním její kvality (Nancarrow et al., 2013).

Týmy, které vznikají v rehabilitačních zařízeních, poskytují rehabilitační služby osobám s různým zdravotním postižením (tj. osobám po cévní mozkové příhodě, různých traumatech, jako jsou poranění páteře, ochrnutí atd.). Tyto týmy se zabývají zejména relevantními rehabilitačními problémy, dále následnou péčí, integrací sociálně znevýhodněných jedinců do společnosti a zaměstnání. Růst počtu lidí se zdravotním postižením zvyšuje poptávku po pomoci těmito lidmi. Tuto pomoc zajišťuje tým specialistů sestávající z rehabilitačních lékařů, pečovatелů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologů, sociálních pracovníků a dalších odborníků (Laima et al., 2003).

Každý člen multidisciplinárního týmu poskytuje rozdílné služby s ohledem na individualitu klienta, kterému péči poskytuje, což přispívá k docílení kvalitní péče.

„Podmínkou existence interprofesionálního týmu je spolupráce a vzájemná komunikace jednotlivých členů a jejich skutečně partnerský vztah. Skutečnost, že jednotlivé profese v daném zařízení existují, ještě neznamená, že se v zařízení pracuje opravdu v týmu.“ (Holmerová 2014, s. 100–101).

Mezi znaky multidisciplinárního týmu patří jasně definovaná role každého člena v týmu, vzájemný respekt mezi členy, otevřená komunikace a sdílení, zaměření se na dosažení cíle (Kuzníková, Malík Holasová, 2012).

Sládková (2021) uvádí, že vedoucím týmu je lékař se specializací v oboru rehabilitace a fyzikální medicíny, který na základě výsledků vstupního vyšetření indikuje konkrétního odborníka, který se bude pacientovi věnovat, a terapeutické postupy, které bude využívat.

Venglářová (2011) ve své publikaci také uvádí, že koordinátorem/vedoucím týmu ve zdravotnictví je lékař. K provedení komplexního vícerozměrného posouzení fyzického, mentálního, emocionálního, funkčního a sociálního postavení jsou však zapotřebí dovednosti a znalosti z mnoha zdravotnických oborů. Složení týmů se proto liší v závislosti na konkrétních potřebách jedince, jemuž se tým věnuje. Členy rehabilitačního týmu jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, kliničtí logopedi, sociální pracovníci, ošetrovatelský personál. Do týmu mohou být zahrnuti i další odborníci, jako jsou poradci a odborníci na výživu, farmaceuti, duchovně-pastorační pečovatelé, další lékařští specialisté, manažeři, koordinátoři a další (Sládková, 2021; Venglářová, 2011).

Podle Matouška (2005) se v týmové spolupráci nejedná o hierarchický systém. Odborníci jednotlivých profesí přinášejí do týmu své specifické dovednosti a nové možnosti řešení uživatelových problémů. Sociální pracovník přináší do týmu svou kvalifikaci pro práci s lidskými vztahy a životními podmínkami, které znesnadňují naplňování životních cílů.

Kompetence jednotlivých zdravotnických odborníků vymezuje vyhláška č. 391/2017, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Sládková, 2021; Robertson, 2020).

Nejkvalitnější péče o osoby se zdravotními, sociálními a funkčními potřebami je však nejlépe dosaženo, když jsou znalosti a dovednosti různých zdravotnických oborů sdíleny a integrovány (Robertson, 2020).

Gulová (2011) zároveň potvrzuje, že sociální práce bývá zpravidla nejefektivnější, když se na řešení daného problému podílí více oborů společně. Například lékař může

sociálního pracovníka informovat o počínajících zdravotních problémech klienta, k nimž se mohou vázat i sociální problémy (Gulová, 2011).

Členové týmu by měli být schopni shodnout se na plánování řešení pacientových potřeb a problémů, předávat si relevantní informace, shodnout se v etických rozhodnutích, hodnotit výsledky spolupráce (Kuzníková a Malík Holasová, 2012).

Základními prvky plánování podle Bělohávka (2001) jsou:

- cíle,
- postupy,
- zdroje,
- úkoly,
- kontrola.

Bělohávek (2001, str. 175) „Kontrola umožňuje pomocí identifikování skutečných odchylek od plánu realizovat nápravná opatření vedoucí k dosažení cílů. Identifikováním potenciálních odchylek dříve než nastanou, umožňuje kontrola působit na nežádoucí odchylky také preventivně. Kontrola je současně prověrkou správného provádění ostatních manažerských funkcí.“

Podle Bělohávka (2001) efektivní kontrolní systém naplňuje 4 vzájemně provázané a na sebe navazující funkce:

- dohled – na probíhající činnosti,
- srovnávání – rozdílů mezi aktuálním výkonem a požadovaným výkonem,
- náprava odchylek,
- ovlivňování budoucích rozhodnutí – poskytnutí zpětné vazby.

Rodinní příslušníci a pečovatelé by měli být účastníky tohoto procesu, i když nemusí být přítomni na všech setkáních multidisciplinárního týmu. Rodina by měla být aktivně zapojována do plánování péče. Měla by cítit, že se s ní počítá, že se může ptát na průběh léčby, že jsou jí všichni pracovníci k dispozici a mají zájem jí naslouchat. Její zapojení může velmi přispět k identifikaci problémů a jejich řešení. Takový přístup utvrzuje rodinu a blízké ve víře, že zotavení jejich blízkého je možné. Tento přístup pomáhá rodině porozumět možnostem léčby a získat nad situací kontrolu (Holá, 2021; Robertson, 2020).

Bělohávek (2001, s. 529): „V efektivních týmech hrají členové své role s plným využitím svého talentu k maximálnímu prospěchu týmu. Pokud dokáží spojit své schopnosti, prosadit přednosti a potlačit nedostatky, podaří se obvykle dosáhnout cílů týmu. Pokud však každý pracuje na vlastní pěst, tým málokdy uspěje. Většina úspěchů a neúspěchů je dána úrovni týmové práce.“

Jankovský a spoluautoři (2015) se zabývají především rehabilitační péčí zaměřovanou na děti. Utváří dva modely, jak by fungování multidisciplinárního týmu mohlo probíhat. První model nazývají jako kruhovou podporu, jak jsme již zmínila v kapitole koordinované rehabilitace. Druhý model počítá se sociálním pracovníkem jako s prostředníkem, který je blíže klientovi a jeho okolí než zbytek členů multidisciplinárního týmu. Autor při popisu těchto modelů uvádí termíny jako dítě či rodič. Tyto dva modely se dají použít například i při poskytování zdravotních služeb, pouze místo dítěte dosazují pacienta a místo rodiče dosazují pacientovu rodinu.

4.3 Přínos a nevýhody

Práce v týmu přináší pozitiva i negativa a je s nimi potřeba pracovat. Pozitiva je vhodné co nejvíce využít pro týmovou práci a negativa se snažit vyřešit nebo je co nejvíce eliminovat. Mezi pozitivní přínosy spolupráce MDT jednoznačně patří zvýšení efektivity a kvality práce a zlepšení pracovních metod a postupů. Jednotná dokumentace eliminuje chyby jednotlivých členů týmu, protože sdílejí zkušenosti a postupy. Členové bývají více motivováni k práci, což urychluje postup řešení konkrétního případu (Schavel in Škoda, 2007).

Kolajová (2006) dodává pozitivní vliv na budování mezilidských vztahů, vytváření příjemné atmosféry a možné navýšení sebevědomí.

Rozdělení přínosu dle Nancarrowa et al.:

Pro klienty:

- Zlepšení kvality péče vede ke spokojenějším klientům.
- Přináší kontinuitu péče, prospět člověku, o kterého pečujeme, díky identifikaci a naplnění jeho potřeb (Nancarrow et al., 2013).

Pro zaměstnance:

- Čím lépe funguje MDT, tím jsou spokojenější zaměstnanci – pokud pracují v týmech, prospívá to jejich duševnímu zdraví a motivaci (Nancarrow et al., 2013).

Pro organizace:

- Čím jsou spokojenější zaměstnanci, tím je nižší fluktuace, organizace spoří zdroje lidské a finanční a celkově se zvyšuje kvalita péče (Nancarrow et al., 2013).

Na druhou stranu Dessler (2002) a (Škoda, 2007) tvrdí, že MDT může přinášet i nevýhody, např. časovou náročnost, nesouhlas s koordinátorem/vedoucím týmu, konflikty mezi členy, různé krajní projevy osobnostních charakteristik jednotlivých členů týmu.

Výzkum provedený v roce 2007 ukázal, že konflikt v práci MDT může mít za následek neadekvátní komunikaci v týmu (Shaw et. al., 2007).

4.4 Členové týmu

V této podkapitole blíže představíme členy multidisciplinárního týmu. Složení týmu se může lišit dle typu organizace, diagnóz a potřeb pacienta. Zástupci některých profesí musí v týmu svoji pozici usilovně prosadit, záleží také na jejich osobnosti a schopnostech.

Nejvíce se ztotožňujeme s publikací Neubauerové, která je zaměřena na osoby s postižením centrální nervové soustavy. Dle ní by měl být rehabilitační tým tvořen rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, psychologem, logopedem, sociálním pracovníkem, protetikem, speciálním pedagogem a dobrovolnými pracovníky (Neubauerová, 2012).

Dle Koláře do rehabilitačního týmu patří: rehabilitační lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovník a podle potřeby i logoped a speciální psycholog (Kolář, 2009).

Složení týmu se v průběhu času a s náborem nových členů mění, a je tedy nezbytné neustálé vzdělávání týmu (Robertson, 2020).

Zajímavé jsou zmínky o spolupráci s rodinou. V seznamu členů týmu velmi často chybí rodina. Informace od rodiny mohou být pro tým důležitým objektivním zdrojem informací o pacientově situaci. Klusoňová popisuje spolupráci rodiny a rehabilitačního týmu jako záruku dosažení maximálních výsledků léčby. Avšak spolupráce s rodinou závisí na vážnosti postižení, rodinných vztazích a zázemí (Klusoňová, 2011)

MDT se zabývá individuální problematikou klienta, proto se členové týmu vybírají dle potřeb a dle toho, jaká odbornost může přispět ke zlepšení situace klienta. Práce MDT je „šitá na míru“ konkrétního pacienta. Každý člen má svou roli, avšak někdo může zastupovat více rolí (Metodika multidisciplinární spolupráce, 2015)

O zdravotnický rehabilitačním týmu podle Hayesové (2005), můžeme uvažovat jako o „*poradním týmu*“ nebo „*realizačním/vyjednávacím týmu*“. Dle klasifikace týmů v literatuře Kantora jsou děleny podle způsobů práce, kdy je rozdělení přirovnáno ke sportovním týmům, dle doby trvání úkolové, dočasné, stálé a náhodně utvořené týmy a dle výstupů (Kantor, 2008). I zde se nejvíce rýsuje pro rehabilitační tým poradní nebo realizační typ.

Podle Bělohávků (2006) se v organizacích používá takového rozdělení týmů, které je možné aplikovat také ve zdravotnictví:

- Tým pracoviště (oddělení) – pomoc a komunikace mezi pracovníky jednoho oddělení.
- Mezioborové (interdisciplinární) týmy – odborníci z různých pracovišť. Zaměřují se na řešení jednoho problému nebo na dlouhodobou spolupráci.
- Procesní tým – spolupráce na sobě navazujících činnostech, přináší efektivnější spolupráci jednotlivých pracovišť.
- Spolupráce s externími partnery – například spolupráce mezi zdravotnickými pracovišti nebo zdravotnického pracoviště s výukovým pracovištěm (Bělohávků a kol., 2006).

Deset principů podporujících efektivní týmovou práci

Zajímavá studie autora Nancarrowa et al. (2013) navrhuje deset principů podporujících efektivní týmovou práci. Studie zahrnuje názory více než 253 pracovníků z 11 týmů komunitní rehabilitace a intermediární péče ve Spojeném království (Nancarrow et al., 2013).

- 1) Mít vůdce, který stanoví jasný směr a vizi týmu a zároveň naslouchá a poskytuje členům týmu podporu a dohled.
- 2) Komunikace – zajistit, aby existovaly vhodné systémy podpory komunikace v týmu.

- 3) Možnosti školení a kariérního rozvoje; zahrnuje individuální odměny a příležitosti, morálku a motivaci.
- 4) Týmové schůzky, členové týmu pracující ze stejného místa, zajištění, aby byly zavedeny vhodné postupy pro udržení vize služby (například komunikační systémy, vhodná kritéria doporučení a tak dále).
- 5) Vhodná kombinace dovedností – kompetence, mix praktiků, vyváženost osobností; schopnost maximálně využít zázemí ostatních členů týmu; mít plný stav zaměstnanců, včasné nahrazení/krytí prázdných nebo chybějících pracovních míst.
- 6) Atmosféra – kultura důvěry, oceňování příspěvků, podpora konsenzu; potřeba vytvořit meziprofesionální atmosféru.
- 7) Individuální charakter – vlastnosti, znalosti, zkušenosti, iniciativa, znalost silných a slabých stránek, naslouchání, reflexivní nácvik; chuť pracovat na stejných cílech.
- 8) Jasnost vize – mít jasné hodnoty, které určují směr služby a poskytované péče.
- 9) Kvalita a výsledky péče – zaměření na pacienta, výsledky a spokojenost, podpora zpětné vazby, zaznamenávání důkazů o účinnosti péče a jejich použití jako součást cyklu zpětné vazby ke zlepšení péče.
- 10) Respektování a pochopení rolí – sdílení moci, společná práce, autonomie (Nancarrow et al., 2013)

Základ dobré týmové spolupráce je efektivně fungující tým, jehož členové mají společně jasně definované cíle. Dobré fungování by mělo být ovlivněno vedoucím týmu, který má za úkol tým sestavit, dávat členům týmové role a motivovat je ke spolupráci, ale i osobnímu rozvoji. Tým se neustále rozvíjí, mění, je třeba věnovat se budování týmu (Horváthová, 2008).

Hayes (2005) udává psychologické mechanismy, které probíhají při rozhodování v týmové spolupráci a mají dobrý vliv na týmovou práci. Jde o sociální identifikaci¹ a sociální reprezentaci².

¹ Teorie sociální identifikace znamená, že základní funkcí lidského vnímání je věci klasifikovat. Být členem skupiny dává lidem pocit výjimečnosti, což je příjemný zdroj sebeúcty, která motivuje k tomu, aby usilovali
² I když má člen týmu jiné názory a myšlenky než ostatní, často začínají sdílet přesvědčení a dohady týkající se práce a života v práci. Sdílená přesvědčení mohou mít vliv na pracovní činnost. Sociální reprezentaci nepřijímáme masově, ale vyjednáváme je v konverzaci a v diskusích, dokud nedostaneme verzi vhodnou pro vlastní přesvědčení a myšlení (Hayes, 2002).

Hayes (2005) popisuje tyto mechanismy takto: „*Sociální identifikace je naše lidská tendence dělit svět do skupin „oni a my“ – vidět se jako člen různých sociálních skupin, které se liší od těch druhých. Sociální reprezentace jsou sdílená přesvědčení či předpoklady, které přejímáme od ostatních a upravujeme si je tak, aby nebyly v rozporu s našimi osobními přesvědčeními a názory“* (Hayes, s. 30, 2005). Při popisu sociální identifikace Kantor uvádí: „*Efektivní tým vznikne tehdy, pokud je společný cíl propojen s uspokojením potřeb jednotlivců a potřeb týmu“* (Kantor, s. 8, 2008).

4.4.1 Vybrané obory rehabilitace a jejich charakteristika

Rehabilitační lékař – odborný lékař, který pomocí objektivního vyšetření stanoví diagnózu, medikaci a terapii, provádí diagnostiku pacienta. Určuje, kteří další členové rehabilitačního týmu se budou podílet na terapii pacienta. Většinou vede vizity, hlášení a jiné formy schůzek týmu, kde se koordinují a hodnotí výsledky terapie (Neubauerová, 2012).

Zdravotně sociální pracovník – pomáhá pacientovi a jeho rodině při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci, provádí sociální šetření. V týmu zastává velmi důležitou roli v plánování procesu zdravotně sociální rehabilitace (Kuzníková, 2011).

Fyzioterapeut – identifikuje aktuální fyzický a pohybový stav, testuje senzomotorický systém, analyzuje poruchy hybnosti. Na základě společného cíle s pacientem stanovuje léčebný plán. V průběhu hospitalizace se podílí na polohování, dle vyšetření zvolí vhodné terapeutické postupy. Provádí obnovení hybnosti postižených končetin, nácvik přesunů, lokomoce (Neubauerová, 2012; Vacková, 2020).

