

Univerzita Karlova v Praze  
Evangelická teologická fakulta

Propojení sociální a zdravotní sféry při propouštění  
hospitalizovaného pacienta z akutních lůžek  
nemocnice

Bakalářská práce

Michaela Randová

Katedra: Katedra pastorační a sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

Kód a název studijního programu: B7508 Sociální práce

Název studijního oboru: Pastorační a sociální práce

Rok odevzdání: 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem *Propojení sociální a zdravotní sféry při propouštění hospitalizovaného pacienta z akutních lůžek nemocnice* napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 6. 2016

.....

Michaela Randová

RANDOVÁ, Michaela. *Propojení sociální a zdravotní sféry při propouštění hospitalizovaného pacienta z akutních lůžek nemocnice*, 2016. 57 stran. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Evangelická teologická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

### **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na proces plánovaného propouštění pacientů z akutní do následné péče za účelem poskytnutí co nejoptimálnější péče, vycházející z potřeb hospitalizovaného člověka. Práce se v první části zabývá jednak historií a jednak i současným stavem propojenosti sociální a zdravotní sféry, ale především profesi zdravotně sociálního pracovníka, který hraje klíčovou roli v propojenosti obou rezortů a mezi jehož výchozí kompetence patří právě plánované propouštění. Druhá část práce se věnuje případové studii pražské nemocnice, která autorce posloužila jako příklad dobré praxe v tématu této problematiky.

### **Klíčová slova**

Plánované propouštění, zdravotně sociální pracovník, zdravotně sociální služby, následná péče

### **Annotation**

This bachelor's thesis focuses on the process of planning the patients discharge from acute care to after care to provide the best care possible with focus on the need of the inpatient. The first part of the thesis explains the history and present state of connection between social and health areas but mainly deals with the position of medical social worker who connects both areas and who cares about discharge planning. The second part of the thesis focuses on case study of Prague hospital which is used as example of best practice in this field.

### **Keywords**

Discharge planning, medical social worker, medical social service, after care

## **Poděkování**

Ráda bych zde vyjádřila poděkování své vedoucí bakalářské práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za pomoc při zpracování předkládané práce, za trpělivost, za doporučenou literaturu a za cenné rady. Též bych chtěla poděkovat paní Bc. Dagmar Martínkové za její vzácný čas mi věnovaný a v neposlední řadě mé nejbližší rodině a to konkrétně především za podporu a za poskytnutí zázemí.

## **Obsah**

Úvod.....	1
1 Stručná historie propojenosti sociální práce a zdravotní péče .....	3
2 Sociální sféra.....	6
2.1 Terénní služby sociální a zdravotní.....	9
3 Zdravotní sféra .....	11
3.1 Zdravotní politika jako součást sociální politiky .....	13
4 Evropská charta pacientů seniorů.....	15
5 Zdravotně sociální pracovník.....	17
5.1 Role a kompetence zdravotně sociálního pracovníka .....	17
5.2 Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků.....	19
5.3 Týmová práce.....	22
6 Problematika plánovaného propouštění .....	23
6.1 Poslání, funkce a úloha zdravotně sociálního pracovníka při propouštění z akutní péče.....	24
6.2 Problematika blokování lůžek.....	27
6.3 Tématika propouštění v časopise pro další vzdělávání lékařů .....	29
7 Praktická část – případová studie.....	32
7.1 Metoda, technika a cíl .....	32
7.2 Zdravotně sociální služby ÚVN.....	34
7.3 Hlubkový rozhovor se zdravotně sociální pracovnící .....	36
7.4 Pracovní pozice, náplň, běžný pracovní den.....	37
7.5 Role zdravotně sociálních pracovníků v nemocničním týmu v praxi .....	39
7.6 Vzdělání a kvalifikační příprava .....	41
7.7 Pracovní podmínky zdravotně sociálního pracovníka - práce pod tlakem.....	41
7.8 Spolupráce se sociálními službami mimo nemocnici .....	44
7.9 Statistická data .....	45
7.10 Propojenost rezortů v reálných podmínkách.....	47
7.11 Hodnocení a perspektiva .....	48
7.12 Závěr, shrnutí a finální diskuse výzkumu .....	49
Závěr .....	51
Seznam použité literatury.....	53

## Úvod

V první části mé práce bych ráda nejprve začala s historií sociální práce, na které je již patrné, že už od nepaměti je oblast zdravotní a sociální přirozeně úzce spjata. A to z toho důvodu, že zde jde totiž o jednotu lidské existence, o komplexnost, o nedělitelnost lidských potřeb, o celistvý přístup k člověku.

Poté okrajově představím každou oblast zvlášť, a to i z pohledu politiky tak, jak jsou dnes chápány u nás, a poukážu na problémy související právě s jejich nedostatečnou propojeností. Také nezapomenu zmínit Evropskou chartu pacientů seniorů, která řeší témata jako je například právě propouštění z nemocnice apod.

Dále věnuji značnou část profesi zdravotně sociálního pracovníka, jeho kompetencím a nárokům na vzdělání. Zdravotně sociální pracovník hraje totiž z pohledu současné zdravotnické legislativy klíčovou roli v propojenosti obou sfér a jeho role zůstává, zdá se, zatím stále nedoceněna.

Většina odborníků souhlasí s tím, že rozdělení rezortů sociálních věcí a zdravotnictví v České republice, které je popsáno v tzv. kompetenčním zákoně, nepřispívá k řešení problematiky života lidí se zdravotním postižením a s omezenou soběstačností, odkázaných na pomoc druhých lidí ze zdravotních důvodů je v protikladu ke snahám o holistické přístupy a vůbec v mezioborovosti.<sup>1</sup>

Cílem mé práce je tedy charakterizovat průnik a provázanost těchto dvou sfér, a to především v oblasti plánovaného propouštění. Mým dílčím úkolem je také popsat lehce vývoj a porovnat současný stav s minulým. To vše provádím za účelem zjištění, určení toho, co je pro pacienty nejlepší. Jde mi o to, aby to, co se klientovi dostalo, byla ta nejlepší péče, která vychází z jeho potřeb, a proto je nutná zdravotně sociální propojenost, která tomuto odpovídá. Vycházím přitom nejen z vyhlášky č. 505/2006 Sb., ze standardů kvality sociálních služeb, ale také z etického kodexu sociálních pracovníků. Podle něho je jedním z požadavků, kladených na sociálního pracovníka také to, že by se měl zasazovat o zlepšení sociálních podmínek a spravedlnosti, že by měl působit na zlepšení podmínek kvality života lidí, že má dokonce povinnost

---

<sup>1</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1. s. 11.

upozorňovat širokou veřejnost na způsoby, které přispívají k utrpení a obtížím lidí,<sup>2</sup> a o to se také skrze tuto práci pokusím.

V další části se budu věnovat tématu plánovaného propouštění, což je jednou ze základních kompetencí zdravotně sociálního pracovníka. Ukážu na nezbytnou a podstatnou roli mezioborové spolupráce, která je předpokladem úspěšného zvládnutí celého procesu od přijetí až po propuštění.

Praktická část mé práce je postavena na případové studii jedné velké pražské nemocnice, konkrétně Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích. Jejím cílem je ukázat příklad dobré praxe plánovaného propouštění křehkých pacientů z akutní péče do péče následné, ideálně do domácího prostředí. V této části práce se blíže věnuji především otázkám, které jsem řešila teoreticky v první části bakalářské práce a snažím se je porovnat s tím, jak to chodí v praxi.

---

<sup>2</sup> *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*, Společnost sociálních pracovníků ČR, 1995. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4. s. 385.

## 1 Stručná historie propojenosti sociální práce a zdravotní péče

Již ve starověku vznikaly různé podpůrné spolky, které zasahovaly do oblasti sociální i zdravotní. Například v Římě byla založena tzv. collegia, konkrétně pro nás zajímavá collegia tenuiorum, což byla charitativní pospolitost, která měla nemocenskou pokladnu. Organizace Charita je dnes největším nestátním poskytovatelem zdravotnických a sociálních služeb v České republice.<sup>3</sup> Mimo to také existovaly spolky veteránů legií, které nejenom že válečným invalidům podávaly pomocnou ruku, neboli jim poskytovaly sociální pomoc, ale také jim umožňovaly podporu v nemoci.<sup>4</sup> Víím, že zatím nezmiňuji nic konkrétně k ošetřování a léčbě nemocných, ale to, že už za středověku toto fungovalo, je, dle mého názoru, vynikající skutečností. Kolem roku 313, kdy byl vydán edikt milánský, se mohla charita poskytovaná především křesťany stát konečně intenzivnější. S její pomocí vznikaly ústavy jako například Xenodochium, kde se kromě jiného pečovalo o nemocné, kteří potřebovali zvláštní péči. Xenodochium se později stal vůbec základem pro špitály ve středověku. Za zmínku určitě stojí také Nosokomium, ústav pro ošetřování nemocných.<sup>5</sup> Jistě nesmíme také zapomenout zmínit jméno Basila Velikého, který zřídil rozsáhlý špitální komplex. Zde vlastně popisují již vznik specializované zdravotní péče, tedy spíše počátky rozpojování než propojování. Totiž to, co dříve v přirozeném prostředí, když člověk stonal doma a nebyli žádní specialisté, dostával člověk na jednom místě tedy, že ho léčili a zároveň o něj pečovali, to se postupně, se vznikem špitálů fakticky rozděluje.

Ani ve středověku a později v novověku ovšem jistá propojenost nechyběla. Kupříkladu Řád křížovníků s červenou hvězdou sloužil také právě nemocným a chudým. Za Karla IV. spravoval 60 špitálů, kde bylo hlavním cílem provozovat špitální činnost.<sup>6</sup> Též například Boromejky, fungující dodnes, provozovaly mimo klášter také špitál, tedy jejich činnost spočívala jak v provozu nemocnice, tak ale též podporovaly programy

---

<sup>3</sup> Charita Česká republika. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2013 [cit. 2016-07-14]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Charita\\_%C4%8Cesk%C3%A1\\_republika](https://cs.wikipedia.org/wiki/Charita_%C4%8Cesk%C3%A1_republika)

<sup>4</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7. s. 87.

<sup>5</sup> MATOUŠEK, Oldřich, ref. 4, s. 88.

<sup>6</sup> MARTINEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6. s. 51.

sociální, jak píše Martínek.<sup>7</sup> Později Josef II. nechal postavit útulky pro chudinu, ale též jeho reformy daly vzniknout mnoha špitálům, blázincům, porodnicím, chudobincům, sirotčincům aj.<sup>8</sup> I současná Všeobecná fakultní nemocnice v Praze vděčí za svůj vznik císaři Josefu II. Nemocnice dle něj měly pečovat o chudé nemocné a součástí nemocnice měly být též sirotčince, nalezince, chorobince pro chudé, chronicky nemocné a další. Tedy dnešním jazykem šlo tehdy o propouštění klienta z akutní péče na následná zdravotní lůžka, jako jsou LDN či do následných sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory.

Chtěla jsem jen poukázat na to, o co se budu snažit v celé práci, a to je to, že velmi úzká spolupráce mezi zdravotní a sociální oblastí je velmi důležitá a její zárodečné myšlenky můžeme spatřovat již odnepaměti, i když jsem poukázala zároveň na to, jak se spolupráce právě postupně rozvojem dělby práce a vznikem specializované zdravotní péče proměňovala bohužel spíše v nespolupráci, což už se dnes opět postupně začíná zlepšovat.

Dalším důležitým motivem, provázejícím nás od počátku lidstva vůbec, jak vysvětluje Kuzníková<sup>9</sup> je pomoc poskytovaná v rámci rodiny. *„Rodina vždy stála a dodnes stojí v řadě institucí pomáhajících v obtížných životních situacích na prvním místě.“*<sup>10</sup> Tento systém má velký význam pro nemocného. Objevuje se pojem sociální prostředí nemocného, čímž je míněna „opora u blízkých“, která má velký vliv na psychiku, na atmosféru a celkově na zdravotní stav klienta/pacienta.<sup>11</sup> Je pravda, že díky průmyslové revoluci nastala spousta změn a některé funkce rodiny přebral stát, různé profesionální instituce a organizace, ale funkce rodiny má stále nenahraditelnou úlohu bezpochyby i dnes. Čímž myslím to, že je pro hospitalizovaného člověka velmi dobré, pokud má nějakého blízkého, který ho může podpořit, či se o něj v případě nezbytnosti postarat.