Ergoterapeut – hlavním cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti osob s různým typem disability (fyzickým, psychickým, mentálním, smyslovým nebo sociálním znevýhodněním). Ergoterapeut posuzuje míru soběstačnosti a závislosti na pomoci při konání denních aktivit. Odzkouší s pacientem optimální kompenzační pomůcky určené pro domácí prostředí. Ve spolupráci s psychologem a fyzioterapeutem stanovuje cíl a léčebný plán, hodnotí stav kognitivních funkcí, senzomotorické funkce, sociální aktivity, všední denní činnosti (Neubauerová, 2012; Vacková 2020).

Logoped – podílí se na léčbě, pokud má pacient poruchy řeči, jako jsou různé formy dysartrie a afázie. Logoped se věnuje také vyšetření a terapii obtíží s polykáním. To je důležité především u osob s neurologickým deficitem (Neubauerová, 2012).

Zdravotní sestra – na základě indikace lékaře vykonává ošetrovatelskou péči, provádí zdravotnické, vyšetřovací a léčebné úkony. Zdravotní sestry jsou nedílnou součástí zdravotní péče, kterou pacient podstupuje. Sledují léčebné i vedlejší účinky farmak, monitorují tělesné stránku zdravotních potřeb pacienta (Neubauerová, 2012).

Psycholog – snaží se o nápravu zdravotního stavu psychologickými prostředky, provádí poradenství a rehabilitaci kognitivních funkcí. Pro tým je psycholog důležitý především tím, že zná duševní stav klienta a může potřebné informace sdílet v týmu, tím pomáhá vysvětlit příčiny např. neadekvátního chování pacienta a poradí, jak pacienta dále směřovat a motivovat. Napomáhá při spolupráci s rodinou. Společně s ostatními odborníky tak dokáže pracovat na plánu péče tak, aby byly pokryty všechny oblasti klientova života (Neubauerová, 2012; Votava, 2003).

4.5 Role zdravotně sociálního pracovníka v MDT

Již v kapitole 2.4 zmiňujeme, že problémem v České republice je nedostatečné vyjasnění postavení sociálního pracovníka, což může vést k problémům při komunikaci s dalšími pracovníky a nedostatečnému vymezení kompetencí. Role sociálního pracovníka je odvozena od jeho pracovní náplně, požadavků jeho zaměstnavatele a cílů dané organizace. Ovšem to, jak bude sociální pracovník fungovat v multidisciplinárním týmu, hodně závisí na jeho osobnosti, požadavkům jeho zaměstnavatele a cílech dané organizace (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovníci by měli posílit schopnost jedince přizpůsobit se prostředí, znovu navázat vztahy, začlenit se do společnosti a podporovat jeho sociální fungování (Laima et al. 2003). Každý odborník přináší do týmu své specifické dovednosti a nabízí nová řešení pacientových problémů. Sociální pracovník uplatní v týmu svou kvalifikaci pro řešení mezilidských vztahů a problémů, které znesnadňují naplňování životních cílů (Matoušek, 2005). „*V tom je jeho přínos pro práci multidisciplinárního týmu.*“ (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 205). Sociální pracovník poskytuje emoční i praktickou pomoc. Měl by být schopen zvládnout i složité situace, ve kterých dojde k rozporu mezi potřebami pacienta a rodiny. Sociální pracovník je tím, kdo má přehled o dostupnosti vhodných sociálních a zdravotních služeb a měl by vědět, jaká řešení nabízí státní i nestátní sektor (Matoušek et. al., 2005).

Kuzníková a Malík Holasová (2012) považují přítomnost zdravotně sociálního pracovníka v MDT za výhodu.

Postavení v rámci multidisciplinárního týmu se věnovala Kuzníková a Vontorová. Dle jejich výzkumu 31 % vysokoškolsky vzdělaných sociálních pracovníků vnímalo své postavení v týmu jako rovnocenné, 8 % nedokázalo jednoznačně odpovědět a 14 % jej považovalo za nerovnocenné. Ze středoškolsky vzdělaných sociálních pracovníků se jich 39 % cítí jako rovnocenní partneři v týmu, 12 % půl na půl a 18 % má pocit, že nejsou rovnocennými partnery (Kuzníková, Vontorová, 2011, s. 298).

Kimura a kol. (2020) ve svém výzkumu zjistili, že zdravotníci často odmítají sdílet základní informace se sociálními pracovníky, což podstatně snižuje šance sociálních pracovníků ovlivnit multidisciplinární praxi. Bariéry mezi zdravotníky a sociálními pracovníky významně ovlivňují diskusi mezi rodinou a pacientem. Například při poskytování emoční podpory je obzvláště důležitá spolupráce se zdravotně sociálními pracovníky. Výzkum dále prokázal, že sociální pracovníci se často cítí nedocení ostatními odborníky v týmu.

Vliv vyloučení role sociální práce nejlépe ilustrují studie Lawsona (2012) a Steina a kol. (2017), kteří rozpoznali tendenci sociálních pracovníků zaujímat více vedoucí a koordinační roli v hospicových zařízeních než v zařízeních jako jsou nemocnice, kde mohou být lékaři těmi nejdůležitějšími koordinátory.

Profesní role sociálního pracovníka je určena tím, že funguje jako prostředník mezi klientem, který se ocitl v nějaké nepříznivé sociální situaci, a okolní společností (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

Existují dva způsoby, jak stimulovat spolupráci mezi sociálními pracovníky a lékaři. Sociální pracovníci mohou v praxi prokázat hodnotu bio-psycho-sociálního modelu. Druhým způsobem, jak stimulovat (zvýšit/zlepšit) spolupráci mezi sociálními pracovníky a lékaři, je dokázat postavení, které by jako profesionálové /odborníci mohli v bio-psycho-sociálním modelu mít. To znamená vyjasnit kompetence a formulovat své kompetence (Taels et. al., 2021).

Tato situace zdůrazňuje potřebu „kompetentních a sebevědomých“ sociálních pracovníků, kteří mohou zaujmout své právoplatné postavení. Kromě toho mohou zlepšit spolupráci mezi všemi odborníky a podpořit rozmanitost napříč relevantními obory (Altman, 2018).

V multidisciplinární spolupráci je důležité skloubení role sociální práce, protože bez znalostí jejích specifik lze sociální práci těžko definovat. Jasný popis rolí, včetně vymezení

kompetencí, zvýší přínos sociální práce pro celý tým, sníží pravděpodobnost konfliktních situací a pomůže zachovat profesionální přístup. Vyjasnění rolí proto posiluje multidisciplinární spolupráci. Zároveň by to přineslo více kompetentní a sebevědomé sociální pracovníky. Pokud sociální pracovníci nedokážou jasně formulovat svou roli, budou si méně jisti svými schopnostmi, v důsledku čehož se budou i méně aktivně zapojovat.

Jak uvedli Munn a Adorno (2008): „*Bez jasně definice toho, co sociální pracovníci přinášejí na stůl, je obtížné připisovat hodnotu příspěvku sociální práce.*“ (Munn, Adorno 2008, Taels et al. 2021).

4.6 Školení MDT

Souhlasím s autory Grahamem a Sevdalisem (2019), kteří označují za nerozumné předpokládat, že MDT bude jednoduše „*fungovat*“. Současná zdravotnická příprava je rozdělená dle oborů a málokdy je budoucí pracovník zapojen do práce v týmu již během svého studia (Graham, Sevdalis 2019).

Není pak překvapením, že lékaři a ostatní odborníci nemohou „*automaticky*“ fungovat jako dobrý tým, pokud se se vzdělávají takto individualisticky.

Dosud jedna z největších a nejprůkaznějších studií byla studie o perioperační péči. Při hodnocení vlivu školení na fungování v MDT (konkrétně chirurgických týmech) ve 108 nemocnicích USA zaměstnanci uvedli zlepšené aspekty týmového procesu včetně zlepšené komunikace (42 %) a lepší týmové práce (65 %). V této studii celé týmy společně absolvovaly praxi a následný koučink. Společná školení pomáhají zlepšit týmovost a také výsledky související s pacientovou léčbou (Neily et. al. 2010).

V MDT jsou obvykle odborníci s řadou zkušeností, z nichž někteří patří k mladší generaci, prošli jiným způsobem výuky a mají odlišné pohledy na mnoho věcí. S tímto fenoménem se setkáváme i v Evropě (Graham, Sevdalis 2019).

4.7 Komunikace v týmu

V zaměstnání se spolu potkávají lidé, kteří by si v normálním životě možná nerozuměli, nicméně zde jsou nuceni spolu komunikovat a spolupracovat. Pro pracovníka v pomáhající profesi je stěžejní dovedností umět profesionálně komunikovat nejen s příjemci péče, ale i s kolegy. Na tomto se shoduje řada autorů včetně těch, které uvádím v této kapitole.

Komunikace je prostředkem dosažení společného cíle ve všech zdravotnických i nezdravotnických profesích, které poskytují péči pacientům. Tato komunikace může být realizována prostřednictvím face to face komunikace, porad, telefonických hovorů, e-mailové komunikace, videokonferencí a pracovních porad, které patří k těm nejčastějším komunikačním způsobům (Kantor, 2008; Venglářová, 2006; Vybíhalová, 2011). Z pravidelných pracovních porad či vizit se pořizuje zápis (Kantor, 2008).

Ve zdravotnictví záleží na druhu setkání (vizity, porady, hlášení), často se na nich tráví mnoho času, nicméně ne vždy bývají efektivní, dokonce pro některé jedince jsou ztrátou času. Proto by bylo dobré, aby se v organizaci nastavila pravidla a eliminovaly se nedostatky, jako jsou: monolog vedoucího týmu; kritika člena týmu na pracovní poradě; odbíhání od témat; skákání si do řeči; odchody z porad kvůli telefonátům apod. (Horváthová, 2008).

Autorka Klusoňová popisuje porady jako nejvhodnější formu sdílení informací. Řeší se na nich průběh terapie, terapeutické postupy a dosažené terapeutické výsledky. Frekvence setkání je individuální, a to dle potřeb zařízení a personálu. Setkání by mělo být racionální a mělo by vést k efektivnímu řešení problému (Klusoňová, 2011).

Mikulaščík (2010) považuje za žádoucí, aby ve skupině komunikoval každý s každým.

Důležitým faktorem v rámci dobrých vztahů je vzájemnost „*ty mně a já tobě*“. Pokud povahové či jiné rozdíly vedou k verbálním útokům, obviňování nebo manipulacím, nastávají střety (Škrála, 2003).

Neméně důležitým faktorem je dle Škrly (2003) osobní spokojenost. Velmi často a snadno dojde na pracovišti ke konfliktům, pokud jde však o nechtěný konflikt, obě strany většinou projevují zájem o bezproblémové řešení situace. Tam, kde dochází k nezvládnutí emocí, je ale lepší pozvat si někoho nezávislého (mediátora), aby pomohl pojmenovat problém, vyslovil nezaujatý názor a vedl zainteresované ke kompromisnímu řešení. (Mikulaščík, 2010)

Týmovou práci a spolupráci také negativně ovlivňuje vyhýbaní se odpovědnosti jednotlivých členů týmu; velké pracovní nasazení týmu bez viditelného výsledku; dělení týmu na podskupiny; členové týmu vystrašení vlastními chybami; zbytečné protahování porad týmu. (Mikulaščík, 2010)

V případě konfliktu bychom se měli dozvědět, co ten druhý očekává, co je pro něj důležité a proč. Nekritizujeme, nepřipomínáme staré prohřešky, ale mluvíme o aktuálním problému.

Cílem není zvítězit, ale najít co nejefektivnější řešení problému, zjistit, který postup je lepší (Mikulaščík, 2010).

4.8 Etika a multidisciplinární tým

V současném světě není možné najít jeden jediný „správný“ etický systém, nicméně je důležité, aby se členové týmu shodli v etických rozhodnutích a hodnocení výsledků týmové spolupráce (Kuzníková, 2011).

V organizaci může dojít k rozdílu v očekávání sociálního pracovníka z pohledu vlastní profesionality s očekáváním organizace a členů týmu. Pokud se jedná o práci v byrokratické organizaci, pracovník má menší možnost řídit svojí práci tak, jak by si představoval, než pracovník pracující v menších nebo soukromých organizacích. Pracovník musí dodržovat pravidla organizace, pro kterou pracuje. Ta totiž určuje, kdo je klientem a jak se s ním bude pracovat (Nečasová, 2004).

Základním principem sociální práce, jak už bylo zmíněno, je ochrana osob, které jsou v sociálním prostředí zranitelné, tj. zneužívané, utlačované, případně ohrožené násilím a chudobou. Sociální pracovníci tyto osoby podporují a pomáhají jim. Sociální pracovník jedná prostřednictvím holistického přístupu, přistupuje ke svému klientovi jako k plnohodnotné osobě a pracuje i s jeho rodinou. V rámci práce s lidmi se nesmí dělat rozdíly v přístupu k nim z důvodu rasové či kulturní odlišnosti, rodinného nebo ekonomického statusu, orientace, případně odlišných názorů. (Nečasová, 2004, Havrdová, 1999)

Sociální pracovník ve zdravotnictví se těmito kodexy řídí, zároveň ale musí znát také etiku zdravotnické práce, což jsou etické problémy týkající se léčebné a preventivní péče (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, s. 79). To znamená, že na zdravotně sociální pracovníky je v této oblasti kladen požadavek na znalost kodexů z obou oblastí.

Sociální pracovníci usnadňují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu, zastupují pacienta nebo rodinu v případě sociálně-právních otázek, které musí řešit nemocnice, pečovatelský dům nebo rehabilitační centrum. Mohou přispívat do diskuse o pokynech k případné resuscitaci, právu pacientů odmítnout léčbu, transplantaci orgánů nebo právu na soukromí pacientů s AIDS. (Reamer, 1985)

III. EMPIRICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výše uvedená teoretická východiska se stala stěžejními podklady pro samotnou empirickou část práce. V následující výzkumné části se věnuji šetření, které jsem realizovala ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na rehabilitační klinice. Rozhovory probíhaly se členy multidisciplinárního týmu (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeut, psycholog, logoped, zdravotně sociální pracovnice, pacient). Výzkum probíhal od listopadu 2022 do března 2023.

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní strategii, která je dle mého názoru nejlepší pro dosažení cílů a následné formulování výsledků výzkumu.

5.1 Diskurz výzkumného problému

Protože výzkumné šetření probíhalo na Rehabilitační klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové (dále také RK FN HK), považuji za důležité seznámit čtenáře blíže s tímto zdravotnickým zařízením.

Na pracovišti je poskytována péče ambulantní a lůžková. Lůžkové oddělení A má 21 lůžek na 7 pokojích, lůžkové oddělení B pak 20 lůžek na 10 pokojích.

Rehabilitační klinika je oddělené pracoviště Fakultní nemocnice. Nachází se v areálu Staré nemocnice necelé 3 km od hlavního komplexu Fakultní nemocnice.

V rámci komplexní rehabilitační péče se na pracovišti rehabilitační kliniky využívá týmové spolupráce mezi lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, klinickým psychologem, klinickým logopedem, ošetrovatelským personálem, zdravotně sociálním pracovníkem, pacientem a rodinou.

Na lůžkové části kliniky jsou zastoupeny tyto odbornosti: rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, všeobecná zdravotní sestra, praktická sestra, ošetrovatelka, sanitář, klinický psycholog, klinický logoped a zdravotně sociální pracovnice.³

Indikace k přijetí se řídí vnitřními předpisy. Po přijetí k rehabilitačnímu pobytu je u pacienta provedeno vstupní vyšetření lékařem, který dle diagnózy a specifických potřeb pacienta indikuje terapie v rámci jednotlivých profesí. Lékař každé odbornosti si na základě indikace lékařem vyšetří pacienta a sestaví terapeutický plán. Na pracovišti se provádí testování funkčních schopností a míry soběstačnosti.

³ V této práci jsou vyjmenované jednotlivé odbornosti, avšak je třeba brát v úvahu rozložení týmu, počet zaměstnanců v konkrétních odbornostech a současně jejich pracovní úvazky v různých poměrech.

Pobyt pacienta je na klinice plánován na tři týdny. V průběhu pobytu se provádí funkční hodnocení pacienta, podle kterého tým dále plánuje terapeutické postupy a následnou péči (Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2023).

Tým podává pravidelné hlášení každé úterý odpoledne, přednostenské vizity pro oddělení B jsou ve středu a pro oddělení A ve čtvrtek.

5.2 Výzkumný problém

Zpočátku realizace výzkumu jsem v dané organizaci pracovala na pozici ergoterapeutky. Všimla jsem si, že u některých pacientů chybí zdravotně sociální pracovnice, která by řešila jejich úskalí.

Ještě před realizací výzkumu jsem si položila otázky:

- Do jaké míry se očekává, že se uskuteční nějaká sociální intervence ve zdravotnickém zařízení?
- Našla by tu zdravotně sociální pracovnice větší uplatnění?
- A jaký nový formát by inovovaná spolupráce mohla mít?
- Co by na to řekli ostatní členové týmu a jak vlastně vnímají aktuálně zdravotně sociální práci?
- Neměl by se MDT rozšířit o sociální složku?

Smyslem výzkumu nebylo hledat nedostatky zavedené praxe, ale zjistit, jak zástupci dalších profesí a členové týmu hodnotí dostatečnost v reagování na sociální potřeby pacienta, a zjistit jaké je aktuálně zapojení sociální složky při poskytování péče.

Osobně jsem situaci vnímala tak, že mnoho přijatých pacientů se ocitá v nepříznivé sociální situaci. Z důvodu zdravotního stavu jim není umožněno vrátit se domů, postarat se o sebe nebo rodinu, nejsou schopni se vrátit zpět do původního zaměstnání, nebo kvůli zdravotnímu problému přichází o své sociální začlenění a roli, na kterou byli doposud zvyklí. Sociální práce byla vykonávána dalšími členy MDT. Z mého pohledu mělo v těchto případech poskytování sociální práce další prostor pro zlepšení.

Za dobu svého ročního působení v organizaci jsem neměla možnost zdravotně sociální pracovnici poznat. Napadla mě otázka, proč tomu tak je?

Na webových stránkách FN Hradec Králové je dle dostupných informací zaměstnáno 7 zdravotně sociálních pracovníků. Každá z nich má na starost cca 5 oddělení nebo klinik. Zastupitelnost pracovníků oddělení sociálních služeb funguje tzv. vzájemným „vykrýváním“.

Rehabilitační kliniku obhospodařuje jedna zdravotně sociální pracovníce, která ale současně působí i v hlavním areálu nemocnice, kde má na starost další oddělení. Ostatní sociální pracovníce, působící na jiných klinikách, pracují přímo v hlavním areálu nemocnice.

Sociální pracovníci organizace se mezi jednotlivými pobočkami vzájemně nepotkávají, mají však společné zázemí v hlavním areálu nemocnice.

5.3 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je:

- Popsání současné podoby sociální práce na rehabilitační klinice nejen pohledem sociálního pracovníka, ale především optikou členů multidisciplinárního týmu.
- Zjištění, jak členové MDT vnímají aktuální postavení zdravotně sociální pracovníce a jak hodnotí vzájemnou spolupráci.

Za předpokladu, že členové MDT nebudou spokojeni s fungováním multidisciplinárního týmu, se budu zajímat o jejich nápady na zlepšení spolupráce se sociálními pracovníky. Pokud však budou výsledky uspokojivé, mohou být příkladem dobré praxe.

Výzkumné otázky:

1. Jak vypadá současná podoba sociální práce pohledem členů multidisciplinárního týmu a pohledem sociálního pracovníka pracujícího na rehabilitační klinice?
2. Jaké názory mají členové multidisciplinárního zdravotního týmu na zdravotně sociální pracovníky a na spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem?
3. Jak je vnímáno aktuální postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci multidisciplinární spolupráce na klinice?

5.4 Metody a techniky výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní design. Kvalitativní přístup k výzkumu jsem zvolila záměrně, protože jsem chtěla odhalit konkrétní zkušenosti respondentů. Konkrétní výzkumnou metodou této práce byla metoda akčního výzkumu.

Dle autora Hendla (2005, s. 138) by se tato metoda výzkumu měla řídit třemi zásadami:

- výzkumník i respondenti mají stejné postavení;
- témata zkoumání jsou vztažena k praxi a mají emancipační charakter;
- proces výzkumu je procesem učení a změny, akční výzkum by se měl řídit podmínkami v terénu a měl by reagovat na vzniklé situace a potíže.

Během práce vycházím ze systemického přístupu dle Macka (2012) a využívám případové studie, konkrétně zaměřené na zaměstnaneckou skupinu.

Případová studie zkoumá skupiny, popisuje a analyzuje vztahy a aktivity uvnitř skupiny (Hendl, 2008). Smyslem případové studie je, že díky „*důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům*“ (Hendl, s. 102, 2008).

V rámci systemického přístupu jsem poskytla všem respondentům součinnost, respekt k jejich osobnosti a rozhodnutím, dala jsem jim absolutní volnost a svobodu, ale zároveň na ně přenesla i zodpovědnost za vyřešení problému (Holá, 2011). Systemický model nabízí prostor k pochopení sociálních vztahů, otevírá cestu k budoucím řešením. Podle autorky Holé (2011) využívají systemici při řešení problému takovou strukturu rozhovoru, při které by získali podrobnou představu o přáních, představách a očekáváních jednotlivých členů týmu.

Výběr pracoviště, kde byl proveden výzkum, byl záměrný. Před vlastním výzkumem jsem podala písemnou žádost o svolení s provedením výzkumu na daném pracovišti (tento souhlas je součástí přílohy).

Odpovědi od respondentů jsem získávala technikou polostrukturovaných rozhovorů. Celkem proběhlo 11 rozhovorů, které byly zaměřeny na oblasti vycházející z teoretických základů této práce:

- role, význam, postavení a činnosti zdravotně sociální pracovníka;
- multidisciplinarita;

- spolupráce.

Nezbytnou součástí polostrukturovaných rozhovorů byly doplňující otázky (Mišovič, 2019). Miovský (2006) vnímá doplňující otázky jako upřesňující poznatky k lepší uchopitelnosti problému. Jako jednu z nevýhod vnímá skutečnost, že se výzkumník rovněž dozví nepříliš podstatné informace.

Základní otázky polostrukturovaného rozhovoru

- Máte představu, jaká je primární funkce sociálního pracovníka, které činnosti vykonává?
- Víte, jakou péči/službu by vám měla poskytnout sociální pracovnice?
- Myslíte, že i vy v rámci vaší profese řešíte otázky sociální práce přímo s klientem?
- Řešil s vámi za dobu pobytu někdo otázku následného fungování? Případně kdo?
- Jaký je dle vašeho názoru přínos zdravotně sociálního pracovníka v aktuální podobě stavu?
- Které činnosti by zdravotně sociální pracovník mohl vykonávat, aby zlepšil péči pacienta?
- Které činnosti by zdravotně sociální pracovník mohl vykonávat, aby zlepšil péči ve vaší situaci?
- Jaké má postavení zdravotně sociální pracovník v multidisciplinárním týmu oproti dalším členům?
- Jak vnímáte spolupráci týmu pracovníků rehabilitační kliniky?
- Máte pocit nějakého limitu při poskytování informací?
- Jak by měl vypadat ideální způsob spolupráce mezi zdravotně sociálním pracovníkem a dalšími členy multidisciplinárního týmu v rámci řešení péče o pacienta?

Během výzkumu jsem také použila metodu pozorování a vyhodnocování pomocí terénních poznámek prostředí. Gavora (2000) zmiňuje, že během kvalitativního výzkumu by měl výzkumník zaznamenávat i to, co se za sledovanou dobu stane. Předmětem pozorování v průběhu rozhovorů byly zejména projevy neverbální komunikace.

Hendl (2008, s. 191) také uvádí: „*Rozhovory obsahují vždy směs toho, co je, a toho, co si o tom respondent myslí. Pozorování naproti tomu představuje snahu zjistit, co se skutečně děje.*“

Dále jsem využila informace z webových stránek nemocnice, kde jsou obsaženy směrnice a další dokumenty.

5.5 Výzkumný vzorek

Základním výzkumným souborem byl zvolen rehabilitační tým RK FN HK. Oslovila jsem členy MDT na rehabilitační klinice. Dopředu jsem si stanovila kritérium pro výběr členů týmu – na základě jejich pracovního zařazení/profese. Členové týmu měli díky minimálně tříleté praxi dostatečné zkušenosti s poskytováním péče.

Respondenti tvořili aktuální multidisciplinární tým a podíleli se na léčbě pacientů. Pacient, který se účastnil výzkumu, byl součástí týmu v roli pacienta. Během zkoumání byl hospitalizován na rehabilitační klinice po dobu tří týdnů z důvodu předchozí amputace levé dolní končetiny.

Celkem proběhlo 11 rozhovorů, které byly zaměřeny na oblasti vycházející z teoretických základů této práce. Mezi respondenty byli dva lékaři, čtyři fyzioterapeuti, ergoterapeutka, logopedka, psychologka, zdravotně sociální pracovníce a pacient.

Členové jsou označeni písmenem R (respondent) a číslem (počet účastníků výzkumu):

Tabulka 1 Přehled respondentů

R1	Fyzioterapeut
R2	Lékař
R3	Fyzioterapeut
R4	Fyzioterapeut
R5	Fyzioterapeut
R6	Fyzioterapeut
R7	Lékař
R8	Ergoterapeut
R9	Psycholog
R10	Zdravotně – sociální pracovníce
R11	Pacient

Zdroj: vlastní

5.6 Etické aspekty výzkumu

Etické zásady jsou důležitou složkou společenskovedního výzkumu. Podle Hendla (2008) by měl výzkumník věnovat pozornost otázkám zachování soukromí, emočního zabezpečení, reciprocity a informovaného souhlasu. Participantům musí být také dána možnost odmítnutí účasti ve výzkumu (Hendl, 2008).

Na základě těchto zásad byly cíl diplomové práce a jeho plnění předem projednány a písemně schváleny vedením kliniky a nemocnice.

Každý respondent byl před zahájením samotného výzkumu osloven s dotazem, zda by měl zájem se výzkumu zúčastnit. Výběr pacienta probíhal náhodně na základě doporučení dalších pracovníků. Kritériem byla diagnóza související se snížením samostatnosti, se změnou pohybových stereotypů, muselo se také jednat o pacienta, který byl v době výzkumu hospitalizován na rehabilitační klinice. Všichni oslovení respondenti předem souhlasili s účastí na výzkumu a následně s nimi byly sjednány termíny rozhovorů. I když byly všechny rozhovory nahrávány na základě informovaného písemného souhlasu, jsou respondenti v textu anonymizováni. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a poté přepsány pomocí webové stránky Beyy.io. Všichni členové multidisciplinárního týmu, kteří se účastnili výzkumu, písemně souhlasili. Každý respondent byl před zahájením rozhovoru ubezpečen, že jeho odpovědi nebudou hodnoceny ani jako dobré, ani jako špatné. Zároveň jsem respondenty ujistila, že nemusí znát odpovědi na všechny otázky a že pokud nebudou chtít na některou otázku odpovědět, budu to respektovat. Každý měl možnost se dotázat na smysl položené otázky nebo mohl požádat o přeformulování dotazu.

Této možnosti využila většina respondentů, kteří se obvykle ujistili, zda otázku chápou dobře.

5.7 Limity výzkumu

Za limit výzkumu by se dalo považovat v první řadě to, že jsem byla zaměstnankyní organizace a členkou MDT. Někteří respondenti tudíž mohli formulovat své odpovědi pod vlivem této skutečnosti. Dle mého názoru byl ale můj vztah k dotazovaným spíše přínosem. Mohla jsem se věnovat výzkumu velmi pečlivě a měla jsem možnost vést rozhovory se členy MDT, kteří byli velmi otevření a cenili si mého zájmu.

Během rozhovorů bylo obtížné ujistit respondenty o tom, že nevadí, když nebudou znát všechny odpovědi. Někteří dotazovaní se obávali, že jejich odpovědi nebudou dostačující, protože sociální práci příliš nerozumí. Je pravdou, že tento fakt ve mně vzbuzoval obavy z toho, zda to nebude limitací relevantních výsledků. Náročné pro respondenty bylo i odpovídat bez přípravy. Limitem výzkumu ve vztahu k výzkumnému vzorku mohla být různorodá délka praxe členů týmu u cílové skupiny. Domnívám se, že výzkum by také bylo možné rozšířit o více pohledů ze stran pacientů a také o pohled managementu organizace, protože jak výzkum napověděl, záleží na tom, co samotný management umožní sociálnímu pracovníkovi v oblasti výkonu jeho profese. Téma mi bylo velmi blízké a bylo potřeba se soustředit na to, abych zachovala nestranný postoj.

5.8 Pozicionalita výzkumníka

Díky své pozici v organizaci jsem měla snadnější pozici při získávání respondentů. Za riziko výzkumu bych tuto svoji pozici neoznačila. Do odpovědí respondentů jsem nezasahovala, pouze se jich doptávala. Výhodu naopak spatřuji v tom, že jsem sama byla jedním z členů multidisciplinárního týmu, své kolegy – respondenty jsem dobře znala, stejně jako znám prostředí, ve kterém výzkum probíhal. Nikdo z účastníků výzkumu nebyl v organizační struktuře pode mnou, tudíž se nemusel obávat, že by mu za jeho odpovědi hrozil nějaký postih. Zároveň kolegové věděli o mém rozvázání pracovního poměru s organizací po roce působení. Rozhovory probíhaly díky tomu v příjemné atmosféře.

Během realizace jsem si také všimla pozitivního zájmu o provádění výzkumu na jejich pracovišti, kdy vítali jakoukoliv snahu o zlepšení spolupráce.

5.9 Sběr dat

Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2022 do března 2023. Délka sběru dat se odvíjela dle domluvených termínů pro uskutečnění rozhovorů.

Nejkratší rozhovor trval 8 minut a 50 sekund, nejdelší pak 19 minut a 24 sekund. Respondenti komunikovali otevřeně a neodbíhali od tématu. Všechny rozhovory byly vedeny osobně, a to v prostorách organizace. Většinou se jednalo o ordinace respondentů, ve dvou případech mě respondenti navštívili v mé ordinaci, kde jsme měli více soukromí. Termíny rozhovorů byly dodrženy a s realizací samotných rozhovorů nebyly problémy.

Na položené otázky někteří zvládali reagovat okamžitě, někdy bylo potřeba danou otázku více konkretizovat. Respondenti nebyli předem seznámeni se scénářem rozhovoru, pouze měli informace o hlavním tématu výzkumu. Se všemi jsem se osobně znala, tykala si, s výjimkou respondenta 11 – pacienta. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Nahrávky byly následně doslovně přepsány a zpracovány v online aplikaci Beey.io.

6 VÝZKUMNÁ ZJIŠTĚNÍ

Data jsou uvedena v logické posloupnosti s ohledem na výzkumné cíle.

Výzkumný cíl (dále jen VC1): Popsání současné podoby sociální práce na rehabilitační klinice nejen pohledem sociálního pracovníka, ale především optikou členů multidisciplinárního týmu.

6.1 Dílčí cíl 1.1 (DC 1.1)

Zjistit, jak znají členové MDT náplň práce zdravotně sociální pracovnice.

Práce zdravotně sociální pracovnice

V této oblasti jsem zaznamenala zásadní rozpor v tom, co by měla zdravotně sociální pracovnice dělat a co skutečně dělá.

Ze slov zdravotně sociální pracovnice vyplývá, že na konkrétní rehabilitační klinice zprostředkovává nejvíce následnou péči, a to dlouhodobě.

R10 – zdravotně sociální pracovnice: *„Tady nejvíc zprostředkovávám následnou péči. Já jsem tady pátý rok a fakt nejvíc úplně tady řeším rehabilitační ústavy, to je asi největší objem těch věcí, co já tady dělám, pak někdy jako eldéenky a následný péče. Občas domácí péče na těch ostatních klinikách my ještě děláme třeba pomůcky, ale to vím, že tady dělají spíš ergoterapeuti, takže to tady se mě úplně netýká, ale taky se občas jako stane, ale spíš ne, takže nejvíc ty rehabilitační ústavy určitě.“*

Respondenti se v otázce náplně práce zdravotně sociální pracovnice shodují na tom, že obecně řeší následnou péči po propuštění pacienta z nemocnice.