Na našem území se v minulém století ze sociální práce poskytované díky spoustě dobrovolníků a „charitám“ stala vědní disciplínou, ale především nenahraditelnou profesí. *„V roce 1918 to byli sociální pracovníci v nemocničním prostředí, kteří*

---

<sup>7</sup> MARTINEK, Michael, ref. 6, s. 51.

<sup>8</sup> MATOUŠEK, Oldřich, ref. 4, s. 95.

<sup>9</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva, ref. 1, s. 13.

<sup>10</sup> Tamtéž

<sup>11</sup> Tamtéž

*zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás.“*<sup>12</sup> V tom samém roce také vznikla první škola sociální práce, která byla ve třicátých letech nahrazena novou školou a to „...*Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče, která nabízela vyšší odborné vzdělání především pro zdravotní sociální pracovníce, jež by pomáhaly lékařům v oboru sociální lékařství.“*<sup>13</sup> Další obrovské změny nastaly v roce 1973. V tomto roce se „...*Společnost sociálních pracovníků změnila v sekci sociálních pracovníků a stala se tak součástí České lékařské společnosti J. E. Purkyně.“*<sup>14</sup> Zde se tedy objevují snahy o propojení zdravotnictví a sociální práce.

Aktuálně jsou pro sociální práci ve zdravotnictví platné tyto dvě nejdůležitější právní normy: zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních spolu s vyhláškou č. 55/ 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kterým se budu ve své práci věnovat níže.

---

<sup>12</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva, ref. 1, s. 15.

<sup>13</sup> Tamtéž

<sup>14</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva, ref. 1, s. 16.

## **2 Sociální sféra**

Sociální oblast má v dnešní době na území našeho státu na starosti ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Od 29. ledna 2014 je zde ministryní Michaela Marxová.

Důležité je si uvědomit, že nemoc výrazně mění kvalitu života, sociální roli člověka, prožívání, vlastnosti člověka apod. a stává se tak součástí identity člověka. Iva Kuzníková napsala studijní oporu k předmětu Psychosociální aspekty zdraví a nemoci v Ostravě,<sup>15</sup> kde popisuje, že mezi sociální důsledky nemoci patří například nemožnost vykonávat své povolání, změna trávení volného času, sociální izolace, sociální důsledky projevující se v rodině, stigmatizace či ohrožení bydlení.

I proto je důležité, dle mého názoru, se konkrétně v této kapitole zaměřit na sociální zabezpečení, které zahrnuje odpovědi na otázky týkající se právě kupříkladu bydlení, rodiny, ztráty zaměstnání apod. Sociální zabezpečení se dělí na tři základní pilíře, a to na sociální pojištění, podporu a pomoc, které velmi stručně níže popíši.

Sociální pojištění se člení na pojištění důchodové, nemocenské a na příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

Do důchodového pojištění, které má na starosti Česká správa sociálního zabezpečení, spadá starobní důchod, invalidní důchod a pozůstalostní důchod, tedy přesněji sem patří důchod vdovský, vdovecký a sirotčí.<sup>16</sup> Důchodový systém ČR je založen na povinném základním důchodovém pojištění podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.<sup>17</sup>

Nemocenské pojištění poskytuje čtyři peněžité dávky, a to nemocenské, ošetrovné, peněžitou pomoc v mateřství a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.<sup>18</sup> (Zdravotní pojištění spadá pod zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, proto se o něm více zmíním v další kapitole.)

---

<sup>15</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci* [online]. Ostravská univerzita v Ostravě, 2013 [cit. 2016-07-11]. ISBN 978-80-7464-470-2. s. 31-33. Dostupné z: [http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS\\_Kuznikova\\_Psychosocaspekty.pdf](http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf)

<sup>16</sup> Důchodové pojištění. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Na Poříčním právu 1: Odbor sociální a rodinné politiky [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3>

<sup>17</sup> Tamtéž

<sup>18</sup> Nemocenské pojištění 2016. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Na Poříčním právu 1: Odbor sociální a rodinné politiky [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7>

Příspěvek na státní politiku zaměstnanosti se rozlišuje na podporu v nezaměstnanosti a podporu při rekvalifikaci.

Nyní jsme si tedy pro základní představu stručně představili tzv. první pilíř sociálního zabezpečení, a tím je sociální pojištění, které je pro nás z hlediska konceptu této práce jistě zajímavé, ale pro úplnost zmíním i další dva pilíře, protože - jak vysvětlím níže - celý sociální systém je velice blízký, či lépe řečeno úzce provázaný se systémem zdravotním. Sociální událostí může být nemoc, stáří, těhotenství, narození dítěte, úraz, invalidita, chudoba atd.

System státní sociální podpory, tedy druhý pilíř je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Podle tohoto zákona se poskytují následující dávky: <sup>19</sup> Dávky testované, tedy dávky závislé na výši příjmu, které se dělí na příspěvek na bydlení, přírřavek na dítě a porodné. A na dávky netestované, mezi které se řadí rodičovský příspěvek a pohřebné. Ještě v roce 2012 sem spadaly i dávky pěstounské péče, které nyní najdeme v zákonu č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Sociální pomoc rozlišuje dávky v hmotné nouzi, čili příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádnou okamžitou pomoc. „Zákon o pomoci v hmotné nouzi stanoví několik situací, v nichž lze tuto dávku pomoci v hmotné nouzi poskytnout.“ <sup>20</sup> Například: „Na úhradu nákladů spojených s pořízením nebo opravou nezbytných základních předmětů dlouhodobé potřeby; výše dávky se stanoví až do výše konkrétního nákladu, ale součet poskytnutých dávek nesmí překročit v kalendářním roce 10násobek částky životního minima jednotlivce.“ <sup>21</sup> Sem spadá například situace, kdy diabetik ztratí své inzulínové pero. Dále dávky pro osoby se zdravotním postižením, tedy konkrétně příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a výpůjčku zvláštní pomůcky a též sem spadá ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách příspěvek na péči a sociální služby.

---

<sup>19</sup> Státní sociální podpora. *Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]*. Na Poříčním právu 1: Odbor sociální a rodinné politiky [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2>

<sup>20</sup> Mimořádná okamžitá pomoc. *Integrovaný portál MPSV [online]*. [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/pomoc>

<sup>21</sup> Tamtéž

Pro sociální pracovníky je nejdůležitějším zákonem již zmiňovaný zákon o sociálních službách z roku 2006, kde se v § 34 v zařízeních sociálních služeb nachází zařízení následné péče.<sup>22</sup>

Ve službách sociální péče se v § 52 nacházejí sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

*„Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“*<sup>23</sup>

Tato služba zahrnuje činnosti, jako jsou umožnění ubytování či stravy, dále pojímá pomoc při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, též zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, nabízí sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti, nebo se snaží o podporu při uplatňování práv člověka apod.<sup>24</sup>

Také se v předpokladech o výkonu povolání sociálního pracovníka, tedy v § 109 a v § 110 píše také to, že:

*„Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.“*<sup>25</sup>

V knize Sociální služby od Oldřicha Matouška<sup>26</sup> se dozvíme pouze to, že lidem, kteří jsou nemocní, slouží zdravotnická zařízení, kde pracují zdravotně sociální pracovníci.

---

<sup>22</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

<sup>23</sup> Tamtéž

<sup>24</sup> Tamtéž

<sup>25</sup> Tamtéž

<sup>26</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

## 2.1 Terénní služby sociální a zdravotní

V České republice se můžeme setkat například s osobní asistencí či pečovatelskou službou, které nabízejí pomoc s péčí o sebe, s osobní hygienou, s podáním jídla, s péčí o domácnost aj. „*Osobní asistence je poskytována lidem, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Osobní asistence se poskytuje podle potřeby osob (ať již dětí či dospělých se zdravotním postižením či seniorům) v průběhu celého dne bez časového vymezení, a to jak domácnosti osob, tak v jiném přirozeném prostředí (např. škola, zájmové, vzdělávací kroužky) a při činnostech, které jsou součástí všech jejich aktivit. Znamená to tedy, že jeden uživatel využívá službu jednoho asistenta/ky.*

*Naproti tomu terénní pečovatelská služba, i když vymezení osob, kterým může být poskytována, je obdobné, zajišťuje úkony v předem dohodnutém časovém úseku, a to zejména v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb. Jedním z nejvíce využívaných úkonů této služby je dovážka – poskytování obědů. U této služby jedna pracovnice (pečovatelka) zajišťuje službu více klientům podle rozsahu dohodnutých úkonů.“<sup>27</sup>*

Také existuje home care, tedy domácí zdravotní péče, která poskytuje terénní zdravotní služby a která též půjčuje klientům zdravotní pomůcky. „*Domácí zdravotní péče je určena dvěma okruhům pacientů: ...pacientům, kteří jsou propouštěni z nemocnice. Umožňuje brzké propuštění z nemocničního prostředí do pohodlí domova. Protože o pacienta doma pečuje zkušená zdravotní sestra, je o něj postaráno stejně jako v nemocnici. Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že psychická pohoda domácího prostředí urychluje doléčení po operacích, úrazech, léčbě srdečních nebo nervových chorob, apod.“<sup>28</sup>*

Druhý okruh tvoří klienti, kteří nepotřebují pobývat v nemocnici, ovšem jejich zdravotní stav si nárokuje dlouhodobou, pravidelnou péči zdravotních sester. Sem

---

<sup>27</sup> ROZDÍL MEZI OSOBNÍ ASISTENCÍ A PEČOVATELSKOU SLUŽBOU [online]. 2010 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [http://www.zpravodaj.krumlov.cz/index.php?page=showdetail&cid=web\\_4be42b3476329](http://www.zpravodaj.krumlov.cz/index.php?page=showdetail&cid=web_4be42b3476329)

<sup>28</sup> Komu je domácí zdravotní péče určena. *Centrum domácí péče* [online]. Home Care Services & Supplies [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [http://www.homecare.cz/pac\\_komu.html](http://www.homecare.cz/pac_komu.html)

spadají klienti s proleženinami, dále diabetici, osoby po mozkových příhodách, apod. Tato služba je hrazena ze zdravotního pojištění.<sup>29</sup> Též existuje tzv. domácí hospicová péče, která „nabízí své služby nevléčitelně nemocným dospělým i dětem a jejich blízkým, kteří o ně doma pečují. Poskytuje rodině podporu, umožňuje, aby člověk v posledním období života mohl žít důstojně, měl čas na své nejbližší a čas na rozloučení.“<sup>30</sup> Pokud ovšem senior potřebuje pomoci například se stravováním a navíc ještě u převazů a při aplikaci inzulínu je potřeba, aby měl služby dvě, a to jednu zvlášť na zdravotnické úkony, která je hrazena, jak jsem již zmínila ze zdravotního pojištění a druhou kupříkladu sociální službu osobní asistence vyplývající ze zákona o sociálních službách, která může být hrazena z příspěvku na péči.

Výdaje státního rozpočtu činí přibližně 1,2 bilionu, což je 1200 miliard, z čehož jde každý rok přes 500 miliard na sociální sféru.<sup>31</sup>

Navíc je nám ze mzdy mimo jiné odváděna také poměrná částka na sociální pojištění. Sociální pojištění odvádí jak zaměstnavatel (25%) za své zaměstnance, tak i zaměstnanec samotný (6,5%).<sup>32</sup> Sociální pojištění zahrnuje pojistné na nemocenské pojištění, pojistné na důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, což je přesně celý první pilíř, jak jsem již popsala výše.