Z výpovědí respondentů je patrné, že nejsou schopni přesně identifikovat konkrétní náplň práce zdravotně sociální pracovnice na rehabilitační klinice. Odpovědi na tuto otázku byly převážně stručné a nejisté, a to především proto, že náplň práce zdravotně sociální pracovnice znali respondenti poměrně okrajově. R2 měl dobrý vhled, jelikož z odpovědi vyplývá, že se zdravotně sociální pracovníci je v největším kontaktu.

R2 – lékař: *„No, a tak určitě mně pomáhá s organizací následný rehabilitace, to je velká pomoc, že jo, ona to prostě organizuje, volá tam, že jo, pak ji využívám na to, že ona rodině všechno řekne, takový ty sociální věci, kde by si mohli něco půjčit, že jo, jestli by k nim někdo mohl chodit, ta domácí nebo ošetrovatelská péče, takže to je další potom, co dělá. Ona jim třeba dát kontakty na tu charitu, aby k nim někdo chodil, buď na převazy,*

anebo takový jako fyziio, a že se s těmi pacienty třeba projdou. Potom určitě jsme řešili i nějaký finance s ní, kam se mají obrátit, když chtějí příspěvky na péči.“

Důvodem může být to, že sociální pracovníce není fyzicky součástí MDT na této klinice a že téměř jediným členem, který se sociální pracovníci komunikuje, je lékař.

Respondenti zmiňují, že do náplně práce by měla patřit spolupráce s úřady práce a řešení ekonomické situace pacientů.

R1 – fyzioterapeut: *„Já si myslím, že obihá úřady, zařizuje ti domů nějaký pomůcky, pro zvládnutí té situace, zařídí ti příspěvek na péči, následnou péči třeba.“*

R6 – fyzioterapeut: *„Zajišťuje hlavně ty sociální věci pro toho pacienta. Třeba jeho zázemí a vlastně ty jeho potřeby a to, kam bude dál pokračovat. Jsou to někdy i záležitosti, že si pacienti stěžovali, že třeba mají nějaký ekonomický problémy, že jsou na Úřadu práce, že jsou bez peněz, takže prostě řešit nějakou tu ekonomickou situaci. Nebo někdy to jsou třeba i lidi bez domova, takže vlastně nemají bydlení, takže nějaký takový třeba jako ubytování v azylovém domě, nebo pak potřebují překlady jako řešit, kam pokračovat dál, třeba do nějakého domu s pečovatelskou službou. Něco takového.“*

Dále bylo zmíněno zařizování pomůcek do domácí péče, vyřizování příspěvku na péči, předání kontaktu na další službu či organizaci, řešení ekonomické situace pacientů, zajištění azylového bydlení a poradenství.

R7 – lékař: *„Zařizuje pobyty v rehabilitačních ústavech nebo mapuje domácí prostředí, jak to tam vypadá, nebo aspoň to by měla dělat, pomáhá jim překonávat nějaký bariéry, domlouvat třeba domácí péči nebo převazy, ošetřování. No a tady na klinice se nejčastěji využívají ty rehabilitační ústavy a ta následná péče.“*

R9 – psycholog: *„Tak mám představu, jakože nějaký dávky hmotný podpory, nebo jak se tomu přesně říká v souvislosti s pobytem v nemocnici, případně další prostě možnosti i zařízení, nějaký bydlení nebo zařízení pomůcek, poradenství? Jako mělo by se to řešit tady víc. Kam ten člověk jako půjde, jo jasný, ale jako, že by to bylo takový víc do široka.“*

R4 – fyzioterapeut: *„Já si myslím, že sociální pracovník zajišťuje tomu pacientovi to, když nemá, kde bydlet, tak aby měl, kde bydlet, práci zajišťuje, no tak nějakou péči třeba jo, moc o tom nevím, vidíš to.“*

R5 – fyzioterapeut: *„Zprostředkovává kontakt s rodinou. Funguje při zařizování dalších následných pobytů pacientů nebo řešení různých sociálních obtíží těch pacientů, co se týče práce, co se týče bydlení.“*

R8 – ergoterapeut: „Myslím, že sociální pracovník by tady měl být od toho, aby třeba radil lidem, co mají dělat po ukončení léčby. Jak se můžou dostat někam dál nebo kde si můžou vyřídit příspěvky.“

Zajímavá se mi jeví odpověď od R3 (logopedky), která upozorňuje na potřeby pacienta a potřeby rodiny.

R3 – logopedka: „No úplně nevím, ale řekla bych, že nějak jako řeší potřeby lidí v nemocnicích nebo snaží se zjišťovat, jaký potřeby třeba mají. Anebo asi nejenom v nemocnicích, vlastně i nějakých domovech a tak. Co ten člověk má za potřeby a jak by mu mohl pomoci? S tím souvisí, jaký potřeby jsou třeba v tý rodině.“

Pacient si uvědomuje, že je potřeba zařídit domácí prostředí a služby tak, aby se mohl vrátit domů. Zmiňuje možné zařazení do LDN, kam nechce. Věří, že se dokáže o sebe postarat sám, jako to zvládal dříve, avšak má z toho velké obavy, které ho tíží.

Přivítal by pomoc někoho, s kým by mohl prodiskutovat a dostat rady ohledně nároku na příspěvky, donášku stravy a ošetrovatelskou péči. V tomto konkrétním případě se jeví jako ideální osobou zdravotně sociální pracovnice. O její existenci pacient ví, avšak během pobytu se s ní nesešel.

R11 – pacient: „Vzhledem k tomu, že jsem to nikdy nepotřeboval, tak nevím, ale teď se mi změnil celý život, takže se to asi jako bude muset řešit. Tak asi vyřešit, co bude dál, protože já bydlím sám, já jsem vlastně zvyklý se starat sám o sebe, tak nechci nikam do LDNky, já chci být doma. Takže asi budu potřebovat vyřešit to bydlení, mám 65 schodů a nebudu moc chodit každý den na nákup a oběhat si úřady, tak to by mi pomohlo. Potřebuju si zařídit ten příspěvek na benzín, to jsem si zjistil, že je 1000 korun. Taky by mě zajímalo, jestli by mi mohla pomoci třeba s nějakou pečovatelskou službou, možná obědy a ošetrovatelku na ten pahýl, a mám toho prostě plnou hlavu, nevím, co budu dělat a asi bych byl rád, kdybych si s někým o tom mohl pobavit, abych věděl.“

6.2 Dílčí cíl 1.2 (DC 1.2)

Zjistit, kdo řeší otázky sociální práce s klientem.

Řešitel otázek sociální práce

Odpovědi dokumentují problematické nastavení systému, nejasné rozdělení pravomocí a odpovědností a nedostatečnou týmovou komunikaci a následné úkolování.

R1 – fyzioterapeut: „*Jako asi bychom to měli řešit my fyzioterapeuti, asi jo, třeba prostředí, ve kterém žije, kam se vrací. Já tomu nerozumím, ale myslím, že bych to měla víc řešit třeba, abych třeba odlehčila, jako vám ergoterapeutům...a když ty lidi třeba nemají ergo, tak v tu chvíli bych to měla zastoupit já, anebo to řeší prostě doktor.*“

Členové nezmiňují žádný plán, ze kterého by bylo zřejmé, kdo má co na starost, tedy i to, kdo zajišťuje různé metody sociální práce. Z výpovědí se ukazuje, že v tomto ohledu vůbec neprobíhá komunikace na úrovni MDT. Členové nemají žádnou dohodu, takže ani neví, co je cílem, případně kdo má řešit sociální situaci pacienta.

R8 – ergoterapeut: „*Občas my na ergu, psycholog a doktor, který teda kontaktují tu sociální.*“

Dle odpovědi pacienta je absence sociálního pracovníka na klinice velmi zřetelná. Pacient má konkrétní problém, který se snaží sdělit jak lékařům, tak ergoterapeutům a fyzioterapeutům. Nikdo na jeho problémy nereaguje. Každý ze zmíněných pracovníků řeší cíle své terapie, do kterých tyto požadavky klienta nespádají.

R11 – pacient: „*No jako řešili se mnou jenom tu elděenku, kam já nechci. Pan doktor říkal, že by to bylo nejlepší. Já jsem říkal: domů chci a potřebuju to zvládnout. Teď potřebuju chodit a jako ještě předtím se mě hned na začátku ptali, kde bydlím a tak, a jak to mám v koupelně a takový ty věci, a to se mnou řešila ta ergoterapeutka a zkoušeli jsme se oblíkat a hygienu, abych byl soběstačný, ale tak tady to zvládnou, já doposud byl úplně odkázán sám na sebe a mám tady fyzioterapeutku, s tou trénujeme to chození, přesuny, ale to neřeší můj problém.*“

Z této oblasti vyplývá, že se členové vzájemně úkolují, avšak chybí už informování o splnění zadaného úkolu, což potvrzuje i výpověď pacienta.

Souhrnně lze říci, že za řešitele nežádoucích sociálních situací všichni pracovníci považují částečně sebe. Zmiňují, že s pacienty tráví hodně času a stává se tedy, že se o jejich tíživé situaci a potřebách dozví dříve než sociální pracovnice. Není však v jejich kompetenci ani časových možnostech tyto situace řešit. Z některých výpovědí vyplývá, že se snaží situaci pacienta řešit svépomocí, bez hlubších odborných znalostí.

R6 – fyzioterapeut: „*Záleží, že jo, komu se svěří, ale my jsme ti, s kterými tráví hodně času, takže třeba se nám svěří víc než lékařům, takže my se pak můžeme třeba s tou informací posunout jakoby dál. Nechávám v kompetenci lékaře nebo se s ním domluví, když třeba vidím, že ten pacient by něco potřeboval, tak spíš jako se domlouvám přes toho lékaře, že to je spíš v jeho kompetenci, ale jako někdy se svěří spíš pacientovi nám, takže fakt to jde přes nás.*“

R4 – fyzioterapeut: „Když mě požádají, že by potřebovali jako domácí péči, tak nevím, kde se to shání, tak lustruju na webu, nebo to mají zařízený od té rodiny. Jako popravdě zas bych řekla, že tu máme na to ergoterapeuty, to беру, že tu jsou za sociálního pracovníka, tak ho vlastně tady asi nepostrádám. Asi to nespadá pod vás, ale mám takový pocit, že jste jako schopný to nějak trochu nahradit. To je můj pocit, proto mi tady asi nechybí. Kdybyste to nedělaly a nebyly tak šikovný, tak by mě ten, kdo to řeší, asi chyběl, a to je zas takový ten lidský faktor, že prostě víš, že ten člověk je v takový naprd situaci, tak mu chceš pomoci, chceš pomoci a neřešíš kompetence.“

Toto řešení je tedy nadstandardem poskytované péče konkrétním zdravotníkem. V horších případech dojde pouze k vyslechnutí pacienta bez dalšího řešení problému.

V případě řešení tíživé situace by se pracovníci obrátili na lékaře a obeznámili ho se situací, protože je v tomto MDT považován za hlavního řešitele těchto otázek.

R5 – fyzioterapeut: „Lékař tohle řeší, já ne. Ten lékař je taková stěžejní osoba v péči o toho pacienta, tohle teda jako trochu jde mimo nás. Nemůžu si na svá bedra brát ještě něco, o čem já jednak nemůžu rozhodovat, a co nepatří do mé kompetence. To je týmová práce, takže co bych já měl dělat něco, co může dělat jiný člen toho týmu, když to bude potřeba. Stejně jako oni nechají prostor pro mé kompetence.“

R9 – psycholog: „Jo, aby se to řešilo, v kontaktu s tím sociálním pracovníkem nejsem, protože teď jsem se třeba ptala lékaře, jestli to mám řešit s tou sociální pracovnící a ona řekla, ne, že to vyřeší sama.“

R2 – lékař: „Většinou to je tak, že já většinou hodně lidí řeším okamžitě. Prostě já to vím, že jo, to už poznám, jestli to bude na doma nebo někam dál, takže já to řídím, kam půjde, ne ona, že jo, nerozhoduje o tom, takže já to prostě už vidím a už při příjmu jim říkám o tom, že by bylo dobrý jít tam a tam, takže já prostě hnedka volám sociální a my tam pošleme ten diagnostický souhrn a nějaký povídání jako epikrízu. Třeba teďka u toho pána, on půjde domů a já jsem tady měla jeho dceru, dala jsem jí kontakt na tu Lucku a řekla jsem jí, ať si zavolá jí. Ona řeší ty rehabilitáky. Lázně neřeší, to je výhoda, že ty rehabilitáky řešíme my lékaři, lázně si musí pacient zařizovat sám. Tam jsou i ty schopnější lidi. Já jim prostě řeknu, máte nárok na lázně, ale musíte si to sám zařídit a oni si musí zavolat do nějaký kanceláře, domluvit si termín a tohle všechno. My jim potom třeba ten návrh jakoby napíšeme, ale nezajišťujeme jim ty termíny.“

V odpovědích respondentů výrazněji označují ergoterapeuty jako případné řešitele otázek sociální problematiky. Dále zmiňují, že mají pocit, že ergoterapeuti sociálního pracovníka nahrazují, i když to není v jejich kompetenci.

R4 – fyzioterapeut: „Jako popravdě zas bych řekla, že tu máme na to ergoterapeuty, to beru jakoby, že tu jsou jako za sociálního pracovníka, tak ho vlastně tady asi nepostrádám. Asi to nespadá pod vás, ale mám takový pocit, že jste jako schopný to nějak trošku nahradit.“

R1 – fyzioterapeut: „Jako asi bychom to měli řešit my fyzioterapeuti, asi jo, třeba prostředí, ve kterém žije, kam se vrací. Já tomu nerozumím, ale myslím, že bych to měla víc řešit třeba, abych třeba odlehčila, jako vám ergoterapeutům... a když ty lidi třeba nemají ergo, tak v tu chvíli bych to měla zastoupit já anebo to řeší prostě doktor.“

To poukazuje na důležitost vyjasnění rolí a kompetencí. Psycholožka říká, že se snažila kontaktovat sociální pracovníci, ale i přesto dochází k tomu, že sociální situaci s pacientem řeší sama.

R9 – psycholog: „No, setkávám se někdy s tím, že vlastně pacienti říkají: no ta sociální pracovnice mně nic neporadila. Často to vyřeším sama, nebo s nějakými lidmi, co znám... Na nějaké sociální věci se jich ptám, to patří podle mě k té anamnéze, protože vlastně jako ten člověk nemůže být pak v pohodě, když řeší existenční věci. Třeba teďka jsem zjistila u pacienta, že to není jako ošetřený, tak na to upozorním toho sociálního pracovníka nebo teďka doktorku. Jo, aby se to řešilo, v kontaktu s tím sociálním pracovníkem nejsem, protože teď jsem se třeba ptala lékaře, jestli to mám řešit s tou sociální a ona řekla, ne, že to vyřeší sama. A párkrát jsem jí takhle už třeba volala, ale je to fakt zřídkka. Měla jsem tady vlastně víc klientek, které právě měly exekuce, a to jsem vlastně řešila já i s jejich příbuznými a volala jsem své kamarádce, která dělá v nějaké organizaci, takže to jsem s ní zkonultovala. A pak jsem klienty posílala vlastně už na doporučený kontakty pro Člověka v tísní.“

Zmiňuje, že řeší exekuční problematiku, kontaktuje příslušné organizace a předává pacientům kontakty.

Logopedka přiznává, že se se sociální problematikou velmi často setkávají. Podle ní by sociální pracovník neměl do této spolupráce zasahovat. Naopak vyzdvihuje význam rodiny, spoléhá na získávání informací přímo od rodiny a aktivně s ní komunikuje. Dále se snaží najít způsob, jak by mohl pacient fungovat doma.

R3 – logopedka: „No jako myslím, že to řešíme, ale z té naší asi stránky věci no, že třeba zjišťujeme, kam ten člověk pak pokračuje. Nemyslím si, že tohle by měl ten sociální pracovník vlastně dělat. Já myslím, že jako naše profese obecně se s tím trochu setkává, vlastně my všichni, že to hodně propojuje i ty psychology. Je v tom rodina hodně. Ty informace. My taky mnohdy voláme rodině, zjišťujeme informaci o tom pacientovi, když to

je třeba někdo, kdo má tu faktickou poruchu, tak jako hodně komunikujeme s rodinou, se domlouváme, co by s tím pacientem vůbec měli doma dělat nebo jak s ním komunikovat, co ten pacient zvládá a nezvládá. Anebo prostě telefonicky, alespoň nějakých pár informací, abychom věděli, na co navázat, ať nám nosí nějaký fotky nebo něco.“

Také psycholog začlení do tohoto procesu rodinu, vzhledem k psychické pohodě pacienta.

Zdravotně sociální pracovnice sama sebe považuje za zprostředkovatele, ale jako primárního řešitele označuje lékaře. Také zmiňuje, že kdyby byla na klinice, poskytovala by více služeb, a to by nejspíš situaci měnilo. Její odpověď chápu zároveň jako omluvu a stížnost na přetížení.

R10 – zdravotně sociální pracovnice: *„Já jsem spíš zprostředkovatel té následné péče, a to domlouvám s paní doktorkou. Já mám rehabilitaci, mám urologii, kožní jedno oddělení na druhé interně a jednou předtím. Jsem na to všechno sama. Já si myslím, že kdybych seděla tady, takže si taky najde mnohem víc lidí, který by ode mě něco jako využili a nejenom tu následnou péči.“*

Lékař potvrzuje, že se snaží se sociální pracovníci domlouvat.

R7 – lékař: *„Většinou se sociální pracovníci snažím domlouvat. Já tomu moc nerozumím a myslím, že ona má větší přehled než já.“*

Výzkumný cíl (dále jen VC2): Zjištění názorů členů multidisciplinárního zdravotního týmu na aktuální postavení zdravotně sociální pracovnice coby člena multidisciplinárního týmu a spolupráci s ní.

6.3 Dílčí cíl 2.1 (DC 2.1)

Zjistit, jaké má zdravotně sociální pracovnice v MDT postavení.

Postavení v MDT

Současný stav je vnímán jako vyhovující na úrovni lékař – sociální pracovník. Z některých odpovědí je zřejmé dělení profesí na důležité a méně důležité, tedy připouštění existence určité vertikální hierarchie, která může komplikovat týmovou spolupráci.

R1 – fyzioterapeut: *„Asi má, nebo by měla mít, ale si to nepřipouštíme. To jako nevnímám, když tu není a jsou třeba důležitější profese.“*

R8 – ergoterapeut: „V tomhle stavu je hodně okrajovej člen multidisciplinárního týmu.“

Z odpovědí vyplývá, že aby bylo dosaženo rovnocenného postavení sociální pracovnice v MDT, je zapotřebí alespoň její občasná přítomnost na klinice.

R4 – fyzioterapeut: „Myslím si, že ještě jako my jako fyzió, že máme pacienta každý den a nemůžeme si moc dovolit ten den třeba si říct – toho dneska nestíhám, nebo takhle, že prostě máme fakt mít každý den ty pacienty, takže jsme jakoby fakt blízky v tom týmu, to ta sociální nemá, když tu není.“

R3 – logopedka: „Jo tak myslím si, že by sociální pracovník měl být členem. Už jenom z toho důvodu, abychom se sblížili a seznámili rodinu s těmi informacemi. Ale neseťkávám se s ní, maximálně občas v hlavním areálu, občas jsem se podívala, zda tam není nějaký jejich zápis kvůli těm informacím o pacientovi.“

R8 – ergoterapeut: „V ideálním stavu je přítomna na klinice.“

R6 – fyzioterapeut: „Já jsem zažila tu minulou, ta tu byla, a to postavení měla. A teď s tou nynější jsem se viděla párkrát a myslím, že noví kolegové ji ani vůbec neznají. No není tady fyzicky přítomná, takže tím pádem s ní vlastně komunikuje jenom ta lékařka a my vlastně se s ní nedostáváme do kontaktu třeba na těch vizitách nebo hlášení, takže třeba pak se nemůžeme na něco zeptat jenom tak nebo jen třeba říct, jak my vidíme situaci toho pacienta. Ale součástí by měla být.“

R5 – fyzioterapeut: „Ano nějaké postavení má, i když je to takhle, člověk na telefonu, tak prostě tyhle věci, který pro ty pacienty jsou podstatný, tak by to měl dělat, musí být součástí toho týmu. Je to součást jednoho celku, péče o pacienta není to, že by měl někdo větší roli a někdo menší. Každý máme svůj jakoby úsek toho, co s tím pacientem děláme, všechno je to stejně důležitý. Nedá se to oddělit, nedá se říct, že tohleto je podstatnější. Zas by asi záleželo na diagnóze, ale něco bude podstatnější, něco míň, ale všechno to je potřeba dělat dohromady.“

R7 – lékař: „To určitě jo, ale jenom tady prostě fyzicky není.“

Zdravotně sociální pracovnice potvrzuje, že by mohla být častěji přítomna, aby ostatní členové neztratili povědomí o její funkci.

R10 – zdravotně sociální pracovnice: „Tak ono to tak bylo vždycky nastavený, že to šlo přes lékaře. Myslím, že jo, je zrovna tady si myslím, že to funguje. Tak bylo to asi na jednu stranu lepší, že by mě tady občas někdo zahlédl, že jako jsem se trošku připomněla. Takhle jsem spíš s těmi lékaři v kontaktu, a to mám dobrý vztahy, takže jsme si jako sedli

s lékaři, si tak jako vycházíme vstříc. A někde prostě nás neberou úplně jako rovnocenně, no záleží na lidech.“

Samotné zdravotně sociální pracovníci její postavení v MDT vyhovuje. Vnímá pozitivní vztahy především s lékaři, se kterými nejvíce spolupracuje, případný nerovný přístup vždy záleží na konkrétním jedinci.

„...mám dobré vztahy, takže jsme si jako sedli s lékaři, si tak jako vycházíme vstříc. A někde prostě nás neberou úplně jako rovnocenně, no, záleží na lidech.“

R2 – lékař usoudil, že zdravotně sociální pracovníce na klinice není, protože stávající podoba spolupráce je jednodušší, s to z důvodu obtížného a časově náročného cestování mezi klinikami. Zároveň si stojí za názorem, že sociální pracovník je i přesto členem MDT.

R2 – lékař: *„Když přednáším neurorehabilitaci, tak říkám, že tam je sociální pracovník, ale kdybych měla pocit, že by tady měla být, tak bych jí to řekla, ale nemám pocit, že by tady měla být. Ona to má strašně komplikovaný, kde by byla? Kdyby sídlila tady prostě? Ale vem si, že ona jezdí někde autobusem. Ona to má potom na celý půlden a ztratí strašně času, takže já teda jsem s tímhle tím úplně v pohodě. A myslím si, že to funguje a, že funguje dobře.“*

Téměř všichni se shodli, že by zdravotně sociální pracovníce měla být členkou MDT, ale protože není téměř nikdy přítomna, nepovažují její pozici za nezbytnou.

R9 – psycholog: *„Jako když se takhle ptáš, tak asi, jako by měl být, ale necítím to tak, prostě tady de facto není členem.“*

V tomto stavu je v rámci MDT vnímána jako okrajový člen. V odpovědích spatřují víru v něco, čemu respondent R8 říká „komplexní náhled na pacienta“, který je možný získat přítomností na hlášeních a vizitách. Je tak popisován ideální stav, který je podmíněn fyzickou přítomností na klinice.

R8 – ergoterapeut: *„V tomhle stavu je hodně okrajovej člen multidisciplinárního týmu. Není přítomna hlášením a vizitám a pravděpodobně nemá komplexní náhled na konkrétní schopnosti a dovednosti pacienta. V ideálním stavu je přítomna na klinice, já nevím, má tu svou místnost, když potřebuje, je přítomna vizitám a hlášením, aby měla přehled o celém člověku, nejen o ty sociální stránce.“*

Někteří během rozhovoru vzpomínali na předchozí sociální pracovníci a porovnávali ji s tou současnou. Do rozporu se dostávají výpovědi zdravotně sociální pracovníce a fyzioterapeuta, kdy sociální pracovníce tvrdí, že spolupráce probíhá dle zvyklostí přes

lékaře, fyzioterapeut vzpomíná, že předchozí sociální pracovníce v MDT fyzicky byla a pracovníci v týmu ji také znali.

R6 – fyzioterapeut: „*Já jsem zažila tu minulou, ta tu byla, a to postavení měla. A teď s tou nynější jsem se viděla párkrát a myslím, že noví kolegové jí ani vůbec neznají.*“

R10 – zdravotně sociální pracovníce: „*Tak ono to tak bylo vždycky nastavený, že to šlo přes lékaře.*“

Z pohledu pacienta probíhá spolupráce dobře a potvrzuje vertikální hierarchii v týmu. Nejvíce komunikuje s fyzioterapeutem a lékařem. Z komunikace má dojem, že se personál opakovaně dotazuje na stejné věci a zabývá se zdravotní stránkou. Pacienta však stále provází obavy a nejistota i po propuštění z nemocnice, přestože se jeho stav zlepšuje. Pacient vůbec nezmiňuje přítomnost sociální pracovníce na RK.

R11 – pacient: „*Vnímám ji dobře, ale jako každé se mě ptá na to samé, a tady se řeší spíš ta protéza a abych chodil, než to co bude dál, toho se jako bojím, ale tak to já jako do toho nevidím, ale tak chovají se ke mě všichni dobře, sestry jsou hodný, paní doktorka mi předepsala procedury podle toho, co potřebuju, takže mám svoji fyzioterapeutku, s tou všechno nejlíp řeším a teda s paní doktorkou, pak tedy jsou ty vizity tak tam si to asi taky říkají, tak to na mě působí profesionálně a dobře.*“

6.4 Dílčí cíl 2.2 (DC 2.2)

Zjistit přínos práce zdravotně sociální pracovníce v aktuální podobě stavu v MDT.

Přínos práce pro pacienta anebo pro další členy MDT

Povětšinou respondenti nezmínili konkrétní přínos sociální pracovníce pro MDT.

Pacient vnímá pro své potřeby osobu zdravotně sociální pracovníce jako nejdůležitější profese.

R11 – pacient: „*Pro mě to je teď nejdůležitější, když by to se mnou mohla ta sociální pracovníce probrat a říct teda co a jak. Tady v nemocnici jsou všichni, že už se ani nevyznám, kdo je doktor a samé tituly, ale jako já hlavně potřebuju bejt samostatný a fungovat zase normálně doma, a to přece chce každé ne, tak proto tu jsem. Tak asi mě ta sociální nespraví nohu, to jsou tady ty zdravotníci ale tak kvůli tý noze, a že jsem teď takhle na tom blbě, s tím souvisí.*“

Zmiňuje, že zdravotní stav vyžaduje zásah i sociální složky, a nejen té zdravotní, poněvadž zdravotní stav ovlivňuje návrat domů, kam by se pacient rád vrátil.

„...kvůli té noze, a že jsem teď takhle na tom blbě, s tím souvisí.“

Ze zdravotníků vnímají přínos především lékaři, kterým pomáhá s plánováním následné péče, a jsou vsutku jediní, kteří jsou se sociální pracovníci v kontaktu.

R2 – lékař: *„Tak určitě mně pomáhá s organizací následný rehabilitace, to je velká pomoc, řeší, že jo, jakoby i ty finance si myslím, že to je takový stěžejní nebo zažádat o nějaký ty příspěvky. Ale my to úplně moc neřešíme, protože nám jde hodně lidí prostě pryč.“*

R4 – fyzioterapeut: *„Pro mě v tuhle chvíli žádný, a myslím, že ani pro tým, co se týče průběhu. Možná jakoby lékařům a co se týče následně umístění do nějakého toho zařízení nebo řešení, jako toho bydlení bych řekla, že nejčastější přínos, nebo takový ty sociální případy by třeba potřebovaly poradit nebo si jenom třeba jako popovídat. Víš takový to poradenství pro všechny zároveň.“*

R3 – logopedka: *„To asi teda jakoby žádný, že jo. Tím, že vlastně tady není. Občas možná čteme nějaký zprávy, právě když už jsou ty pacienti takoví jako hodně nemocní, že jo, před smrtí a řeší se co dál. Tak nějaké potřebné informace najdeme.“*

Zazněly také odpovědi, které vypovídají o potřebě sociálního pracovníka na klinice. Přínos vnímají především pro pacienta v oblasti zprostředkování následné péče.

R6 – fyzioterapeut: *„Já si myslím, že určitě, že, kolikrát ty lidi potřebovali něco řešit anebo i ty jejich rodiny, takže určitě jako si myslím, že by bylo dobrý, kdyby třeba i kontakt, že vlastně by nás mohla zkontaktovat s těma rodinami, takže určitě to je a bude přínosné.“*

R5 – fyzioterapeut: *„Určitě ano, jo, protože my jsme lůžka a akutní rehabilitační péče. A od nás odcházejí dál, to znamená, my potřebujeme někoho, kdo bude tuhle následnou péči zajišťovat. Jo, někteří od nás chodí domů, jiní chodí do chráněného bydlení, do domu s pečovatelskou službou třeba a tohle to všechno prostě by měl dělat sociální pracovník, já vím, kdo to je, já vím, jak vypadá, jestli jsem s ním byl kontaktu jednou třeba, já nevím, 6 let, ale vím, že tohle to prostě všechno jakoby dělal.“*

Přínos práce současné zdravotně sociální pracovníce respondenti nijak výrazně nevyzdvihují, ani nijak nekritizují. Jak někteří v odpovědích zmínili, dá se říci, že zdravotně sociální pracovníce splní vše, co se po ní chce.

R8 – ergoterapeut: *„Vyřeší, co se jí řekne, víc k tomu asi nemám.“*

Jejich spolupráce je nahodilá dle aktuálních potřeb, a to většinou ze strany lékaře.

R7 – lékař: „*Já si nemyslím, že ne úplně menší, než to bylo dřív. Tak bylo to jako dobrý, když sem chodila, že se to s ní mohlo probrat, ale zase, když něco potřebuješ, takový zavoláš a vyhoví prostě.*“

Pokud ostatní představitelé ostatních odborností potřebují získat informace z oboru sociální práce, jsou schopni si je najít a řeší nepříznivé situace s pacienty sami.

Psycholožka říká, že sociální situaci s pacientem kolikrát řeší sama, což potvrzují konkrétní příklady v předchozích citacích.

R9 – psycholog: „*To už jsem říkala. Pro mé účely minimální, často to vyřeším sama, nebo s nějakými lidmi, co znám.*“

Zdravotně sociální pracovnice sebereflexí říká, že by bylo přínosnější, kdyby se na klinice objevila častěji.

R10 – zdravotně sociální pracovnice: „*Tak bylo to asi na jednu stranu lepší, že mě tady občas někdo zahlédl, že jako jsem se trošku připomněla. Takhle jsem spíš s těmi lékaři v kontaktu.*“

R1 dodává, že po úvodním setkání a objasnění toho, co může přinést zdravotně sociální pracovník pro tým, se její myšlenky změnily a uvědomuje si, že by byl takový odborník potřeba.

R1 – fyzioterapeut: „*Jako teďka vlastně žádný. Ale tímhle rozhovorem si mě jako donutila o tom přemýšlet, a je to jiný, teď si říkám, jak bych vlastně ho potřebovala.*“

6.5 Dílčí cíl 2.3 (DC 2.3)

Zjistit limity spolupráce MDT.

Limity spolupráce

Na klinice sociální pracovnice nemá svou místnost a na kliniku musí dojíždět z hlavního areálu.

R2 – lékař: „*Ona to má strašně komplikovaný, kde by byla? Kdyby sídlila tady prostě? Ale vem si, že ona jezdí někde autobusem. Ona to má potom na celý půl den a ztratí strašně čas.*“

R1 – fyzioterapeut: „*No asi to, že tu nemá to svoje místo, jestli dělá v hlavním areálu nemocnice, tak to je takový blbý. Ale dokud ses nezeptala, tak já ani nevěděla, že tu nějakou jako naše klinika má.*“

R8 – ergoterapeut: „*No asi to, že tady nemá tu svoji místnost a že musí přecházet, mě by to taky nebavilo takhle z hlavního areálu během pracovní doby chodit za pacienty jinam, je to prostě nepraktický, měla by mít svý místo, aby se cítila i dobře a vítaná.*“

Ukazuje se to jako velký problém i ze strany zdravotně sociální pracovnice. Nemůže pak nerušeně pracovat s pacientem a jeho rodinou, zejména při řešení velmi osobních záležitostí, nemá přístup k počítači ani vyhrazené dny pro intervence.