---

<sup>29</sup> Komu je domácí zdravotní péče určena. *Centrum domácí péče* [online]. Home Care Services & Supplies [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [http://www.homecare.cz/pac\\_komu.html](http://www.homecare.cz/pac_komu.html)

<sup>30</sup> Domácí hospic Cesta domů. *Cesta domů* [online]. 2016 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html>

<sup>31</sup> Státní rozpočet České republiky na rok 2014. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1tn%C3%AD\\_rozpo%C4%8Det\\_%C4%8Cesk%C3%A9\\_republiky\\_n\\_a\\_rok\\_2014](https://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1tn%C3%AD_rozpo%C4%8Det_%C4%8Cesk%C3%A9_republiky_n_a_rok_2014)

<sup>32</sup> Sazba pojistného. *Sazby pojistného z vyměřovacího základu činí:* [online]. Česká správa sociálního zabezpečení, 2015 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni/vyse-a-platba-pojistneho/sazba-pojistneho.htm>

### 3 Zdravotní sféra

Zdravotní oblast náleží pod správu ministerstva zdravotnictví, které od 29. 1. 2014 spadá pod vedení ministra Svatopluka Němečka. Nemocenské pojištění, jak jsem již zmínila, spadá do sféry sociálního pojištění, ovšem zdravotní pojištění především pod zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V České republice jsou zdravotní služby poskytovány hlavně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění by si měl platit každý člověk (pojištěnec) s trvalým pobytem na území České republiky a také ten, kdo tu sice trvalé bydliště nemá, ale je zaměstnancem zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.<sup>33</sup> Za některé osoby ho platí samozřejmě stát, například za děti, důchodce atd. Pokud práci nemáme, platí za nás zdravotní pojištění určitou dobu úřad práce. Poté buďto práci najdeme, anebo si zdravotní pojištění celé musíme hradit sami, jinak se nám začínají kumulovat dluhy a penále. Zde ovšem nastává občas problém a to s tím, že někteří lidé tak právě nečiní a pak se dostanou do nemocnice, kde se to chtě nechtě zjistí. Takový člověk například vůbec nevlastní kartičku zdravotní pojišťovny. Může to být osoba bez přístřeší, osoba pracující zde tzv. na černo apod. I tito lidé potřebují ovšem, jak jsem již řekla, čas od času ošetřit. Jak se to v praxi řeší, se zmíním v praktické části své práce.

*„Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení.“<sup>34</sup> Každý měsíc je nám odváděno ze mzdy na zdravotní pojištění. „Z vyměřovacího základu se odvádí 13,5 %. Jednu třetinu (tedy 4,5 %) hradí zaměstnanec, zbývající dvě třetiny (tedy 9 %) hradí zaměstnavatel ze svých prostředků.“<sup>35</sup>*

Mimo zákon o zdravotním pojištění sem musíme též rozhodně zařadit také zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, který je vzhledem k mému tématu podstatný a který *„upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů*

---

<sup>33</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících, ve znění pozdějších předpisů zákonů

<sup>34</sup> Tamtéž

<sup>35</sup> Sazba pojistného na zdravotní pojištění. *Zdravotní pojištění zaměstnanců* [online]. Finance media a.s., 2016 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/dane-a-mzda/mzda/odvody-socialniho-a-zdravotniho-pojisteni/zamestnanci-zdravotni-pojisteni/>

*a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie.“<sup>36</sup>*

O domácí zdravotní péči, o které jsem se lehce zmínila již výše, tento zákon hovoří zajisté též. Uvedu zde tedy ještě část tohoto zákona, který se § 10 zmiňuje právě o zdravotní péči poskytované ve vlastním sociálním prostředí klienta.

*„(1) Zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou*

*a) návštěvní služba,*

*b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.*

*(2) Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze kromě zdravotní péče podle odstavce 1 poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu.*

*(3) V rámci zdravotní péče podle odstavce 1 lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.“<sup>37</sup>*

---

<sup>36</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

<sup>37</sup> Tamtéž

### 3.1 Zdravotní politika jako součást sociální politiky

Tuto kapitolu do své práce zařazuji proto, že se domnívám, že prostřednictvím ní mohu poukázat opět na velmi úzkou propojenost rezortů zdravotního a sociálního, ale též především proto, že sociální determinanty spoluurčují proces plánovaného propouštění a patří k rizikům, které musí mezioborový tým zvažovat.

Zdravotní politika, stejně jako například rodinná, bytová atd., je součástí sociální politiky. Vyjadřuje v podstatě zájem státu na zdravotním stavu obyvatelstva. Právo na zdraví tvoří základ zdravotní politiky státu. Nalezneme ho například v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR. Dále pak kupříkladu Evropská sociální charta hovoří o právu na zdraví. Zdravotní politika je konkrétněji vlastně cílevědomá činnost země, která je cílena na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva, a to ve směru jak k léčení, tedy k odstranění, tak i k vůbec zamezení vzniku nemoci (k prevenci). Chránit si a zachovávat si své zdraví je výchozí a primární existenční potřeba člověka. To má hodnotu jak pro jednotlivce, tak i pro společnost. Jedná se totiž o přirozenou ochranu před zhoršením sociálního a existenčního základu společnosti.<sup>38</sup>

*„Vzhledem k tomu, že klíčové determinanty veřejného zdraví leží mimo odvětví zdravotnictví, mluvíme o intersektorálních aktivitách.“*<sup>39</sup> Zdraví je determinováno spoustou podmínek a okolností. Díky vzájemnému působení nemůžeme přesně určit, jak intenzivně účinný je každý faktor zvlášť.

Samotné zdravotnictví dle Krebse ovlivňuje zdravotní stav pouze z maximálně 20%. Zbýlých 80% ovlivňují tzv. nezdravotnické faktory, mezi které můžeme jednoznačně zařadit vedle genetiky, vnější podmínky způsobu života a práce lidí, což je předmětem sociální politiky vůbec, a v neposlední řadě životní prostředí, které je též součástí sociální práce.<sup>40</sup> Jsem si vědoma toho, že tento odstavec pojednává o komplexním tématu, které by si zasloužilo vysvětlit hlouběji, ale pro účel mé práce jsem si ho nemohla dovolit nezmínit alespoň takto velmi zkráceně.

---

<sup>38</sup> KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4. s. 338.

<sup>39</sup> Tamtéž

<sup>40</sup> KREBS, Vojtěch, ref. 38, s. 339.

Existuje pojem sociální gradient, který značí to, že lidé, kteří se na sociálním žebříčku umisťují nejnižše, mají takřka skoro dvojnásobnou hrozbu závažného onemocnění, než ti, kteří se nacházejí na jeho vrcholu. Faktory mohou být: nedostatečný příjem či absence vzdělání, nejisté zaměstnání nebo nezaměstnanost, bydlení v chudinských čtvrtích apod.<sup>41</sup>

Zdravotní politika je ovlivňována nejen zdravotní situací, ale také ekonomickou a sociální. Tyto tři aspekty jsou velmi úzce na sebe vázány, a aby zdravotní politika byla skutečně účinná, musí počítat se všemi třemi těmito stránkami, prvky. Tedy zdravotní politika by neměla vycházet z pouze úzce rezortního pojetí, musí být rozvrhnutá celospolečensky.

---

<sup>41</sup> BRABCOVÁ, Iva a Jitka VACKOVÁ. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. KONTAKT: časopis pro ošetřovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence, katedra sociální práce, 4/2013, [cit. 2016-06-29]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4-2013/1084-koncepce-deseti-socialnich-determinant-zdravi>

## 4 Evropská charta pacientů seniorů

Jak vyplývá z Evropské charty pacientů seniorů, se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, a proto může dojít k situacím, kdy člověk nebude schopný se sám starat o svůj plnohodnotný život a tím se jako stále důležitější jeví role kvalitní a dostupné zdravotní a sociální péče.<sup>42</sup> Úkoly zdravotní a sociální péče jsou dle Charty mimo jiné taky tyto:

*„... a) pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství,*

*b) zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými,*

*c) garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.“<sup>43</sup>*

Tedy i tato Charta neopomíjí propojenost a návaznost zdravotních a sociálních služeb a zajímá se o jejich vzájemnou kontinuitu. Pro koncept této práce se zdají být z Charty nejdůležitější tyto tři body: Zotavení a rehabilitace, Propuštění z nemocnice a Komunitní a sociální služby.

### Zotavení a rehabilitace

Pacienti/ klienti, a to zejména ti starší, potřebují mnohdy delší čas na uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Právě proto je podstatné, aby mohli zůstat v péči zdravotnického zařízení tak dlouho, dokud se nebudou schopni vrátit domů, nebo tak dlouho, než bude nalezeno jiné vyhovující řešení, což je právě v kompetenci zdravotně sociálního pracovníka, jak jsem popsala výše. Za druhé je velmi důležité, aby *„v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor*

---

<sup>42</sup> *Evropská charta pacientů seniorů.* In: Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně: Mezinárodní gerontologické asociace - Evropská oblast, 1999.

<sup>43</sup> Tamtéž

*zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů.*<sup>44</sup> Za třetí mají být pacienti léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem. A za čtvrté by se mělo zařídit, aby se též rodina mohla podílet na klientově rehabilitaci.

#### Propuštění z nemocnice

Je nezbytné, aby se před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o nevhodnějším způsobu nadcházející péče, která bude korespondovat s potřebami klienta. Nemocnice dohodne další způsob péče. Pacient i jeho rodina mají právo se účastnit na tomto rozhodování. Při propuštění by mělo být klientovi sděleno vše důležité. Měl by znát všechna fakta a skutečnosti, aby mohl pokračovat i nadále v rehabilitaci a rekonvalescenci. Posledním bodem je umožnit klientovi, který potřebuje zdravotnické a sociální služby a je jeho přáním zůstat doma v jeho přirozeném prostředí, zajistit mu kvalitní domácí péči takovou, jakou potřebuje.

#### Komunitní a sociální služby

*„Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb.“*<sup>45</sup> Dá se očekávat, že klienti budou potřebovat spousty různých služeb, které je nutné pravidelně přezkoumávat a zjišťovat tak jejich aktuální účelnost. Dále je také nutné prostředky přizpůsobovat potřebám klienta.

---

<sup>44</sup> *Evropská charta pacientů seniorů.* In: Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně: Mezinárodní gerontologické asociace - Evropská oblast, 1999.

<sup>45</sup> *Tamtéž*

## 5 Zdravotně sociální pracovník

Ono, dle mne fungující pojítka mezi dvěma výše popsanými oblastmi, můžeme najít v povolání zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník je zjednodušeně sociální pracovník, který pracuje ve zdravotnictví. Lidé, vykonávající toto povolání, musejí skvěle zvládat vše, co se týká rámce těchto dvou rezortů. Musejí tedy mimo jiné znát skvěle nejenom zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ale také se orientují v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a v dalších právních okolnostech, týkajících se jak sociální, tak zdravotní sféry. Náplň, kompetence, roli, vzdělání a vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků zmíním právě v této kapitole, která je tomu věnována.

### 5.1 Role a kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je dle Kuzníkové hlavně pomoci klientovi, dále pak také jeho rodině, a oběma stranám konkrétně při zmírnění či odstranění nežádoucího sociálního důsledku nemoci.<sup>46</sup> Zdravotně sociální pracovník, stejně jako sociální pracovník, pohlíží na člověka mu svěřenému celostně s nabídkou komplexní péče. „Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivace k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.“<sup>47</sup> Zdravotně-sociální pracovník vykonává dle vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků tyto činnosti:

poskytuje zdravotní péči v souladu s legislativou, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotnickou dokumentaci, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a též se podílí na přípravě standardů.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva, ref. 1, s. 18.