R10 – zdravotně sociální pracovnice: „*V ideálním stavu, kdybych tady seděla jo, tak si myslím, že by těch lidí bylo mnohem víc. Mám ty další kliniky a jediná rehabilitace je tady, mimo ten areál, to si myslím, že je docela limit pro mě, protože když jsem, potřebuju, tak vlastně už nejezdí ani ten mikrobús, takže já prostě se sem musím nějakým způsobem dopravit. Já sem přijedu, zjistím, co ten pacient ode mě chce a musela bych sem jet vlastně znovu, že kdybych aspoň předem věděla, co přibližně je potřeba řešit, jsem na to připravená. Tady se nedostanu k počítači, nemám tu své místo. Takhle jsem spíš s těmi lékaři v kontaktu. Ale asi se budu zase opakovat, máme těch klinik tolik, že vlastně to může fungovat jenom tak, že budeme chodit k těm lidem na zavolání, že nejsme schopni pokrýt, aby se k nám dostal každý, který by to potřeboval a uvítal.*“

Dále je pro pracovníci limitací nedostatečné pokrytí všech klinik sociálními pracovníky.

„*...máme těch klinik tolik, že vlastně to může fungovat jenom tak, že budeme chodit k těm lidem na zavolání, že nejsme schopni pokrýt, aby se k nám dostal každý, který by to potřeboval a uvítal.*“

Jako velké téma se při realizaci rozhovorů ukázala nedostatečná spolupráce. Což způsobuje především to, že noví zaměstnanci o možné spolupráci neví a zdravotně sociální pracovníci neznají.

R4 – fyzioterapeut: „*Jestli to je tak, že ona je jenom v té fakultce, tak nám jako brání v tom, že tu není prostě. Já třeba ani nevím, kam bych ty paní mohla volat, jak se jmenuje. Jako mně třeba nikdo neřekl, když jsem sem nastoupila, je tady takováhle paní. To mi taky jako přijde takový divný, že já to vím jenom tolik z doslechu. A myslím si, že 1 člověk je na to všechno hrozně málo.*“

V předchozím dotazování R6 toto potvrdila slovy: „*A teď s tou nynější jsem se viděla párkrát a myslím, že noví kolegové jí ani vůbec neznají.*“

V rámci této otázky nastává rozpor však v tom, zda jsou zaměstnanci na klinice takovou dobu, že mají zkušenost se sociální pracovníci, nebo jsou na klinice kratší čas, a o zdravotně sociální pracovníci ještě neví a zkušenost s ní žádnou nemají. Při nástupu

nových členů do pracovního poměru nebývá představena jako člen týmu, tudíž není jednoduché navázat s ní kontakt.

Ve výpovědích zazněla i taková zkušenost, že sociální intervence nebyla dostatečná, a proto se ji snaží jiný odborník zastoupit.

R9 – psycholožka: *„No, setkávám se někdy s tím, že vlastně pacienti řeknou, no ta sociální pracovnice mně nic neporadila. Jako ve smyslu i trošku navázat s tím člověkem kontakt, získat si jeho důvěru. Do jisté míry, ty sama ovlivňuješ, co se následně bude dít s tím pacientem, právě ve smyslu těch sociálních věcí, co ovlivňuješ a poradíš. A za další jsem si myslela, že to nemá v kompetenci a tím pádem se třeba nenavázala ta spolupráce.“*

Dále zaznělo, že tým nikdo nekoordinuje.

R3 – logopedka: *„No ta koordinace toho, to asi teda jakoby žádný není, že jo. A prostě ta nevědomost o tý spolupráci.“*

R6 – fyzioterapeut: *„To vlastně nevím, jaká je ta organizace sociální práce. No není tady fyzicky přítomná, takže tím pádem s ní vlastně komunikuje jenom ta lékařka a my vlastně se s ní nedostáváme do kontaktu třeba na těch vizitách nebo hlášení, takže třeba pak se nemůžeme na něco zeptat jenom tak nebo jen třeba říct, jak my vidíme situaci toho pacienta. Ale součástí by měla být.“*

Nicméně vedle těchto negativních ohlasů, se objevil i jeden kladný. Spolupráce funguje velmi dobře a společný výsledek kompletuje lékař

R5 – fyzioterapeut: *„Ne, tím, že v podstatě ví, že tady jsme. Jak říká, víc spolupracuje s těma lékaři, ale stejně jako já se mohu obrátit na psycholožku na logopedku, tak prostě, když budu něco potřeba, tak tohle se může taky řešit. Jo, ale, vyplývá to vlastně z toho, že já jakoby zodpovím za tu svoji práci, posouvám to tomu lékaři, který to celý kompletuje, tak ten lékař vlastně kompletuje i tu sociální práci. Já vím, že ten člověk v nemocnici je, že má na starosti jako naši kliniku.“*

Z výpovědi pacienta vyplývá, že má stále obavy z následného propuštění domů, uvádí zmatenost. Tu můžeme přikládat tomu, že péče je nastavená tak, aby se pacient vrátil co nejdříve domů, jeho sociální pozadí se ale v léčbě příliš nezohledňuje.

R11 – pacient: *„Jsem z toho popravdě dost zmatenej. Jako personál je skvělej, jo, péče je skvělá. Jak jsem říkal no, nevím co dál, tak bych byl rád, kdyby mi někdo pomohl prakticky, takhle si nikam ani nedojdu, takže kdyby mi někdo řekl třeba na, co mám nárok nebo nějaký číslo, já bych zvládl zavolat... zkusit mi prakticky pomoc, když se domu potřebuju vrátit, to bych byl rád. Já se tu učím s tou protézou, abych byl doma, a ne v eldéence.“*

Pacient může být frustrován z toho, že se nenaplnilo jeho přání jít domů, nebyly zajištěny služby, které by si přál a nedostal potřebné kontakty, díky nimž by si mohl nějakou službu zajistit, nebo zjistit informace k vyřízení dávek.

R7 ve své odpovědi zmiňuje, že problém ve spolupráci může být i ze strany lékařů, kteří ji nekontaktují. Dále navrhuje činnosti, kterým by se zdravotně sociální pracovnice mohla věnovat více.

R7 – lékař: „*Myslím si, že by třeba se mohla něčemu věnovat ještě víc, ale třeba jí v tom něco brání, jako těžko říct, no, že my tady spíš řešíme jako někam ho odložit, toho pacienta, ale to třeba, aby třeba nějak zmapovala, jak to vypadá doma. A pomohla mu třeba zajistit domácí péči nebo s tou rodinou to nějak probrala, to si myslím, že trochu vážne, ale to si myslím, že možná i vina jako na naší straně, že jí to třeba neřekneme.*“

6.6 Dílčí cíl 2.4 (DC 2.4)

Zjistit, jaké změny navrhují členové MDT ke zlepšení spolupráce.

Návrh změn v postavení v týmu ke zlepšení spolupráce

Většina členů multidisciplinárního týmu má velmi empatický přístup k zdravotně sociální pracovnici a snaží se do její situace vcítit.

R4 – fyzioterapeut: „*Chápu, že, jestli ona má pod sebou víc těch klinik, je blbost, aby byla jenom tady.*“

R2 – lékař v odpovědích v dílčím cíli 2.1. uvedl: „*Ona to má strašně komplikovaný, kde by byla? Kdyby sídlila tady prostě? Ale vem si, že ona jezdí někde autobusem. Ona to má potom na celý půlden a ztratí strašně čas, takže já teda jsem s tímhle tím úplně v pohodě.*“

Shodli se tedy, že ke zlepšení spolupráce by pomohla pravidelná osobní setkání, účast na hromadném hlášení nebo vizitě, aby se s konkrétními pacienty setkala osobně a měla možnost vidět, co ten konkrétní člověk zvládne nebo nezvládne. Získala by více informací o dění na klinice a o pacientech daného oddělení.

R3 – logopedka: „*Jako za mě určitě osobní spolupráce. Já nerada telefonuju. Ráda řeším věci napřímo, takže pro mě je osobní kontakt a myslím si, že i to hlášení je jako super na sdílení, ale ne na získávání informací, jelikož každá naše profese potřebuje trošku jiný informace získávat, tak jako řešit to nějak hromadně na hlášení si neumím moc představit, mně by to zabralo moc času. Takže asi individuální konzultace, pobavit se, co třeba ona už*

ví nebo co. Ještě by bylo dobrý sjednat schůzku s tou rodinou nebo dát kontakt nebo něco, kde dohledat tu rodinu.“

R6 – fyzioterapeut: *„Určitě aspoň něco, ten bližší kontakt než jenom třeba přes ten telefon. Ten osobní kontakt je vždycky, si myslím, určitě dobrej i pro pacienty, jen třeba informovat obecně o tom pracovním úřadu, o jaký třeba podpory, o jakou pomoc si můžou požádat, o jaký příspěvek, to si myslím pro ty lidi pak bylo hodně důležitý.“*

R8 – ergoterapeut: *„Mohla by mít místnost, klidně na menší úvazek ale být tady. Chodit na hlášení, chodit na vizity, vidět, co ten konkrétní člověk fakt zvládne nebo nezvládne. Být tady, aby ten člověk za ní mohl přijít a projít s ní všechno, co potřebujete vědět.“*

R7 – lékař: *„Mně se líbilo, když jsem chodila no, že takový osobní kontakt bejt i třeba nablízku těm pacientům, kteří potřebují třeba pomoci s něčím. Stačilo by 1–2× týdně, třeba to shrnout na hlášení, pak zbytek by se dořešil telefonicky.“*

R1 – fyzioterapeut: *„No jako klidně, aby tady jako docházela externě, třeba každou středu, že bys věděla, že tady prostě bude a vždycky, když by byly nějaký otázky, tak by i ti pacienti za ni mohli zajít. Vizity a hlášení, nevím, to už mě přijde takový, že se to netýká.“*

Aby se tak stalo, bylo by potřeba udělat zásadní změny, které nejsou ihned řešitelné. Podstatnou změnou by bylo, aby měla zdravotně sociální pracovnice pracovnu přímo na klinice a byla tak blíže pacientům alespoň na dva dny v týdnu.

R8 – ergoterapeut: *„Mohla by mít místnost, klidně na menší úvazek, ale být tady. Chodit hlášení, chodit na vizity, vidět, co ten konkrétní člověk fakt zvládne nebo nezvládne. Být tady, aby ten člověk za ní mohl přijít a projít s ní všechno, co potřebujete vědět.“*

R4 – fyzioterapeut: *„Každý by byl šťastný, kdyby mohl mít tu možnost kontaktu. Chápu, že, jestli ona má pod sebou víc těch klinik, je blbost, aby byla jenom tady. Ale bylo by fajn, kdyby tu byla třeba 2 dny v týdnu nebo den v týdnu. Ta její přítomnost jenom, myslím si, že by byla důležitá pro to, abychom ji začali využívat, když tady není, tak asi se tady bez ní obejdu.“*

R9 – psychologka: *„No, tak samozřejmě ten osobní kontakt, a ne takhle volat. Vím, že předtím říkali ostatní, že chodila nějak na vizity, ale to taky jako nemá zase takový přínos, ale přece jenom tu aspoň byla. Takhle jsem jako uvažovala. No, anebo aspoň třeba 1 den, aby tady byla jako k dispozici a člověk ji mohl na toho pacienta upozornit a ona potom se s ním už sama třeba domluvila. A přijde mi, i kdyby měla možnost tady třeba nějaký místnosti, protože ona za nimi pak jde k tomu lůžku, no to je dost často taky takový citlivý, každý nechce hnedka říkat: támhle mám dluhy... no, prostě si myslím, aby měla*

někde soukromí a fakt těm lidem měla čas se věnovat, tak oni potřebují taky trošku důvěru navázat kontakt. A jako přijde mi, že čím více dělá z těch schůzí, tak je to horší. Já vždycky, když něco potřebuju, tak se s tím člověkem jako zaběhnu nebo zavolám.“

To by znamenalo nábor nových zdravotně sociálních pracovníků, aby byly všechny kliniky a oddělení plně zastoupeny a zdravotně sociální pracovnice nebyla přetížená. Zdravotně sociální pracovnice tento návrh podporuje, když dodává:

R10 – zdravotně sociální pracovnice: *„Ideální spolupráce by byla, kdybych seděla tady. Jo, víme to všechny sociální pracovnice jakoby z fakultky, že vlastně nás je 7 a máme rozdělenou celou nemocnici, takže toho máme poměrně dost, takže ideální stav by bylo, kdyby každá měla jednu kliniku a mohla na tý klinice sedět. To si myslím, že na tom bychom se shodli všechny, ty pacienty můžeme mít, to by byl ideální stav. A tak je to jako všude, že jo, prostě občas se musíme připomenout, ale to je oboustranný, ale myslím si, že se jako všichni snažíme, aby to nějak fungovalo, aby ty lidi prostě byli zajištěni.“*

R10 se také zmínila o spolupráci před pandemií Covid-19, zeptala jsem se, jak to tedy předtím probíhalo.

„To jsem na vizity chodila, ale nechodila jsem jakoby na obě oddělení A i B, takže vlastně to bylo takový jako polovičatý, takže pak jsme to úplně odbourali. Pak vlastně přišel ten covid, takže se odbouralo skoro všechno.“

Pacient by zpočátku hospitalizace využil osobního setkání se sociální pracovnicí. Cítil by se v klidu a mohl se plně soustředit na rehabilitaci. Konkrétně by mu pomohla větší informovanost zpočátku hospitalizace, poradenství o možnostech podání žádostí a vyřízení příspěvků, možnostech sociálních služeb a jejich zprostředkování do domácího prostředí. Dodává, že ačkoliv se zdravotní personál snaží, stále vnímá potřebu konzultace s odborníkem dané profese. Nutno dodat, že tyto možnosti bral jako samozřejmost.

R11 – pacient: *„Já bych fakt ocenil, kdyby za mnou přišla ta sociální pracovnice...jako sama mi nabídla pomoc, nebo někdo dal kontakt hned. Jako paní doktorce nebylo jedno, jak to se mnou bude až mě propustí, ale myslím, že to by se dalo zlepšit, aby se i jiní pacienti zbavili z toho strachu, co bude dál, a mohli se soustředit jen na ty cvičení. Asi by mělo být automaticky nabízet možnosti řešení situace, až mě propustí domů, a nejen šoupnout tam, kam nechci. Myslím si, že hodně lidí potřebuje poradit s žádostí na ty příspěvky, mně to tady vlastně zjistila dcera.“*

R2 žádné návrhy nenavrhuje a hodnotí spolupráci pozitivně. V odpovědi také zaznává, že by se dalo zdravotně sociální pracovnici pomoci se zajištěním domácího prostředí ze strany ergoterapeutů.

R2 – lékař: „*Jako fakt mně to vyhovuje, no jakoby ta spolupráce je dobrá, řeší prostě, co potřebujeme. Já si myslím, že tady v podstatě všichni, jako jsou spokojení. Mně to přijde jako dobře nastavený, vy jí můžete víc pomoci třeba do toho domácího prostředí jakoby ty kompenzační pomůcky.*“

R5 udává, že nenarazil na potřebu přítomnosti sociálního pracovníka, zároveň se spolupráci nebrání.

R5 – fyzioterapeut: „*Samozřejmě by mohla chodit na ty hlášení, na vizity, stejně jako tam chodí psychologka a logopedka. Otázka je, do jaké míry tam tyhle věci řešíme. Jako nenarazil jsem na to, že bychom měli potřebu, nebo že by bylo potřeba řešit ty věci s tím sociálním pracovníkem. Samozřejmě, když by k tomu došlo, tak asi by se k těm věcem dospělo.*“

6.7 Souhrn výsledků

Provedený výzkum měl zodpovědět 3 hlavní výzkumné otázky:

- 1) Jak vypadá současná sociální práce pohledem členů multidisciplinárního týmu a pohledem sociálního pracovníka pracujícího na rehabilitační klinice?
- 2) Jaké názory mají členové multidisciplinárního zdravotního týmu na zdravotně sociálního pracovníka a spolupráci s nimi?
- 3) Jak je vnímáno aktuální postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci multidisciplinarit na klinice?