<sup>47</sup> Tamtéž

<sup>48</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

Dále bez odborného dohledu a bez indikace může vykonávat tyto činnosti:

provádí sociální prevenci, depistážní činnosti, cíleně a včasně vyhledává jedince, kteří se mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci, provádí sociální šetření, posuzuje životní situace, objektivizuje rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, zpracovává zprávu o posouzení životní situace, sestavuje plány psychosociální intervence, tato opatření ve spolupráci s ostatními i realizuje, zajišťuje sociálně-právní poradenství, účastní se integrace pacientů, v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů, dále vykonává činnosti při přípravě propuštění pacientů včetně zajištění další péče a služeb a v případě úmrtí pacientů provádí odborné poradenství v sociální oblasti, plus u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím.<sup>49</sup>

Praktický příklad si můžeme uvést třeba v gerontologii na starých lidech, kteří bývají často ohroženi nestabilitou jejich zdravotního stavu. Právě poté, kdy zdravotní stav takového klienta byl lékařem určen jako stabilní a akutní medicína dokonala, co je v její moci, je nutné zajistit náležité prostředí, zdravotní péči, podporu apod. tak, aby bylo zvládnuto zotavení (rekonvalescence), přesun do jiného zařízení či v nejlepším případě návrat domů. Zde hraje zdravotně sociální pracovník velkou roli, protože pokud-li se něco v tomto procesu, může dojít po propuštění z nemocnice ke zhoršení zdravotního stavu, ke „znovuhospitalizování“ či k hlubšímu rozšíření nesoběstačnosti klienta. Zdravotně sociální pracovník má roli skutečně nezastupitelnou. Snaží se při tomto všem brát stále na zřetel v první řadě klientův názor, názor rodiny, ale i lékařů.<sup>50</sup> Zdravotně sociální pracovník se tak stává klíčovým, někdy až osobně nejbližším člověkem klientů, pomáhá jim orientovat se v jejich situaci, poskládává jim postupně směsici jednotlivých kroků, které vedou v ideálním případě k nápravě jejich situace.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

<sup>50</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0. s. 164 - 165.

<sup>51</sup> ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakl., 1994. *Stážijní texty (Sociologické nakladatelství)*, sv. 5. ISBN 8085850001. s. 27.

## 5.2 Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků

Dle zákona 96/2004 se odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka získá těmito způsoby:

*„(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním*

*a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,*

*b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo*

*c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.*

*(2) Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“* <sup>52</sup>

Studijní obor zdravotně sociální pracovník se dá v bakalářském typu studia vystudovat například v Ostravě, ve Zlíně, v Jihlavě či v Pardubicích. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně nabízí studium tohoto oboru na fakultě humanitních studií ve studijním programu zdravotně sociální péče. Ostravská univerzita v Ostravě na fakultě sociálních studií pod katedrou sociálních věd. Univerzita Pardubice na fakultě zdravotnických studií. A Vysoká škola polytechnická Jihlava, která se nečlení na fakulty na katedře sociální práce. Mimo denní studium se na některých školách nabízí i kombinované studium.

Ovšem, jak z výše citovaného zákona vyplývá, zdravotně sociálním pracovníkem se může člověk stát i tehdy, pokud tento bakalářský obor vystudovaný nemá. Existují

---

<sup>52</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

různé akreditované kvalifikační kurzy. Například pro mě jako pro absolventku tříletého studia v oboru sociálního zaměření na vyšší odborné škole existuje jednoletý dálkový vzdělávací program, který je zakončen jak teoretickými, tak praktickými zkouškami, po jejichž absolvování účastník kurzu získá osvědčení, díky němuž je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání v oboru zdravotně sociální pracovník v plné míře tak, jak jsem popsala výše.

Zdravotně sociální pracovník je stále především sociálním pracovníkem, který poskytuje komplexní péči a pomoc v těžké životní situaci. Požadavky jak na jeho dovednosti, tak i na jeho osobnost jsou celkem vysoké. Řadíme sem totiž například schopnost empatie, vřelost, autentičnost, zájem o klienta, zájem o klientovy sociální i psychické potřeby, důvěru, vymezení hranic, znalost etiky, schopnost komunikace, součástí je i hodnotný lidský vztah, technika pozorování, porozumění, znalost všemožných práv od všeobecných lidských práv po různé deklarace a charty dětí, duševně postižených, tělesně postižených aj. Zdravotně sociální pracovník také musí perfektně ovládat legislativu jak sociální, tak zdravotní, ale i oblast psychologie apod. Též se předpokládá celoživotní sebevzdělávání, supervize, kultivovaný projev, sledování vývoje různých teorií technik, metod, citová vyrovnanost, přirozená autorita a pozitivní nazírání na svět, jak opět uvádí paní Kuzníková.<sup>53</sup>

Pokud se podíváme hlouběji k tomuto tématu do předpokládaných výsledků vzdělávání výše zmíněného akreditovaného kvalifikačního kurzu ministerstvem zdravotnictví zdravotně sociální pracovník, zjistíme, že kromě kompetencí uvedených ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., které jsem uvedla výše, musí účastník kurzu znát mimo již zmíněné základy práva též specifika péče o dětské klienty, geriatrické klienty, duševně nemocné klienty, má znalost sociálních aspektů, které provázejí řadu onemocnění a stavy po úrazech, dále klinických oborů a preventivní medicíny. Navíc zná principy organizace a řízení zdravotnictví a také si osvojí poznatky o stavbě, funkci a změnách lidského organismu, má znalosti z vnitřního lékařství, chirurgie, pediatrie, geriatric, neurologie, psychiatrie, ošetrovatelství, první pomoci a mnoho dalšího.

I přes tento zcela, zdá se, perfektní systém se dle zkušeností a praxe mnohých sociálních pracovníků ve zdravotnictví stává, že jejich práce je stále víceméně pouze administrativní, že lékaři stále zdravotně sociálního pracovníka neberou jako

---

<sup>53</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva, ref. 1, s. 29-30.

plnohodnotného člena jejich pracovního kolektivu. Vždyť ovšem propojenost, a to velmi úzká mezi sociální a zdravotní péčí, tu byla a je a multidisciplinarity je si každý vědom. V praxi jednotlivé činnosti a celkově postavení této profese není vždy jasné a též ani jednotné.<sup>54</sup> To je názor, jak paní Kuzníkové, tak i můj. Myslím si však, že je tomu tak spíše v menších nemocnicích a speciálně mimopražských nemocnicích. Za své praxe jsem se setkala například s Ústřední vojenskou nemocnicí v Praze či s Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze, kde práce zdravotně sociálních pracovníků funguje skvěle a kde jsou zdravotně sociální pracovníci v lékařském i nelékařském zdravotním kolektivu bráni více než pozitivně. Jsou ovšem i takové nemocnice, které nebudu uvádět jmenovitě, kde zdravotně sociální pracovníci fungují skutečně víceméně jen administrativně a kteří se s klientem setkají převážně pouze kvůli předání důchodu. V České republice jsou zdravotně sociální pracovníci zaměstnanci nemocnice. Zdravotní služby, jak jsem již dříve uváděla, včetně nemocniční péče, jsou placeny ze systému zdravotního pojištění. Z různých statistik vyplývá, že zdravotně sociálních pracovníků není stále dost a že na jednoho každého připadá průměrně 218 lůžek, ovšem setkáváme se i s číslem mnohem vyšším, a to až k 700 lůžkům.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva. ref. 1, s. 20.

<sup>55</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva. ref. 1, s. 21.

### 5.3 Týmová práce

Zdravotně sociální pracovník by měl být respektován ostatními profesionály, se kterými pracuje. Jejich práce však není vždy docenována, jak jsem již naznačila výše. V knize sociální práce ve zdravotnictví se píše například o pravidelných ranních setkáních na poradách, které jsou určené k řešení klientovy situace. Zdravotně sociální pracovníci mimo lékaře spolupracují i s dalšími odborníky jako jsou například psychologové, pedagogové, fyzioterapeutové, ergoterapeutové apod. Jako velmi užitečné se též projevuje účast zdravotně sociálního pracovníka na vizitách. Propojení sociální práce a medicínské léčby plus samozřejmě ošetrovatelská péče jsou nutnými podmínkami pro účinnou pomoc při řešení klientova stavu a celé jeho situace právě v již zmiňovaném holistickém pojetí.<sup>56</sup>

Proto existují tzv. interdisciplinární/multidisciplinární/mezioborové týmy, které jsou založené na myšlence vzájemné kooperace specialistů. Jde tedy o nehierarchistický systém, kde zástupci jednotlivých profesí vnášejí do týmu své specifické dovednosti. Týmová práce není jednoduchá. Záleží na ochotě členů, zdali mají například vůbec zájem spolupracovat.<sup>57</sup> Zdravotně sociální pracovník má v takovémto týmu nezastupitelnou roli, a to se potom odrazí na výsledku. Ty by měly být díky dobře fungujícímu týmu nejen jdoucí tím správným směrem, ale měly by být přínosné pro klienta, ale též pro všechny členy v týmu.

---

<sup>56</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva. ref. 1, s. 24-25.

<sup>57</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 143.

## **6 Problematika plánovaného propouštění**

Míst, kde se sociální a zdravotní péče střetávají, prolínají, kde dochází k propojení, je bezpočet. Jsou jimi například problematika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, sociální práce s dětmi, se zdravotně postiženými, s nezletilými matkami, se seniory, s umírajícími, s etnickými skupinami, s bezdomovci, s komunitou, se závislými, s propuštěnými lidmi apod. I jen velmi stručně popsat jednotlivé oblasti by se nevešlo rozsahem ani do práce diplomové. Problémy zdravotně sociální jsou velmi široké, a proto se níže zaměřím na propouštění z nemocnic, konkrétně podrobněji specificky, jaká je praxe v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, kde jsem vyzkoušela na vlastní pěst, co práce zdravotně sociálního pracovníka obnáší.

V knize Etika pro zdravotně sociální pracovníky se v příloze uvádějí dvě případové studie. Jedná se vlastně o praktické příklady návaznosti sociální péče na péči zdravotní.<sup>58</sup> Autoři knihy uvádějí, že z těchto studií plyne, jak velmi náročné je nejenom teoreticky, ale fakticky v reálném životě zkombinovat a sladit kooperaci a spolupráci systému sociální a zdravotní péče. Dále je patrné, že zdravotníci, respektive lékaři pohlíží na tutéž situaci odlišně než zdravotně sociální pracovníci. „*Nepochybně jde o faktickou schopnost (též ochotu) spolupracovat napříč oběma resorty, jde ovšem též či spíše především o legislativní podmínky, které pro praktickou realizaci zdravotně sociální péče aktuálně jsou.*“<sup>59</sup> Tedy opět i v této publikaci se autoři snažili upozornit na nutnost kvalifikované a integrované zdravotně sociální péče.

I jiní autoři a další publikace zmiňují, že se skutečně nedá vést jasná čára, není dáno přesné rozhraní mezi sociální prací a zdravotní péčí a to zvláště u některých specifických skupin klientů. Ke střetnutí by však mělo docházet nejenom ve zdravotnických zařízeních, ale i v sociálních službách. Platí totiž, že zhoršení zdravotního stavu s sebou přináší často nezbytnost sociálních služeb, ale platí také vztah opačný, tedy že sociální změny znamenají zvýšenou zátěž a rizika z hlediska zdraví.<sup>60</sup> Je proto více než žádoucí, aby obojí bylo nabízeno zároveň.

---

<sup>58</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7. s. 166.

<sup>59</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, ref. 58, s. 167.

<sup>60</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 164.

## 6.1 Poslání, funkce a úloha zdravotně sociálního pracovníka při propouštění z akutní péče

Mezi obecné zásady sociální práce patří to, že by uzavření případu nemělo být náhlé a neočekávané. Vše by se mělo projednávat již od prvopočátku a ukončení případu by mělo být ohlášeno s určitým předstihem.<sup>61</sup> To platí i u sociální práce v nemocnicích, konkrétně i u tématu propouštění.

Propouštění by mělo odpovídat ve všech svých aspektech zdravotnímu stavu pacienta a jeho požadavků, nárokům a potřebám. Propouštění by mělo být chápáno jako cílevědomý proces, kdy cílem je integrace nemocného do občanského prostředí.<sup>62</sup> Důležitou roli hraje tzv. propouštěcí plán, který se začíná připravovat a plánovat již v den nástupu klienta, který je hospitalizován. Plán vytváří multidisciplinární tým, který je ideálně složen z lékařů, zdravotní sestry, zdravotně sociálního pracovníka, klientova rodinného příslušníka a také dle možností by se měl účastnit i hospitalizovaný klient. Dnešní trend nemocnic vyzývá k brzkému propouštění z akutní lůžkové péče. To nastává zásluhou celkem vysokých nákladů na zdravotní péči a potřeby „vyklidit“ lůžko pro další pacienty. Lékaři očekávají od zdravotně sociálního pracovníka, aby pacienta propustil domů, do následné zdravotní péče nebo do následné sociální péče co možná nejrychleji. Na druhé straně pokud se rodina se nemůže, nechce či neumí o klienta postarat, a propouštění co nejdéle prodlužuje. K tomu navíc do třetice je kapacita následných služeb limitována a klient tak nemá možnost výběru a hrozí mu pouhé přesouvání z jedné instituce do druhé.<sup>63</sup> Například v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN), což jsou zdravotnická zařízení, má být poskytována péče tak dlouho, dokud pobyt v tomto zařízení se evidentně a nepochybně ukazuje indikovaným ze zdravotních důvodů. Takovýto pobyt by měl být hrazen zcela z prostředků zdravotního pojištění bez omezení, a pojištěnec, tedy pacient, se nepodílí na její úhradě. Obecně totiž zdravotní péče není limitována.<sup>64</sup> Ovšem často dochází k tomu, že klienti jsou mylně informováni

---

<sup>61</sup> ŘEZNÍČEK, Ivo, ref. 51, s. 60.

<sup>62</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. s. 483.

<sup>63</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 166.

<sup>64</sup> *Často kladené otázky a odpovědi*. In: Oddělení následné péče [online]. Bílovecká nemocnice, a.s. 2016 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: <http://cms.nvb.cz/www/cl-830/249-casto-kladene-otazky-a-odpovedi-faq/12058-jak-dlouho-muze-byt-pacient-hospitalizovan/>

o tom, že mají nárok na pobyt v těchto zařízeních pouze tři měsíce a jsou tak vystavováni zbytečnému tlaku, a to nejen oni, ale i jejich blízcí.

Propouštění má správně být odborné a plánované, což zahrnuje odpovídající, vhodnou následnou péči, respekt k důstojnosti, citlivé zacházení, právo rozhodovat se, právo na informace apod. Zároveň s tím, „...jde o praktické řešení aktuální, často složitě sociální situace (faktická závislost klienta na vnější pomoci, nefunkčnost domácího prostředí, dlouhé čekací doby v zařízeních sociální péče a často též neochota přijmout ošetrovatelsky náročného starého člověka...“<sup>65</sup> Ten, kdo tyto náročné situace musí řešit, je právě opět zdravotně sociální pracovník. Zdravotně sociální pracovník nejen že dokáže zajistit, připravit a nachystat propuštění, ale také se vyzná v klientově rodinném zázemí. Zásluhou vzdělání, které jsem již výše zmínila, je navíc schopen posoudit, zda je klient způsobilý zvládat být a především fungovat doma, či nikoli, i když lékař řekl, že dle jeho měřítek je pacient zdravý a do tohoto zařízení již nepatří.

Zdravotně sociální pracovník má větší přehled o celkové situaci klienta a zná víc informací, než je psáno v jeho zdravotní zprávě a lékařských dokumentech. Zdravotně sociální pracovník zná i různá rizika spojená s propuštěním a i proto si zjišťuje, v jaké ekonomické situaci se klient nachází, jaké přirozené zdroje podpory a pomoci má, například zda má klient děti, vnoučata, partnera, souseda, kamarádku, tetu a další příbuzné a blízké přátele, kteří jsou ochotni se o něho určitým způsobem postarat. Důležité je též znát klientovy bytové podmínky.<sup>66</sup>

Může se totiž stát, že klient by byl schopný bydlet doma, ale žije v bytě ve třetím patře bez výtahu, což mu návrat do jeho přirozeného prostředí znemožňuje. Někdy se ani nemusí jednat o třetí patro, ale problém mohou být pouze tři schody, které klient není schopen s vlastními silami překonat. Důležité je mít na mysli spoustu věcí. Mnohdy není problém v bezbariérovosti, ale například v tom, že klient se není schopen postarat o svou hygienu, či o nákupy jídla, uvaření jídla, užívání pravidelných léků apod. Na tohle vše musí zdravotně sociální pracovník také myslet. Pokud je totiž klient již doopravdy zdravotně v pořádku, ale nezvládá připamatovávat si užívání léků ve svém přirozeném prostředí nebo si není schopen nakoupit, uvařit apod., opět se časem stane, že se v důsledku toho jeho zdravotní stav zhorší a musel by se vrátit do nemocnice. Čili zajištění a poskytnutí vhodných sociálních a zdravotních služeb v přirozeném prostředí je nesmírně důležité, stejně tak i zajištění přesunu do jiného vhodného sociálního

<sup>65</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 166.

<sup>66</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 167.

zařízení, jako je například příhodný dům s pečovatelskou službou, kde jsou tyto služby též poskytovány. (Ovšem i při přijímacím procesu do zařízení dlouhodobé péče by měl být klient poučen o prostředí a podporován v realitě. Stále by též mělo docházet k zachování důvěrnosti, důstojnosti, přirozenosti, domáckosti apod. Klient by měl být informován o pravidlech instituce. Zařízení by také mělo nabízet pestré aktivity, eliminovat nevhodné zacházení, cílevědomě s klientem pracovat a vůbec nástup do zařízení by měl být dobrovolný.)<sup>67</sup>

Tedy zdravotně sociální pracovník musí mít informace i o dalších zařízeních, kam se jeho klienti dostávají, aby mohl poskytnout široké informace a základní i odborné poradenství klientovi a jeho rodině, pokud bohužel není možné ať už z jakýchkoli důvodů umístit klienta zpět domů. Zdravotně sociální pracovník „*potřebuje dostatek informací o existujících sociálních službách, jejich dostupnosti, charakteru, kvalitě.*“<sup>68</sup> Vhodné je nabídnout klientovi více možností další péče, aby se sám mohl rozhodnout, kam nakonec půjde. Poskytnout mu dostatek informací a i možné klady a zápory jednotlivých variant následných zařízení, rozdílnost mezi nimi apod. Důležité je ho při celém tomto procesu podporovat a připravovat ho na následující velikou změnu v jeho životě. Tedy propojit sociální práci nejenom v nemocnicích, ale i v domovech pro seniory a podobných zařízeních a zahájit s nimi komunikaci dříve, než bude přijat, aby byli na jeho pobyt co nejlépe připraveni.<sup>69</sup> V centru je vždy zájem klienta a ne zájem instituce, jak vyplývá vůbec z východiska sociální práce jako takové.

Důležitým momentem je také den propuštění. Zdravotně sociální pracovník zjišťuje, zda klient odchází sám či za doprovodu jeho blízkého, zda je zajištěn vlastní dopravní prostředek nebo je nutná sanitka, zda je rodina o propuštění dostatečně informována, důležitý je i přesný čas propuštění apod.<sup>70</sup>

Jinak dochází k poklesu kvality života osob, které jsou propuštěné bez tohoto zabezpečení. Tito klienti jsou ohroženi, nehospitalizováni atd.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 497 - 498.

<sup>68</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 167.

<sup>69</sup> Tamtéž

<sup>70</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 167.

<sup>71</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 483.

## 6.2 Problematika blokování lůžek

V zařízeních sociální péče je chronický nedostatek volných míst. To představuje při propouštění pacientů snad vůbec nejnáročnější poslání sociální práce v nemocnicích. To vše je navíc komplikováno už zmíněnými nátlaky doktorů a rodiny. Tyto tlaky často bývají v rozporu s blahem klienta. Klienti z tohoto důvodu jsou často propouštěni předčasně, či jsou tlačeni k podání žádosti do domova pro seniory apod., třebaže to sami nechtějí. Stává se též, že je někdo odsunut na lůžko následné péče, kde čeká třeba i několik let do té doby, než se pro ně objeví místo například právě v domově pro seniory. Následně tudíž dochází k tomu, že tyto klienty nelze propustit, protože jeho aktuální rodinné zázemí a rodinné prostředí není schopno ho přijmout, ale též není možné ho z důvodu nedostatečné kapacity přijmout do domova pro seniory.<sup>72 73</sup>

Kalvach zmiňuje, že obtížná propustitelnost je závažný problém. „*Prodlužování hospitalizace zvyšuje nemocniční náklady a blokuje lůžka, která nemohou být využita účelněji podle profilace oddělení.*“<sup>74</sup> Tito pacienti jsou nazýváni jako „bedblockers“ či „long-stayers“, což jsou ti, kdo příliš dlouho blokují lůžka, ti, co jsou zdravotně připraveni k propuštění, ale díky nedostatečné dostupnosti terénních služeb, dlouhodobé lůžkové péče, či ztrátou soběstačnosti kvůli hospitalizaci, se propustit nemohou, a tak se z nich stávají „outlyers“ neboli ti, kdo nákladově leží nevýhodně. Tento problém se v zahraničí objevuje již od 40. let 20. století, konkrétně v Británii.<sup>75</sup> Je však třeba odlišit dlouhé hospitalizace podmíněné zdravotně, a pak ty skutečně sociální. Změna prostředí je především ve stáří závažným stresorem. Osoba přestěhovaná i do výhodnějších podmínek má sníženou adaptaci. Dlouhodobá ústavní péče poté přináší ještě mnohem větší zátěže a rizika daná touto institucionalizací.<sup>76</sup>

V propouštěcích zprávách by také měly být informace týkající se sociální pomoci. „*Mělo by být jasně stanoveno, nejen kdo potřebné služby nemocnému poskytne, ale také v jaké konkrétní podobě.*“<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup> MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ref. 26, s. 168.

<sup>73</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 484.

<sup>74</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 482.

<sup>75</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 482-483.

<sup>76</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 495.

<sup>77</sup> KALVACH, Zdeněk, ref. 62, s. 483.

Navíc dle R. Čevely a L. Čeledové <sup>78</sup> je sice zdraví velmi vysokou hodnotou života lidí, ale na druhou stranu není tou nejvyšší. Tou je totiž bezpodmínečně existenciální smysl a naplněnost. To vše souvisí se seberealizací, sebeúctou a vykonáváním a zvládáním obyčejných, běžných sociálních rolí, které hospitalizovaní lidé konat nemohou. I proto je nezbytné zajistit včasné a bezpečně, předem naplánované propuštění klienta, který s pomocí služeb určených a stanovených zdravotně sociálním pracovníkem zvládá v ideálním případě v domácím prostředí uskutečňování jeho sociální role co možná nejpodobněji jako před hospitalizací.

Ještě bych si dovolila zmínit příspěvek z konference ošetřovatelství, kde M. Trčková podotýká, že Česká republika má zajištění propouštění osob velmi „neformální“ (hovoříme o roku 2000), a že by si měla vzít příklad ze zemí jako je například Finsko, Švédsko či Belgie, které mají propouštěcí proces formalizován. <sup>79</sup>

---

<sup>78</sup> ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2. s. 206.

<sup>79</sup> Trčková, M. *Propouštění geriatrických pacientů z akutních lůžek nemocnic*. Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí, Sborník konference, Praha: Galén 2000. ISBN 80-86257-21-5. s. 128 - 129.