Současná podoba sociální práce je vnímána především na úrovni spolupráce lékař – zdravotně sociální pracovník. Lékař je téměř jediným členem, se kterým zdravotně sociální pracovnice komunikuje. Lékař navíc kontaktuje zdravotně sociální pracovníci v případě, že je potřeba zprostředkovat následnou péči. Zdravotně sociální pracovnice také zmínila, že spolupráce před Covid-19 pandemií byla, pracovnice se např. účastnila vizit a byla na klinice přítomna dvakrát do týdne. Současný stav do značné míry všem zúčastněným vyhovuje. Nejsou připraveni na něm dramaticky nic měnit, i když připouští, že některé věci by změnu zasloužily. Z některých odpovědí je zřejmé rozlišování profesí na důležité a méně důležité, tedy připuštění existence určité vertikální hierarchie, která může komplikovat týmovou spolupráci, a mít tak negativní dopad na pacienta. Z výpovědí

pacienta vyplývá, že se mu nedostává potřebného sociálního šetření. Ve svých výpovědích naléhá na sociální pomoc a má obavy, které ovlivňují jeho psychický stav a pohodu, což ovlivňuje průběh hospitalizace. Pacient se nedokáže plně soustředit na rehabilitaci, poněvadž ví, že je potřeba zajistit, co se bude dít po jeho propuštění. Cítí se frustrován, že není vyslyšeno jeho přání jít domů. Svůj konkrétní problém se snaží sdělovat jak lékařům, tak ergoterapeutům a fyzioterapeutům. Nikdo jeho problémy nereflektuje natolik, aby byly jeho potřeby naplněny. Každý ze zmíněných pracovníků jedná v intencích své odbornosti, do nichž takové požadavky klienta nespádají. V rozporu s tím jsou výpovědi pracovníků, kteří říkají, že v případě takových situací se obrací na lékaře. Z výzkumu je patrné, že v některých případech docházelo k zastupování profesí – v tomto výzkumu je tím myšleno zastupování zdravotně sociální pracovníce.

Výzkum dokumentuje problematiku nastavení systému, nejasné rozdělení pravomocí, odpovědností a nedostatečnou týmovou komunikaci a následné úkolování.

Je patrné, že léčebný plán existuje, ale není zřejmé, kdo se stará o co, tedy i kdo zajišťuje různé metody sociální práce. Z výpovědí se ukazuje, že vůbec neprobíhá komunikace na úrovni MDT. Členové nemají žádnou domluvu na tom, co je cílem každého z nich, kdo je řešitelem sociální situace pacienta, kdo ověří, zda došlo k dokončení úkolu. Z hlediska práce v MDT se neobjevují přímo neshody mezi odbornostmi, spíše se objevují tendence snižovat význam sociální práce.

Z výzkumu vyplývá, že členové týmu potřebují lékaře k facilitaci domluvy, jako konzultanta postupů a pravidel, tedy někoho, kdo schvaluje a koordinuje náročné procesy.

Za zcela zásadní pro efektivitu předávání informací se ukazuje sdílení společného pracovního prostoru profesemi, což architektonické členění znemožňuje. Zdravotně sociální pracovníce působí ve více budovách, a sjednocení péče je tak náročné. Podstatnou změnou by bylo, kdyby měla zdravotně sociální pracovníce pracovat přímo na klinice, a byla tak blíže pacientům alespoň dva dny v týdnu. To by sice znamenalo nábor nových zdravotně sociálních pracovníků, aby byly všechny kliniky a oddělení plně zastoupeny, ale zdravotně sociální pracovníce by nebyly přetíženy. Pacientovi by bylo umožněno osobní setkání se sociální pracovnící. Cítil by se v klidu a mohl se plně soustředit na rehabilitaci. Dle výpovědi pacienta by mu velmi pomohla větší informovanost zpočátku hospitalizace, tj. poradenství týkající se vyřízení příspěvků na péči, možností sociálních služeb a jejich zprostředkování do domácího prostředí. Dodává, že stále vnímá potřebu konzultace s odborníkem dané profese, přestože se zdravotní personál zajímá a snaží.

7 DISKUZE

V této práci jsem se zamýšlela nad fungováním MDT, jeho překážkami, ale i aspekty, které jej mohou podpořit. Zjištění, ke kterým jsem došla, mi ukázala, že to, co se zdá na první pohled jako problém, který musíme řešit, je pouze špičkou ledovce.

Dotazováním se více členů se mi podařilo získat informace z více zdrojů. Nyní jsem schopna konstatovat, že se nejedná o problém jednoho pracovníka, ale je otázkou celého fungování MDT.

Díky výzkumnému šetření docházím ke zjištění, že fungování týmu na rehabilitační klinice není v praxi skutečně týmové, tak jak je popisováno v teoretické části. Současný stav všem zúčastněným vyhovuje, až na pacienta. Členové nepřemýšleli o nějaké změně a ani si žádný problém neuvědomují, až po mém dotazu někteří připustili, že některé věci si o změnu říkají. Již během rozhovorů jsem vyzorovala, že se podařilo vytvořit pocit naléhavosti, vzbudit otazníky nad současným stavem. Účastníci výzkumu začali nad stávající podobou přemýšlet a zvažovat možné alternativy, to se povedlo jen vedením rozhovorů.

Nemocnice zdravotně sociální pracovníci zaměstnává a ta se věnuje výkonu své práce na základě instrukcí lékaře, s tímto stavem jsou oba spokojeni. Zároveň výzkum prokázal dobrou spolupráci zdravotně sociálního pracovníka s lékařem. Z výzkumu je patrné, že iniciátorem a koordinátorem spolupráce členů týmu je lékař. Autorky Venglářová (2011) a Sládková (2021) toto ve svých publikacích potvrzují.

To, že lékař se zdravotně sociální pracovníci diskutuje o sociální intervenci a o konkrétním pacientovi, sice prvky spolupráci vykazuje, nicméně na úrovni celého týmu k této diskusi nedochází. Na základě tohoto zjištění postrádám prvky týmovosti, např. nedochází k diskusi mezi členy týmu, vyslyšení potřeb pacienta nebo společnému rozhodování. Rozšíření diskuze mezi všechny členy může vést k tomu, že pro léčbu podstatné informace o pacientovi přinese i někdo jiný než lékař. Společná setkání jsou určena především ke konzultaci dalšího společného postupu, např. zda pacientovi zajistit domácí péči nebo LDN, zda mu indikovat psychiatrické vyšetření atp. Účastníci výzkumu se považují za členy MDT, a to včetně zdravotně sociální pracovnice, nicméně oproti tomu stojí skutečnost, že se pravidelně neschází a nevedou spolu odbornou diskusi.

Pozitivum organizace vidím v tom, že jsou všichni členové MDT nakloněni spolupráci. Spolupráce mezi stávajícími členy dosud fungovala dobře. Prvkem dobrého fungování týmu je i zastupitelnost jeho členů. Zastupitelnost je sice velmi diskutabilní

a problematická, těžko může jedna odbornost zastoupit druhou, na druhou stranu výzkum odhaluje, že k zastupování zdravotně sociální pracovníce dochází, a to nejčastěji psychologem či ergoterapeutem. Tento stav má své výhody i nevýhody. Výhody spatřuji v tom, že má sociální péče zastoupení v péči celkové, což některým pacientům pomáhá zvládnout tíživou situaci. Ostatní pracovníci jsou zároveň schopni si rozšířit znalosti z oblasti sociální práce.

Nevýhody vidím v tom, že část sociálních intervencí nevykonává osoba, která k tomu má patřičnou kvalifikaci. Další nevýhodou je, že mezi členy týmu dochází k demonstrativní nadřazenosti. Stává se, že na zdravotně sociální pracovníci při výkonu své profese nezáměrně zapomínají, jelikož není na pracovišti přítomna a nezapojuje se do spolupráce s ostatními členy MDT. Další nevýhodou je narušení rovnováhy, kdy se může stát, že potenciál, který by MDT mohl díky práci zdravotně sociální pracovníce mít, nebude využit.

Nicméně kdyby členové týmu zastupující ostatní profese byli více seznámeni s profesí zdravotně sociální pracovníce už zpočátku svého působení v organizaci, naučili by se rozlišovat kompetence a své role, což by přirozeně přispělo k rovnocennému postavení všech členů MDT i jejich případné zastupitelnosti.

Získat uznání odborníků od zástupců ostatních lékařských oborů vyžaduje cestu, která začíná formálním a legislativním uznáním, ale musí pokračovat k uznání kulturně-společenskému (Sen et al., 2020).

Dle pacienta je patrné, že zastoupení zdravotně sociální pracovníce jiným členem MDT je nedostačující. Pacient postrádá informovanost, pomoc při zajištění pečovatelské služby, pomoc při vyřizování příspěvků, poradenství a osobní setkání s osobou příslušné profese. Je tedy otázkou, zda by rozšíření týmu o zdravotně sociálního pracovníka nepřispělo u ostatních členů týmu k většímu porozumění sociální situaci pacientů. Výsledky však považuji za natolik zajímavé, že si toto téma zaslouží další zkoumání a ověřování. Přepokládám, že kdybych měla v rámci výzkumu k dispozici více pacientů, výzkum by měl větší vypovídající hodnotu a přinesl by i jiné zajímavé informace. Případný budoucí výzkum by tedy mohl být kombinací dotazníkového šetření mezi pacienty a rozhovorů s nimi. Takový výzkum by mohl ukázat, zda je přítomnost či nepřítomnost zdravotně sociální pracovníce zásadní otázkou. Další příležitost spatřuji v předložení dotazníku, který byl předložen vybraným sociálním pracovníkům, široké veřejnosti. Co by mohla být rozšiřující část je i pohled rodinných příslušníků.

Umístění klinik vně areál nemocnice v různých částech města může přinést organizační a manažerské problémy. V tomto výzkumu se jednoznačně prokázalo, že pokud se pracoviště fyzicky nachází mimo hlavní areál nemocnice, komplikuje to práci MDT. V okamžiku, kdy nelze zajistit okamžitou přítomnost sociálního pracovníka, by mohly vypomoci moderní informační technologie. Pokud by zdravotně sociální pracovníci i členové týmu souhlasili, mohla by zdravotně sociální pracovníci provádět intervence a účastnit se hlášení online, čímž by odpadl čas potřebný pro její přesun z jednoho místa na druhé.⁴

Nicméně dle získaných dat z výzkumu stále převládá preference osobního setkání, mnozí totiž stále upřednostňují fyzickou přítomnost a autenticitu před virtuálním kontaktem. Je tomu tak hlavně z důvodu lepšího navázání vztahů a vytvoření vzájemné důvěry. Pokud by byl management schopen a ochoten přijmout více zdravotně sociálních pracovníků, mohla by každá klinika disponovat svou vlastní pracovníci.

Ukázalo se, že aby zdravotně sociální pracovníci mohla nerušeně pracovat s pacientem nebo jeho rodinou, je nutné jí zajistit vlastní pracovnu vybavenou počítačem.

Bylo by dobré analyzovat současný stav, a odhalit tak možné příčiny toho, proč není možný návrat ke spolupráci ve formátu, který fungoval před covidovou pandemií, tedy že sociální pracovníci dochází na kliniku 2x týdně (i když zdravotně sociální pracovníci vnímá toto řešení jako polovičaté).

Ohledně náplně práce zdravotně sociální pracovníci se nabízí otázka, zda tato pracovníci dělá jen to, co po ní chce lékař. Abych toto dokázala zhodnotit, musela bych být přítomna rozhovorům mezi lékařem a zdravotně sociální pracovníci a tyto rozhovory následně analyzovat společně s analýzou činností, které zdravotně sociální pracovníci skutečně vykonává.

⁴ Možnost podávat hlášení online, případně provádět sociální intervenci by bylo velmi náročné časově i technicky.

8 DOPORUČENÍ PRO MANAGEMENT ORGANIZACE

- 1) Pro lepší spolupráci a návaznost péče by bylo vhodné zajistit, aby zdravotně sociální pracovník měl své zázemí (pracovnu) na oddělení, které má na starost.
- 2) Aby se tak mohlo stát, je na místě doporučit managementu nemocnice zvážit nábor dalších zdravotně sociálních pracovníků. Každá by se mohla naplno věnovat práci na „své“ klinice, což by snížilo jejich přetížení.
- 3) Sociální úkony by mohly být rozšířeny. Jednalo by se například o posouzení a následné řešení sociálních, emocionálních, environmentálních a finančních potřeb pacienta; identifikaci pacientových potřeb a nalezení způsobu, jak je uspokojit; odkazování klienta na jiné sociální agentury, komunitní zdroje nebo zařízení; zřizování služeb poskytovaných v domácím prostředí.
- 4) V případech, kdy nelze zajistit okamžitou přítomnost sociálního pracovníka, by mohly vypomoci informační technologie. Pokud by zdravotně sociální pracovníci i členové týmu souhlasili, mohla by se sociální intervence realizovat prostřednictvím online přenosu, čímž by odpadl čas potřebný pro přesun zdravotně sociálního pracovníka z jednoho místa na druhé.
- 5) Jasně zpracovat systém předávání informací, tj. kdo koho informuje, jaké informace a jakým způsobem budou předávány (ústní/písemná forma).

9 DOPORUČENÍ PRO TÝM

- 1) Zahájit osobní intervence s pacienty a rodinou v případě řešení sociálně nepříznivé situace. Pacienti se tak lépe vyrovnají se svojí situací a naplnění jejich potřeb pomůže zefektivnit spolupráci v rámci rehabilitační péče.
- 2) Provést aktualizaci stávající organizace práce.
- 3) Seznámit se vzájemně jakožto členy týmů s jednotlivými profesemi, zajistit různá školení pro multidisciplinární týmy, vyzkoušet si modelové situace, v jejichž rámci by si každý člen vyzkoušel nejen svoji roli, ale i roli ostatních členů týmu.
- 4) Zlepšit komunikaci. V tomto bodu je důležitá spolupráce vedoucího týmu, aby bylo jasně zřetelné, jaké informace a jakým způsobem budou předávány.
- 5) Zjišťovat pravidelně spokojenost pacientů, aby bylo jasně zjištěno, co jim v nastavené komunikaci a předávání informací nevyhovuje a co se dá za změnu implementovat v praxi.
- 6) Zajistit v týmu supervize, v jejímž rámci by mohli zdravotníci a sociální pracovníci sdílet své myšlenky a pocity. To by mohlo vést ke stabilizaci postavení zdravotně sociálního pracovníka, ale také k upevnění vzájemného porozumění a koordinaci časových možností pro vzájemnou spolupráci.

IV. ZÁVĚR

Teoretická část pomáhá čtenářům pochopit základní problematiku postavení zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a rehabilitační péči. Domnívám se, že zvolená struktura teoretické části nabízí dostatek relevantních informací. Snažila jsem se čerpat informace z rozmanitých zdrojů a inspirovat se zahraničními výzkumy, které se zabývají výkonem profese zdravotně sociální práce ve zdravotnictví, a multidisciplinaritou.

Jednotlivé kapitoly jsem se snažila uspořádat tak, aby vytvořily strukturovaný logický celek.

Interpretaci dat bylo věnováno shrnutí výsledků získaných akčním výzkumem, který probíhal na Rehabilitační klinice Fakultní nemocnice Hradec Králové. Protože se klinika fyzicky nachází zcela mimo areál nemocnice, je poměrně specifická.

Výsledky výzkumu nejsou důkazem dobré praxe, naopak docházím ke zjištění, že fungování týmu na rehabilitační klinice není v praxi týmové tak, jak popisují v teoretické části. Přesto je hlavní cíl diplomové práce naplněn. Současný stav sociální práce a spolupráce týmu na rehabilitační klinice byl popsán, zároveň dávám organizaci doporučení, která by mohla vést ke zlepšení aktuálního stavu a posunout současnou spolupráci o úroveň výše.

Realizací rozhovorů se podařilo vyvolat v respondentech pocit naléhavosti a přimět je k zamyšlení nad současným stavem. Výzkumem se organizace zatím dostala do fáze popisu vlastních problémů. Další fáze jsou zvýšení naléhavosti a vytváření koalice. To znamená, udělat něco pro to, aby více členů MDT za dané situace začalo vyžadovat kvalitativní posun v organizaci.

V rámci sebereflexe si uvědomuji, že kdyby byl výzkum realizován na větším počtu pacientů, přinesl by relevantnější informace a měl by větší výpovědní hodnotu. Příležitost spatřuji také v poskytnutí dotazníku, který byl předložen vybraným sociálním pracovníkům, široké veřejnosti, případně rodinným příslušníkům pacientů.

Tímto předávám pomyslnou štafetu někomu, kdo by chtěl na můj výzkum navázat, případně jej rozšířit. Jak již bylo zmíněno v diskuzi, další možný výzkum by se mohl zaměřit na analýzu současného stavu a odhalit příčiny toho, proč není možný návrat k modelu spolupráce uplatňovanému před pandemií Covid-19. Ohledně náplně práce zdravotně sociální pracovnice se nabízí otázka, zda tato pracovnice dělá jen to, co po ní chce lékař.