### 6.3 Tématica propouštění v časopise pro další vzdělávání lékařů

Časopis Praktický lékař slouží jako podklad pro lékaře z různých oborů, kteří se tak mohou postgraduálně vzdělávat po stránce jak odborné, tak ale také například právě sociální. Vychází každé dva měsíce a já si vzhledem ke svému účelu práce zvolila dva články, které se týkají této problematiky a o kterých bych chtěla hovořit více v této kapitole.<sup>80</sup>

Již v roce 1997 až 2000 provedl Ústav lékařské etiky srovnávací mezinárodní multidisciplinární studii, která se zabývá propouštěním pacientů z akutních lůžek do domácího ošetření. Šimek, Chlumecká a Kolínová v roce 2001 zahájili svou práci a v roce 2003 vydali článek, ve kterém předkládají své zkušenosti. „*Stává se často, že akutní porucha, pro kterou byl starý člověk hospitalizován, odezní, ale chronické choroby přetrvávají a poruchy soběstačnosti, pokud se nezhorší, také přetrvávají.*“<sup>81</sup> Doba hospitalizace se dle těchto autorů zkracuje. Často je tomu například díky ekonomickým důvodům. Ovšem tato kratší hospitalizace konkrétně pro starší klienty neznamena výhodu. U nich totiž rekonvalescence probíhá pomaleji. Co tedy dřív zajišťovala nemocnice, musí se nyní zvládnout v domácím prostředí, které tomu často není uzpůsobeno. Dům se tedy často musí upravit a laičtí pečovatelé informovat, poučit, zaučit, vzdělat. Návaznost z akutní péče musí být aktivní, připravená předem. Jen tak bude funkční. Proces předávání klienta z akutní do domácí péče je obtížnější a namáhavější, než se zdá. Aby vše probíhalo v co nejlepším pořádku, existují různé specializace zdravotníků. Zde sice není řeč o zdravotně sociálních pracovnících (rok 2003), ale hovoří zde o týmové práci.<sup>82</sup> „*Nejúčinnější metodou propouštění nemocných je tzv. „case management“. Každý pacient je hodnocen individuálně a pro každého je stanovován individuální plán činností k zajištění jeho propuštění.*“<sup>83</sup> Na závěr článek uvádí příklad dobré praxe ze zahraničí, konkrétně z nemocnice Hospitals NHS Trust,

---

<sup>80</sup> Popis časopisu. *PERIODIK: časopis Praktický lékař* [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně [cit. 2016-07-13]. Dostupné z: <http://www.periodik.cz/predplatne/casopis.php?akce=titul&titul=966>

<sup>81</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M. *Problém propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice*. Praktický lékař, 2003, roč. 83, č. 6. ISSN 0032-6739. s. 334.

<sup>82</sup> Tamtéž

<sup>83</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M, ref. 81, s. 335.

kde proces propouštění má čtyři jasné fáze, které začínají před přijetím klienta a končí kontrolou proběhnutého procesu propouštění.<sup>84</sup>

Na tento článek navazuje o rok později, tedy v roce 2004, další článek od stejných autorů, kde se věnují procesu propouštění v České republice a dále tomu, co by se mělo zlepšit do budoucna.<sup>85</sup> V ČR tedy probíhal výzkum, který ve své první části vytvořil koncept screeningového hodnocení, který by dokázal určit případného rizikového klienta a tím pomoci zprostředkovat včasné plánování postupu propouštění. Toto hodnocení mimo jiné oblasti zahrnuje také oblast sociální, která se zajímá rodinnou situací, terénními službami, bytovými podmínkami apod.<sup>86</sup> V druhé fázi se ověřovala použitelnost hodnocení v praxi. Tedy to, zda je například časově náročný, zda je nutné proškolení apod. Bylo zjištěno, že nástroj je použitelný, ovšem za předpokladu, že se pracuje v týmu, který je ochotný sdílet s dalšími plán péče a že členové týmu znají kompetence ostatních povolání, se kterými úzce spolupracují.<sup>87</sup> „Z dalších hodnocení vyplynulo, že zdravotníci mají tendenci podceňovat možná rizika návratu domů, spoléhají se na pomoc rodiny a partnera, aniž by blíže zjišťovali jejich možnosti.“<sup>88</sup>

Následně se ověřovaly eventuality použití hodnocení v reálných podmínkách nemocnic, kde bylo opět zjištěno, že tento screeningový nástroj je využitelný a že: „Screeningové hodnocení plně pokrývá bio - psycho - sociální fungování člověka a může upozornit na případná rizika související s propouštěním do domácího prostředí.“<sup>89</sup>

Poslední fáze ověřovala závěry hodnocení. Bývalým hospitalizovaným klientům se volalo domů, a tak se získávaly informace typu, že roli při návratu domů hrál někdo z rodiny a že jen značně málo osob využilo odborných služeb. Dospělo se k tomu, že v nemocnicích se věnují tématu propouštění a že je takřka vyloučeno, aby se klient vrátil domů bez pomoci, kde by zůstal sám, protože pokud klient nikoho nemá a zároveň je nesoběstačný, přebývá dočasně například v LDN. Nedostatky tedy autoři spatřují v nesystematickém vzdělávání klientů v oblasti všedních denních činností, v málo výrazné pomoci v oblasti kompenzačních pomůcek a v „bariérovosti“. Pokud by

---

<sup>84</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M, ref. 81, s. 335.

<sup>85</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M. et al. *Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný i organizační problém*. Praktický lékař, 2004, roč. 84, č. 5. ISSN 0032-6739. s. 250 - 254.

<sup>86</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M, ref. 85, s. 250.

<sup>87</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M, ref. 85, s. 251.

<sup>88</sup> Tamtéž

<sup>89</sup> Tamtéž

se toto zlepšilo, mohli by klienti v institucionální péči zůstat mnohem kratší dobu.<sup>90</sup> Byl by potřeba více systematický přístup v oblasti propouštění (case management). Také je nutné více zapracovat na pouhém jednorázovém poučení klienta i rodiny, které není vůbec efektivní, protože se snadno zapomene a také by se měla posílit role ergoterapeuta.<sup>91</sup> (Což příkládám k tomu, že článek vyšel hned na počátku roku 2004, tedy, že v tu dobu, kdy výzkum probíhal, před více než 12 lety, nemohli brát v potaz zákon o nelékařských zdravotních povoláních a už vůbec ne vyhlášku o činnostech zdravotnických pracovníků tak, jak jsem popsala výše.)

Ovšem rozhodně byly tyto články u nás velice průkopnické a dokonce vlastně pojem „plánované propouštění“ prakticky zavedly.

---

<sup>90</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M, ref. 85, s. 252.

<sup>91</sup> Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M, ref. 85, s. 254.

## 7 Praktická část – případová studie

Během svého studia na Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy jsem absolvovala mnoho praxí v různých zdravotnických zařízeních a nemocnicích. Nejvíce mi však v srdci i v paměti utkvěla právě pražská ÚVN, kde jsem, jak jsem se již zmínila, měla možnost vyzkoušet si být zdravotně sociálním pracovníkem na vlastní kůži. Za dobu svého působení v ÚVN jsem pochopila, že právě tato nemocnice by mi mohla posloužit pro mou případovou studii, která může být rozhodně zároveň příkladem dobré praxe.

Více o metodách, technikách, typu výzkumného projektu, předmětu zkoumání, cílech, výzkumných otázkách apod. se zmíním v další kapitole.

### 7.1 Metoda, technika a cíl

Pro svou bakalářskou práci jsem do praktické části zvolila kvalitativní metodu sociálního výzkumu. Kvalitativní přístup nahlíží na zkoumaný jev v jeho autentickém prostředí a to komplexně, i se vztahy s jeho dalšími aspekty.<sup>92</sup> Jsem si plně vědoma toho, že tento přístup může mít výsledky ovlivněné výzkumníkem a že zobecnění výsledků je v podstatě nemožné, ale na druhou stranu má tato metoda také spoustu kladů. Výpověď je jedinečná, vytváří nové hypotézy, pomáhá porozumět problému apod.<sup>93</sup>

Typem výzkumného projektu byl tzv. neexperimentální výzkumný projekt, mezi který patří též případová studie<sup>94</sup> neboli monografie. Ta se zabývá výzkumem jedné vyčleněné jednotky bez nároku na širší zobecnění na celou populaci.<sup>95</sup> Jinak řečeno se soustředí na jeden objekt, který je typický. Předmět svého zkoumání popisuje detailně a komplexně ve své složitosti a celistvosti.<sup>96</sup>

---

<sup>92</sup> REICHEL, Jiří. *Úvod do sociálního výzkumu*. Praha: Mowshe pro Katedru andragogiky a personálního řízení Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2010. Edice celoživotního vzdělávání. ISBN 978-80-904426-3-4. s. 55.

<sup>93</sup> REICHEL, Jiří, ref. 92, s. 56.

<sup>94</sup> JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. Dot. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-662-5. s. 53.

<sup>95</sup> JEŘÁBEK, Hynek, ref. 94, s. 54.

<sup>96</sup> REICHEL, Jiří, ref. 92, s. 31.

Mezi mé konkrétní metody, které jsem využívala pro sběr, získání a zpracování svých dat, patřila především metoda rozhovoru a také metoda pozorování. O těchto metodách jsem se dočetla jednak v knize Úvod do sociologického výzkumu od Jeřábka<sup>97</sup> a jednak v knize Úvod do sociologického výzkumu od Reichela.<sup>98</sup>

Mezi mé konkrétní techniky patřila technika hloubkového rozhovoru, zúčastněné pozorování a studium dokumentů, přesněji úředních dokumentů, kam se řadí i statistiky.<sup>99</sup> Rozhovor jsem mechanicky zaznamenala na diktafon, také jsem si v průběhu rozhovoru dělala poznámky.

Má analýza směřovala k těmto cílům výzkumného šetření: Za prvé k popisu neboli k deskripci. To znamená, že jsem shromažďovala fakta o zkoumaném jevu,<sup>100</sup> za druhé ke zjišťování různých souvislostí (ke korelaci)<sup>101</sup> a za třetí ke srovnání neboli komparaci,<sup>102</sup> což značí to, že jsem se zaměřila na porovnání mezi teorií a praxí.

Mé hlavní výzkumné otázky se vztahovaly k pracovní pozici, náplně zdravotně sociálního pracovníka, k pracovnímu týmu, k plánovanému propouštění, k následné péči, k návaznosti zdravotních služeb služby na sociální, k propojenosti zdravotního a sociálního rezortu apod.

---

<sup>97</sup> JEŘÁBEK, Hynek, ref. 94, s. 51 - 81.

<sup>98</sup> REICHEL, Jiří, ref. 92, s. 28 - 131.

<sup>99</sup> JEŘÁBEK, Hynek, ref. 94, s. 81.

<sup>100</sup> JEŘÁBEK, Hynek, ref. 94, s. 52.

<sup>101</sup> Tamtéž

<sup>102</sup> JEŘÁBEK, Hynek, ref. 94, s. 52.

## 7.2 Zdravotně sociální služby ÚVN

Na webových stránkách ÚVN si pod heslem zdravotně sociální služby můžeme najít informace, že komplexnost medicínské péče v dnešní době obsahuje bezpochyby i sociální práci s klientem. „*Je důležité si uvědomit, že mezi zdravotní a sociální sférou je velmi úzká provázanost a nelze je oddělovat.*“<sup>103</sup> Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je na těchto stránkách specifikována jako pomoc a podpora klientovi a jeho rodině při návratu klienta do jeho přirozeného prostředí, tedy domů. Cílem zdravotně sociální práce je prevence sociálního vyloučení klienta a snaha o obstarání, opatření všech kvalitních a dostupných sociálních i zdravotních služeb. To vše samozřejmě spolu se zachováním či úplně nejlépe se zlepšením kvality života. To vše má na starosti zdravotně sociální pracovník, který je neoddělitelnou součástí tzv. multidisciplinárního týmu. Aktivní účast zdravotně sociálního pracovníka přispívá k objektivnímu náhledu na klientovu situaci a k zahájení efektivního řešení.<sup>104</sup>

Zdravotně sociální služby poskytované v ÚVN jsou tyto:

*„a) Komplexní zdravotní a sociální poradenství dle typu onemocnění,*

*b) zajištění zařízení následné zdravotní rehabilitační, dlouhodobé a hospicové péče dle individuálních potřeb na základě domluvy s klientem i jeho blízkými v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách,*

*c) poradenství a kontakty na zdravotně - sociální terénní služby - pečovatelská služba, agentury zdravotní domácí péče (home care), tísňové volání, agentury osobní asistence, krizové linky pro seniory, půjčovny kompenzačních pomůcek,*

*d) předání kontaktů a informací k vyřízení dávek státní sociální podpory, příspěvku na péči, příspěvku na mobilitu, průkazu osob se zdravotním postižením, případně invalidního důchodu,*

*e) zdravotně - sociální péče o klienty bez domova - umístění do zařízení následné péče, azylového domu, zprostředkování kontaktu se sociálním kurátorem dle místa bydliště,*

---

<sup>103</sup> Zdravotně sociální služby ÚVN. In: Pro pacienty [online]. 2015 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: [https://www.uvn.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2247&Itemid=1231&lang=cs](https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2247&Itemid=1231&lang=cs)

<sup>104</sup> Tamtéž

f) *administrativní pomoc s vyřízením dokladů totožnosti u osamělých a nesoběstačných klientů,*

g) *komplexní administrativu před přijetím pacienta na Oddělení sociální péče a Domov se zvláštním režimem ÚVN dle zákona č. 108/2006 Sb.,*

h) *předání kontaktů na domovy pro seniory a výpomoc s případnou administrativou spojenou s podáním žádostí,*

ch) *administrativní zajištění záležitostí spojených s úmrtím u osamělých zemřelých pacientů.“*<sup>105</sup>

I D. Jarošová definuje zdravotně sociální péči takto: „*Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou resortů: zdravotnictví a sociální péče. Může se jednat o péči převážně sociální s výraznými prvky péče zdravotní, nebo o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče, nebo o péči integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit.*“<sup>106</sup> Aby však tato péče byla komplexní, musí obsahovat akutní péči, následnou péči i dlouhodobou péči. Tato celostní péče je potřebná u všech klientů.

---

<sup>105</sup> *Zdravotně sociální služby ÚVN.* In: Pro pacienty [online]. 2015 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: [https://www.uvn.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2247&Itemid=1231&lang=cs](https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2247&Itemid=1231&lang=cs)

<sup>106</sup> JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory.* Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2. s. 44.

### 7.3 Hlubkový rozhovor se zdravotně sociální pracovnící

Provedla jsem rozhovor s paní Bc. Dagmar Martínkovou, která je vedoucí humanitní služby. Oddělení humanitní služby sdružuje všechny zdravotně sociální pracovníky v ÚVN. Toto oddělení poskytuje komplexní zdravotně sociální poradenství klientům Ústřední vojenské nemocnice a též i jejich blízkým na všech odděleních.

Dagmar Martínková má původně střední zdravotnické vzdělání, je tedy registrovaná sestra s osvědčením pro práci bez odborného dohledu. Později vystudovala Evangelickou teologickou fakultu Univerzity Karlovy, obor pastorační a sociální práce. Na základě toho později získala osvědčení od ministerstva zdravotnictví o tom, že je odborně způsobilý zdravotně sociální pracovník bez odborného dohledu. Jak jsem výše popsala, má-li někdo dosažené vzdělání zdravotní i sociální, může si zažádat na ministerstvu zdravotnictví o toto osvědčení.

S Bc. Martínkovou jsem probrala především témata, o kterých píše ve své teoretické části a zjišťovala jsem, je-li teorie platná s praxí. Proto jsem se i v první řadě snažila zjistit, jaké má paní Martínková vzdělání. Z rozhovoru bylo patrné, že vzdělání paní Dagmar Martínkové je zcela ve shodě s legislativou tak, jak jsem popsala v kapitole 5.2 Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků. Dále jsem se také zaměřila na pracovní pozici zdravotně sociálních pracovníků, pracovní tým, následné služby, plánované propouštění, propojenost rezortů apod.

Nejprve jsem si také chtěla ujasnit používání termínu klient/pacient. Já sama ve své práci používám tato dvě slova v podstatě jako synonyma a různé publikace se v tomto názvosloví též liší, a tak mě zajímalo, jak to funguje v praxi. Z rozhovoru vyplynulo, že mohou používat oba termíny, ale konkrétně zaměstnanci zdravotně sociální služby v ÚVN Praha používají rádi pojem klient. Je to proto, že se považují primárně za sociální pracovníky ve zdravotnictví. Zároveň jsou i nelékařští zdravotní pracovníci, kteří jsou zahrnuti podle zákona č. 96/2004 Sb., takže by mohli používat i pojem pacient, nicméně si zde personál zavedl interní úzus, že bude používat pojem klient a to i do zdravotně sociálních záznamů, protože jim to takto připadá více uctivé.

## 7.4 Pracovní pozice, náplň, běžný pracovní den

Pracovní pozice paní Bc. Martínkové i ostatních zdravotně sociálních pracovníků je jasně daná, vyplývající z legislativy. Podléhají zákonu č. 96/2004 Sb., ale také musejí být v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., protože ÚVN poskytuje zároveň dvě sociální služby, a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, které čerpají dotace od státu. Tedy jejich pracovní pozice, kritéria jsou jasná, jasně daná pro sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb., co může a co nemůže dělat. Konkrétně to vyplývá z § 109, který říká, že: *„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.“*<sup>107</sup> Tudíž zaměstnanecké postavení zdravotně sociálních pracovníků v ÚVN není nijak chaoticky uspořádané, ale je přesně stanovené zákony tak, jak jsem popsala v první části své práce.

Pokud bychom se zajímali o to, zda je profese zdravotně sociálního pracovníka spíše administrativní, či se jedná více o práci s lidmi, je to dle paní Martínkové asi půl na půl. Jejich pracovní náplň, tedy například jejich běžný klasický den vypadá asi tak, že ráno probíhá porada, pracovníci si sdělí program dne a každý pracovník má svou škálu oddělení, které běžně denně navštěvuje. Práce spočívá i v aktivním vyhledávání klientů s riziky, zdravotně sociální pracovník také denně promluví s vrchní nebo staniční sestrou. Sestry už při přijetí řeší rizika pomocí ošetřovatelského elektronického vyšetření, formuláře. Jedná se o komplexní šetření. V tomto screeningu již jsou mezi zdravotními riziky vymezena i právě sociální, která si tam zdravotně sociální pracovníci zadali, aby sestřička zjistila už při přijetí klienta, zda je pro něho potřeba přidělit zdravotně sociálního pracovníka. Pokud ano, aby se jeho situace mohla řešit už od začátku. Všichni klienti mají při přijetí vypracovaný tento screening. Zdravotně sociálním pracovníkům zdravotní sestry hned předávají tyto klienty a navíc to často vyplyne už i z jejich zdravotního stavu. Opravdu zde dodržováno kritérium, aby

---

<sup>107</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

bezpečné propouštění probíhalo skutečně u všech. Mimoto zdravotně sociální pracovníci rozpoznávají různé potřebné ukazatele z dokumentace, z chování klienta, od personálu, zjišťují, jaká je prognóza, jaký bude postup v léčbě, provádějí interview s klienty, respektive s každým předaným klientem apod.

Všechny tyto informace si elektronicky zpracují a volají rodině. S nimi si domluví osobní schůzku, která se odehrává buďto u lůžka bezprostředně i s klientem, nebo přímo na humanitním oddělení, a společně řeší, co bude následovat dál.

Řekne-li klient i rodina, že chtějí svého blízkého navrátit do domácí péče, nabídnou jim zdravotně sociální pracovníci celou škálu pomocných, podpůrných, terénních, sociálních, zdravotních služeb, nebo doporučí odlehčovací pobyt, aby podali žádosti preventivně do domovů pro seniory, dají jim seznamy domovů, aby se tím začali zabývat apod.

V případě, že člověk potřebuje na základě indikace lůžkovou péči, buď rehabilitační, protože má potenciál k tomu, aby rehabilitoval, zajistí mu lůžko následné rehabilitace napříč republikou podle regionu, nebo, jeli-to ošetrovatelské lůžko, doporučí například léčebny dlouhodobě nemocných či ošetrovatelská lůžka v regionu bydliště a zajistí komplexní agendu. To znamená, že si zdravotně sociální pracovníci stáhnou žádost na toto následné zdravotní lůžko, vyplní ji, dají ji podepsat klientovi, přidá se k tomu lékařská zpráva, to se odfaxuje nebo odešle emailem a pak se řeší podle indikace i například hospic a poté se samozřejmě kromě jiného telefonicky řeší termín, což už je potom zase právě ta administrativní část práce. Dále se řeší sociální dávky, dluhová problematika, psychiatričtí pacienti, klienti bez domova, klienti na emergency, kteří jsou ošetřeni, ale nejsou hospitalizováni, takže jsou posláni zpátky do domácí péče, ale mají například nohu, ruku v sádře, takže jsou tedy zjištěna rizika i zde na emergency, kde také probíhá již výše zmiňovaný screening, a když jsou tam tato rizika zjištěna, jsou tito klienti též předáváni do péče zdravotně sociálního pracovníka a oni volají domů rodinám, že jim byl poslán blízký domů a zda je vše v pořádku, je-li o něho postaráno, chtějí-li kontakty na nějaké služby atd.

Z výše popsané pracovní náplně zdravotně sociálních pracovníků lze zjistit, jak v této nemocnici funguje plánované propouštění. Myslím tím konkrétně, že se propuštění plánuje skutečně od počátku hospitalizace. Vždy se podle obtížnosti pacienta sejde celý tým, všichni aktéři té péče, a pokud je to potřeba, kontaktuje se i například praktický lékař a to vše za cílem bezpečného propouštění do domácí péče nebo do jiného zařízení lůžkové péče nebo do sociální péče tak, aby klient šel z této nemocnice kvalitně zabezpečen. To je vlastně i cílem akreditované nemocnice bezpečné propuštění.

## 7.5 Role zdravotně sociálních pracovníků v nemocničním týmu v praxi

Z toho všeho by mohlo jasně vyplývat, že role zdravotně sociálních pracovníků v nemocničním týmu je naprosto nezbytná a ničím nenahraditelná. Jak je tomu ovšem skutečně tak, jak funguje pracovní tým v ÚVN v čele s lékaři a zda je oceňována a brána vážně práce zdravotně sociálních pracovníků, to byla další má otázka na paní Bc. Martínkovou. Ta mi sdělila, že si myslí, že určitě ano, že si lékaři cení jejich práce, ale že by se dalo říci, že se to individuálně liší na jednotlivých odděleních, dle jejich zaměření.

Například chirurgická pracoviště berou méně vážně práci pracovníků, protože tam jsou skutečně plánované operace a lůžka musí mít, ale samozřejmě berou v úvahu, když se řekne, že aktuálně není teď místo jinde a chirurgové vědí, že není vhodné aktuálně propustit klienta domů, tak rámcově dva- tři dny je tam rozpětí, které lze vyčkat. Ale vzhledem k tomu, že mají skutečně naobjednané, naplánované operace, nemohou si dovolit ho tam mít déle. Ale samozřejmě je-li klient indikován na toto oddělení, tak ho nepropustí, ale nemůže tam být například dalších deset dní, je-li rámcově stabilní dle jejich poměrů. Tedy zde se musí více striktně dbát na dodržení termínu propuštění, který je stanoven.

Na „internách“ je ale situace jiná, tam se nachází spousta chronických onemocnění a zde se může zdát, že se klient stabilizuje a najednou v den propuštění se opět zhorší, něco se přihodí apod. Napříč nemocnicí si ale povolání zdravotně sociálního pracovníka váží, protože lékařům význačnou měrou pomáhají, aby docházelo k nepřetržitému toku klientů, a to vše je opatřeno bezpečně. Ale zároveň je vše zařízeno včas a zajistí klientům všechny služby jak terénní, tak i lůžkové a spolupráce je opravdu hodně úzká. Lékaři zdravotně sociálního pracovníka skutečně potřebují a je to evidentní pro všechny zúčastněné. A všichni týmoví pracovníci vědí, že jsou neoddělitelnou součástí pracovního týmu stejně jako například nutriční terapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut apod.

Je to sice již na hodně dobré cestě, ale s tím, že vždycky jsou nějaké rezervy, na kterých je potřeba pracovat. Zde konkrétně míněno ze strany doktorů zlepšovat. Ono je to také samozřejmě hodně o konkrétních lidech, o lidských zdrojích, o tom, kdo se rozhodne jít studovat medicínu a léčit ve svém životě lidi, ale asi tak prý z 90% to dle paní Dagmar Martínkové funguje a lékaři si cení zdravotně sociálních pracovníků a jsou pro ně rovnocenným pomocníkem při procesu propuštění.