Dovolím si také tvrdit, že jednotliví respondenti včetně zdravotně sociální pracovníce by nenavrhovali žádné změny, kdyby se tento výzkum v organizaci neuskutečnil. Díky možnosti působení v organizaci během výzkumu i po něm, bylo zajímavé sledovat, jak si dané problematiky začali všichni respondenti poměrně rychle všimnout a začali situaci lépe uchopovat. Z tohoto soudím, že někdy k iniciování změny v organizaci stačí pouhá zmínka o vznikajícím problému. Domnívám se také, že je výhodnější, pokud sami členové potřebu změny formulují. Právě osobnost a komunikační dovednosti jednotlivých aktérů rozhodnou o tom, zda bude spolupráce v rámci MDT přínosná. Tímto výzkumem se podařilo odhalit, že problém je hlouběji zakořeněný, než se zpočátku zdálo, a to především v otázce sestavování týmu, koordinace týmu, podmínek pro možnou spolupráci a kultuře služeb organizace. Diplomová práce zcela jistě komplexně nepokrývá problematiku, která se k jejímu tématu vztahuje. O rozšíření dotazníkového šetření nebo zapojení více respondentů jsem z časových i praktických důvodů neuvažovala.

Pro mě jako výzkumníka byla velmi důležitá správná interpretace dat, neovlivněná mými dedukcemi a postoji. Nestranný přístup byl pro mě zásadní. Díky této diplomové práci jsem si prohloubila znalosti ve zdravotně sociální oblasti a pochopila jsem, že multidisciplinární pojetí je pro mou budoucí praxi klíčové.

LITERATURA

Monografie a periodika

BACHMAN, Sara S., Madeline WACHMAN, Leticia MANNING, et al. Social Work's Role in Medicaid Reform: A Qualitative Study. *American Journal of Public Health* [online]. 2017, **107**(S3), S250-S255 [cit. 2023-04-05]. ISSN 0090-0036. Dostupné z: doi:10.2105/AJPH.2017.304002

BANKS, Sarah, *Ethics and Values in Social Work*. London: Macmillan Press, in MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

BARTLETT, Harriett M. a Beatrice N. SAUNDERS. *The common base of social work practice*. New York: National Association of Social Workers, 1970. 224 s. ISBN 0871010542.

BĚLOHLÁVEK, František, Pavol KOŠŤAN a Oldřich ŠULEŘ. *Management*. Olomouc: Rubico, 2001. ISBN 80-85839-45-8.

DESSLER, Gary. *Human resource management: Gary Dessler*. 9th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, c2003. ISBN 978-0130664921.

DRUCKER, Peter Ferdinand. *Efektivní vedoucí*. 2. vyd. Přeložil Irena GRUSOVÁ. Praha: Management Press, 2008. Knihovna světového managementu. ISBN 978-80-7261-189-8.

DZIEGIELEWSKI, Sophia F. a Diane C. HOLLIMAN. *The changing face of health care social work: opportunities and challenges for professional practice*. Fourth edition. New York, NY: Springer Publishing Company, [2020]. ISBN 9780826169822.

EMMEROVÁ, Milada., 2012. Úvod - Co je to koordinovaná rehabilitace? In: MPSV ČR. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV ČR. s. 5-12. ISBN 978-80-7421-052-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HANUŠ, Petr. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce*. 2007, **7**(1), s. 5-6. ISSN 1210-0404.

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

- HAYES, Nicky. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.
- HOLÁ, Barbora, Jana PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Pavel ŘÍČAN a Petra KUBINOVÁ. *Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení: manuál*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [2021]. ISBN 978-80-908458-1-7.
- HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a praxi*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3134-6.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, [2014]. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HORVÁTHOVÁ, Petra. *Týmy a týmová spolupráce*. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-7357-390-4.
- HOTOVÁ, Veronika. Úvodníky. *Listy sociální práce*. 2018, 6(16). ISSN 2336-2332.
- JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- JANKOVSKÝ, Jiří. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, Jen. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, s. 49-114. ISBN 978-80-7394-461-2.
- KANTOR, Petr. *Týmová spolupráce* [online]. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008 [cit. 2023-04-05]. ISBN 978-80-7368-546-1.
- KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 2006. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOŠŤAN, Pavol, BĚLOHLÁVEK František a ŠULEŘ Oldřich. *Management: [co je management, proces řízení, obsah řízení, manažerské dovednosti]*. Brno: Computer Press, c2006. Business books (Computer Press). ISBN 80-251-0396-x

KREBS, Vojtěch a Ladislav PRŮŠA. *Státní sociální podpora*. Praha: Grada, 2002. Právo pro každého (Grada). ISBN 80-247-0065-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva a Věra MALÍK HOLASOVÁ. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7368-987-2.

KUZNÍKOVÁ, Iva a Zuzana VONTOROVÁ. Výzkumná oblast – sociální práce ve zdravotnictví. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, LEVICKÁ, Katarína, ed. *Od teorie k praxi, od praxe k teorii: Sborník z konference VIII. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 399-405. ISBN 978-80-7394-461-2.

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

MACEK, Zdeněk. Systematický přístup. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, s. 222-226. ISBN 978-80-262-0211-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

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

- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1362-5.
- MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
- MPSV. *Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví*. 2019. Praha: MPSV, 2019. ISSN 978-80-7421-184-3.
- MUHINGI, Wilkins a Samson MACHANI. : Medical social work in Kenya: scope, relevance, and utility. *International Journal of Social and Development Concerns: MEDICAL SOCIAL WORK IN KENYA: SCOPE, RELEVANCE, AND UTILITY* [online]. 2022, **16**(2) [cit. 2023-01-25]. ISSN 2524-1478.
- MUNN, Jean a Gail ADORNO. By invitation only: Social work involvement at the end of life in long-term care. *Journal of Social Work and End of Life and Palliative Care*. 2008, **4**(4), 333-357. Dostupné z: doi:10.1080/15524250903081491
- MUSIL, Libor, Pavel BAREŠ, Jana HAVLÍKOVÁ eds. 2011. Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR – závěrečná zpráva z řešení veřejné zakázky. Praha: VÚPSV.
- MUSIL, Libor. Typologie pojetí sociální práce. In: *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika: aktuálne otázky teórie a praxe*. Vyd. 1. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove-Filozofická fakulta, 2008. s. 42-49. ISBN 978-80-8068-927-8.
- NOVOSAD, Libor., 2000. Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5

- PANDIT, Shaista Sidiq, Nahidah NAZEER a Dar Nazir AHMAD. An overview of medical social work. *International Journal of Advanced Research* [online]. **6**(9), 211--214 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: doi:10.21474/IJAR01/7664
- PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.
- PSTRUŽINA, Jan. *Multidisciplinární a interdisciplinární přístup jako metodologické východisko v Evropských studiích* [online]. 2007 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <http://nb.vse.cz/~pstruzin/state/interdis.htm>
- REAMER, Frederic G. The Emergence of Bioethics in Social Work. *Health & Social Work* [online]. 1985, **10**(4), 271–281 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/10/4/271/560917>
- RØVIK, Kjell Arne. *Moderne organisasjoner: Trender i organisationstenkningen ved tusendårsskiftet*. Norway, 1998. ISBN 82-7674-315-3.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
- SLÁDKOVÁ, Petra. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4986-3.
- ŠIMEK, Jiří, CHLUMECKÁ, Jana., KOLÍNOVÁ, Miroslava. Problém propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice. *Praktický lékař*. Praha: 2003, roč. 83, č. 6, s. 334-335. ISSN 0032-6739.
- ŠIMEK, Jiří., CHLUMECKÁ, Jana., KOLÍNOVÁ, Miroslava. Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný i organizační problém. *Praktický lékař*, 2004, roč. 84, č. 5, 250 s.
- ŠKODA, Jiří. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2007. Acta Universitatis Purkynianae. ISBN 978-80-7044-858-8.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 8071728411.
- ŠLENKRTOVÁ Helena, MARKOVÁ Věra. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Pracovní postup. b. n. Česká asociace sester, 2008. ČAS/PP/2008/0003.

- ÚLEHLA, Ivan, 2007. Umění pomáhat. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-36-62
- VACKOVÁ, Jitka. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-2712-434-3.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
- VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí z pohledu české veřejnosti*. Praha: VÚPSV.
- VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*. 2011, **21**(1), 28 s. ISSN 1210-0404.
- Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV, 2012. ISBN 978-80-7421-052-5.

Online zdroje

- ABRAMSON, Julie S., Terry MIZRAHI. Understanding collaboration between social workers and physicians: application of a typology. *Social work in health care* [online]. 2003, **37**(2), 71–100 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: doi:10.1300/J010v37n02_04
- ALTMAN, Shiri Shinan-. Assessing social work and nursing students' intentions to work with dying patients. *Social Work Education* [online]. 2018, 37(1), 108-118 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02615479.2017.1373759>
- BARBÉ, Ana D., Jesús M PÉREZ VIEJO a Lorena P GALLARDO-PERALTA. Emotional well-being and resilience during the COVID-19 pandemic: Guidelines for social work practice. *International Social Work* [online]. 2021, **64**(2), 279–284 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020872820970622>

CLEAK, Helen a Angela TONGE. Challenges to the development of a health care practice model for hospital social work in India. *Ocial work in health care* [online]. 2020, 59(2), 122-137 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32011219/>

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 5. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 5. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

DOWNEY, M. M. ; NEFF J.;and DUBE K. „Don't „Just Call the Social Worker”: *Training in Structural Competency to Enhance Collaboration between Healthcare Social Work and Medicine,*“ 2019 *The Journal of Sociology & Social Welfare*: Vol. 46 : Iss. 4 , Article 6. Available at: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol46/iss4/6>

Fakultní nemocnice Hrade Králové. Sociální péče ve FN HK [online]. Hradec Králové: FN HK, c2023 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/socialni-pece/socialni-pece-ve-fnhk>

FUGL-MEYER, Kerstin S. Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal d. *J Rehabil Med* [online]. 2015 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27731883/>

GRAHAM, Ellis a Nick SEVDALIS. Nderstanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing* [online]. 2019, 48(4), 498-505 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/4/498/5374432?login=fals>

HRDÁ, Karolína. Multidisciplinární tým v akci [online]. 2018 [cit. 2022-06-19]. ISBN 978-80-907190-1-9. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf

IFSW. 2014. Global Definition of Social Work. [online]. [cit 8. 11. 2022]. Dostupné z: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work>.

KADUSHIN, G. a R. KULYS,. Discharge planning revisited: What do social workers actually do in discharge planning?. *Social Work* [online]. 1993, 38(6), 713–726 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8256143/>

KIMURA, Yasutaka, Miki HOSOYA a Kyoko TOJU. Barriers to end-of-life discussion with advanced cancer patient as perceived by oncologists, certified/specialized nurses in cancer nursing and medical social workers. *Japanese journal of clinical oncology* [online]. 2020, **50**(12), 1426-1433 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32844993/>

KREJČOVÁ, Simona, 2018. O co se bojuje v sociálních službách [online]. Solidarita. Vydáno 13. 04. 2018 [cit. 11. 03. 2023]. Dostupný z: <https://solidarita.socsol.cz/2018/domaci/o-co-se-bojuje-v-socialnich-sluzbach>

KRHUTOVÁ, Lenka. *Koordinovaná rehabilitace*. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, 2017. ISBN 978-80-7464-965-3. Dostupné také z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/koordinovana-rehabilitace-1.pdf>

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky [online]. Praha: Grada, 2011 [cit. 2021-03-06]. ISBN 978-80-247-3843-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/etika-prozdravotne-socialni-pracovniky-435033>

LAWSON, Robin. Palliative social work in the emergency department. *Journal of social work in end-of-life & palliative care* [online]. 2012, **8**(2), 120-134 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22680048/>

Lůžková rehabilitace ve FNHK. *FNHK/rehab* [online]. Hradec Králové [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/rehab>

MANAS, Gouri Manik. Social Work in Health Care Setting. *International Journal of Trend in Scientific Research and Development* [online]. 2021, **6**(1), 1567-1571 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.ijtsrd.com/papers/ijtsrd49098.pdf>

MARMO, Suzanne a Cathy BERKMAN. Social Workers' Perceptions of Job Satisfaction, Interdisciplinary Collaboration, and Organizational Leadership. *Journal of social work in end-of-life & palliative care* [online]. 2018, **14**(1), 8-27 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29488858/>

MUSKAT, Barbara, Shelley CRAIG, Deepy SUR a Alexa KIRKLAND. Hospital Social Work during the Second Wave in Canada [online]. 1. London: Routledge, 2021 [cit. 2023-03-19]. ISBN 9781003111214. Dostupné z:

<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003111214-7/hospital-social-work-second-wave-canada-barbara-muskat-shelley-craig-deeepy-sur-alexa-kirkland>

NANCARROW, Susan A, Andrew BOOTH, Steven ARISS, Tony SMITH, Pam ENDERBY a Alison ROOTS. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health* [online]. 2013, **11**(1) [cit. 2023-04-05]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-11-19

NEČASOVÁ, Mirka. Respekt ke klientům na praktickém příkladě kvality života seniorů. *Sociální práce - Hodnoty a etika v sociální práci* [online]. 2004, **2004**(4), 31-34 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2004-4.pdf>

NEILY, Julia, Peter D. MILS a Yinong YOUNG-XU. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *Original Contribution* [online]. 2010, **304**(15), 1693-1700 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/186748>

ROBERTSON, Duncan. Multidisciplinary Team [online]. 2018 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.encyclopedia.com/medicine/anatomy-and-physiology/anatomy-and-physiology/multidisciplinary-team#3402200275>

Rozvoj sociálně-právní ochrany na Kolínsku: Metodika multidisciplinární spolupráce, 2015. Město Kolín, oddělení sociálně-právní ochrany. Dostupné také z: <https://docplayer.cz/110191245-Metodika-multidisciplinarni-spoluprace.html>

SAPEZINSKIENE, Laima, Ligija SVEDIENE a Jūrate GUSCINSKIENE. The role of social worker in a team of rehabilitation: methodological approach: methodological approach. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2003/02/01, **39**, 879-83. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/publication/9075744_The_role_of_social_worker_in_a_team_of_rehabilitation_methodological_approach

SEN, Robin, Brid FEATHERSTONE a Anna. Reflections on social work 2020 under Covid-19. *Social Work Education* [online]. 2020, **39**(8), 1116-1126 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02615479.2020.1823364>

SHAW, Monica, Bob HEYMAN a Lisa REYNOLDS. Multidisciplinary Teamwork in a UK Regional Secure Mental Health Unit a Matter for Negotiation?. *Social Theory &*

Health; London [online]. 2007, **5**(4), 356-377 [cit. 2023-03-10]. ISSN 1477-8211. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/203649803>

Social Work In Health Care. *Encyclopedia of Nursing and Allied Health* [online]. 2023 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: <https://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/social-work-health-care>

STEIN, Gary L., John G. CAGLE a Grace H. CHRIST. Social Work Involvement in Advance Care Planning: Findings from a Large Survey of Social Workers in Hospice and Palliative Care Settings. *Journal of palliative medicine* [online]. 2017, **20**(3), 253-259 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27906552/>

ŠABATOVÁ, Anna, 2017. Desatero dobré praxe sociální práce při řešení nepříznivé sociální situace [online]. Veřejný ochránce práv. Vydáno 28. 07. 2017 [cit. 11. 03. 2023]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/letaky/desatero_dobre_praxe_socialni_prace_pri_reseni_nepriznive_socialni_situace/ochrance_letak_desatero_dobre_praxe.pdf

ŠLENKRTOVÁ, Helena, MARKOVÁ. Věra, 2011. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních [online]. [vid. 25. 1. 2023]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf

TAEELS, Brent, Kirsten HERMANS, Chantal VAN AUDENHOVE a Nadine BOESTEN. How can social workers be meaningfully involved in palliative care? A scoping review on the prerequisites and how they can be realised in practice. *Palliative Care and Social Practice* [online]. 2021, **15** [cit. 2023-03-07]. Dostupné z: doi:10.1177/26323524211058895

TORFING, Jacob, Andreas KROGH a Anders EJRNÆS. *Policy & Politics: Measuring and assessing the effects of collaborative innovation in crime prevention*. [online]. 2020, **48**(3) [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: doi:10.1332/030557320X15788414270675

WEBB, Stephen A. *Professional Identity and Social Work* [online]. New York: Routledge, 2017 [cit. 2023-04-05]. ISBN 9781315306957. Dostupné z: doi:10.4324/9781315306957

SEZNAM ZKRATEK

FN HK – Fakultní nemocnice Hradec králové

IFSW – International Federation of Social Workers

KOR – Koordinovaná rehabilitace

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MDT – Multidisciplinární tým

RK – Rehabilitační klinika