O toto vše se v ÚVN stará sedm zdravotně sociálních pracovníků s tím, že každý má na starosti různá oddělení dle obtížnosti, dle spektra pacientů. Interní lůžka má například jeden pracovník, protože tam vyžaduje zdravotně sociální péči většina pacientů, ale na jiných odděleních méně, takže pak takovýto zdravotně sociální pracovník může mít na starosti třeba tři nebo i pět oddělení najednou, protože tam nemá tolik náročnějších pacientů, kteří ho potřebují.

V ÚVN je celkem 750 lůžek na těchto sedm pracovníků, tedy jeden pracovník má průměrně na starosti 100 lůžek, což v tuto chvíli odpovídá, je to slušný stav, dle slov paní Martínkové, protože všech 100 klientů přímo nevyžaduje jejich pomoc.

## 7.6 Vzdělání a kvalifikační příprava

Tito ostatní zdravotně sociální pracovníci v ÚVN mimo paní Bc. Martínkovou mají například, konkrétně sociální pracovník Martin, vystudovanou VOŠ sociální a nebyl by tedy zdravotně sociální nelékařský zdravotník, proto si v Brně doplnil specializační studium, kde mu dodali potřebné zdravotní vzdělání a pak automaticky také dostal právě osvědčení od ministerstva zdravotnictví, jak jsem též popsala výše. Jinak to ovšem zákon č. 96/2004 Sb. nedovoluje. To znamená konkrétně, že to nefunguje naopak, že zdravotní sestry musí dostudovat například sociální VOŠ. Pro ně není určeno toto specializační studium. Ovšem ale již existují celkem nově komunitní zdravotní sestry, přesněji akreditované pomaturitní specializační studium komunitní sestra, sestra v komunitní péči zaštitěný ministerstvem zdravotnictví, která má spoustu kompetencí pro styk s veřejností a zajišťování služeb a tak podobně, kdy některé úkony mohou dělat stejně jako zdravotně sociální pracovník, kupříkladu provádějí komplexní šetření.

## 7.7 Pracovní podmínky zdravotně sociálního pracovníka - práce pod tlakem

Dále jsem se zaměřovala na tlak kladený na zdravotně sociální pracovníky. Podle paní Bc. Martínkové jsou na pracovníky kladeny skutečně veliké tlaky a často. A to hlavně tlak ze strany lékařů, aby klient svým pobytem nepřekročil počet „lůžkodnů“, v případě, kdy je stabilizován.

Veliký tlak je kladen i ze strany rodiny, a to proto, že je stále deficit v kvalitní informovanosti klienta i rodiny ze strany lékařů. Rodina si totiž v závislosti na této špatné informovanosti nárokuje lůžkové zařízení, které neodpovídá onemocnění či prognóze, kterou klient má. Zdravotně sociální pracovník nesmí informovat rodinu o zdravotním stavu klienta. To přísluší pouze lékařům. Když je tedy klient například v terminálním stádiu onemocnění, umírá a lékař rodině alibisticky neřekne skoro nic, rodina potom po zdravotně sociálních pracovnících žádá, aby jim zajistili aktivní rehabilitaci. Takže to znamená, že chtějí po zdravotně sociálních pracovnících zaříditi absolutní nepoměr a oni jim mohou říci maximálně to, že jejich blízkému není úplně indikována aktivní rehabilitace, ať si dojdou za lékařem (vidí, že zde neproběhla správná informace) a ať on jim řekne, jako jediný kompetentní, diagnózu a prognózu jejich blízkého. Zdravotně sociální pracovníci sice vědí, jakou konkrétní diagnózu klient má, dokonce to musí vědět, aby správně odhadli další následnou péči, jinak by nemohli

situaci dobře posoudit. I proto jsou právě v zákoně č. 96/2004 Sb., aby mohli nahlížet do dokumentace, protože klasický sociální pracovník nesmí do této dokumentace nahlížet.

Lékaři vidí, že rodiny se velice často hrouť po zjištění negativní informace o jejich blízkém, což je samozřejmě pochopitelné, i proto dosti poskytují informace na chodbách a za letu a nic konkrétního blízkým raději neřeknou a i z tohoto důvodu je právě pravdivá informovanost v nemocnicích stále deficitní záležitostí, místem, kde se nacházejí rezervy. Správně by se mělo jednat o empatickou, ale pravdivě řečenou prognózu, diagnózu, i proto, aby mohl zdravotně sociální pracovník lépe navázat na komunikaci jak s klientem, tak i s rodinou a aby tím byl zajištěn hladký průběh procesu propouštění. Protože tímto se celý proces jen prodlužuje. Rodina řekne, že tento druh služby absolutně pro blízkého odmítá, protože se špatně domnívají, že je jejich blízký schopen rehabilitace, i když prognóza je velmi špatná a zdravotně sociální pracovníci je musí opět poslat za lékařem a celé kolo se opakuje. Jedná se o jakýsi začarovaný kruh, ze kterého by se mělo dle paní Dagmar Martínkové vykročit. V tomto směru je ze zdravotnické sféry směrem ke sféře sociální stále co zlepšovat.

Dále je ze směru rodiny ještě kladen tlak i z jiné strany. Zde jde o to, že na základě sdělené informace, že například jejich tatínek včera ještě chodil a dnes už se nepostaví na nohy a že je tato informace, zdá se být definitivní, se rodiny plně emocí posílají za zdravotně sociálními pracovníky a u nich si to rodina tzv. „vyventiluje“. S tím si zdravotně sociální pracovníci musí umět poradit. Záleží samozřejmě na osobnosti pracovníka, aby uměl pochopit tu situaci, ale aby si také vymezil hranice, kam až rodina na něho může. Proto by pracovník měl na sobě pracovat, aby tuto situace zvládal. Blízcí se buď, jak jsem již psala výše, hrouť a pláčou, nebo jdou také ovšem do agrese a to jak slovní, tak i fyzické. Ve většině případů se jedná o stresovou reakci na zjištěnou změnu stavu blízkého, kdy je rodina představena před novou situací a neumí si s ní poradit, a proto je více než dobré, aby to zdravotně sociální pracovník uměl s lidmi a dovedl je postupně k tomu, aby spolupracovali a aby rodinu provázel a podporoval.

Ze strany klienta je kladen tlak, pokud je jednostranně indikován na lůžkovou následnou péči, je ležící a plně závislý na péči druhých a rozhodne se, že chce do domácího prostředí. Poté se musí uskutečnit vyšetření psychiatrem, který zjistí, zda je klient schopen náhledu na situaci, a v případě, že ano, umožní mu to pracovníci, protože on je expertem na svůj život. Zdravotně sociální pracovníci mu samozřejmě zajistí všechny

potřebné terénní služby. Ovšem existují i tací, kteří odmítnou veškeré nabízené služby. I zde proběhne vyšetření psychiatrem, a pokud se ukáže, že je klient zcela lucidní, tak se mu to opět umožní. Ale pracovníci si nechají podepsat papír o tom, že klient byl poučen o rizicích a možnostech služeb a i tak veškerou pomoc a podporu odmítá. Na to má též plné právo.

Další problematika, která mě zajímala a kterou jsem zmiňovala v teoretické části, byla otázka toho, jak to funguje se sociální prací v nemocnicích, pokud je hospitalizován někdo, kdo nemá kartičku zdravotní pojišťovny, někdo, kdo si neplatí zdravotní pojištění. Zda i těmto klientům se zdravotně sociální pracovníci věnují, či nikoli. Oповězeno mi bylo v tom smyslu, že je tato informace vlastně vůbec nezajímá. Zdravotně sociální pracovníci nedělají rozdíly v tom, zda je jejich klient bez domova či nikoli. To je totiž věc pojišťovny. Oni je zabezpečí úplně stejně jako ostatní klienty. Pokud potřebují následnou péči, tak se zajišťuje napříč republikou do LDN, které se neplatí, tedy do státních LDN, kde je volné lůžko zdarma. Pojišťovna za klienta bez přístřeší nemocnici stejně zaplatit nakonec musí. V reálu to chodí tak, že se i z tohoto klienta snaží peníze „dostat“, což se nakonec nepodaří a poté je pohledávka placena z plateb pojištěnců. Ale zdravotně sociálním pracovníkům jde o bezpečné propuštění, stejně jako u jakéhokoli klienta.

Práce s rodinou klientů je asi tak v necelých dvou třetinách v pořádku. To znamená, že rodina s pracovníky spolupracuje, zajímá se o situaci blízkého apod. Práce s menší částí rodin, obvykle s jednou necelou třetinou, probíhá s mírnými problémy. Se zbytkem rodin je spolupráce velmi špatná. Buď je blízký vůbec nezajímá, nebo nerespektují různá rozhodnutí, minimálně spolupracují, oddalují situaci atd.

Spolupráce je s rodinami celkově také čím dál tím horší v tom smyslu, že rodiny jsou stále více legislativně informované a to napříč všemi právy - lidskými, občanskými apod. Rodiny znají, jaké jsou postupy při stěžování, tím pádem je rámcově na celou nemocnici stále více stížností, jejich počet pořád narůstá, i když nepodložená statistika stížností, protože rodiny mají velmi dobře zmapovaná práva, ale povinnost starat se například o své nemohoucí rodiče už je dodržována méně.

Práce se samotnými klienty je různá, liší se osobnostně klient od klienta. Velkou měrou také práci s klienty ovlivňuje jejich nemoc. Všeobecně klienti snahu mají, ale spousta klientů je tak nemocná, že sice spolupracují, ale řada z nich svou situaci taky řešit

nechce, nechá to na rodině a ve výsledku jen podepíše důležité papíry. Řada klientů též trpí demencí, nebo se nachází v terminálním stádiu, pracovníci také spolupracují s psychiatrickými pacienty, alkoholiky, s lidmi se závislostí, kteří nechtějí nebo nemohou svoji situaci řešit.

## 7.8 Spolupráce se sociálními službami mimo nemocnici

Návaznost na sociální služby je špatná, protože na všechny sociální služby je dlouhodobý pořadník, takže pracovníci nejprve zajišťují především následnou péči lůžkovou, tedy zdravotní lůžka jako je LDN nebo ošetřovatelská lůžka s tím, že člověk si čeká na zařízení sociální péče, jak již vyšlo najevo v první části mé práce dle slov pana O. Matouška či K. Kalvacha. Pouze minimálně se z nemocnic někdo dostane rovnou do zařízení sociální péče. Vlastně často ani ten klient není ještě plně zdravotně stabilizován. Klient se potřebuje ještě dostabilizovat a sociální služba pobytová potřebuje skutečně již zdravotně stabilizovaného klienta.

Pokud se člověk předá domů s terénními službami, tak jsou pracovníci se službou domluveni, že v případě jakýkoli problémů jim služba zavolá, že nastaly komplikace. V případě následné péče se nezjišťuje po předání dál nic dalšího v důsledku velkého množství počtu.

Paní D. Martínková si osobně dělá jednou za rok statistiku, která vypadá tak, že si obvolá vzorek padesáti osob, zavolá padesáti rodinám, blízkým a zjišťuje si zpětné vazby na různá zařízení, kam se její klienti z nemocnice dostávají. Tak si například rozšiřuje obzory v tom, jak je která následná péče kvalitní.

## 7.9 Statistická data

Ze statistiky vyplývá například i to, že v roce 2013 se zajišťovalo 39 sociálních pohřbů, či že byla poskytnuta sociální péče 11 klientům bez domova nebo že průměrný věk klientů oddělení sociální péče a domova se zvláštním režimem, které jsou zřízeny nemocnicí, činil v roce 2013 v ÚVN 89 let. Pro lepší přehled přikládám část statistik z roku 2013, kde je vidět, jak jsem popsala výše, že interní klinika má nejvíce pacientů, kteří potřebují služby zdravotně sociálních pracovníků a že 80% klientů jsou geriatričtí klienti, a také to, že se počet klientů stále zvyšuje.

<b>Celkový počet nahlášených pacientů</b>	<b>1528</b>
<b>Pacienti s potřebou následné lůžkové péče</b>	<b>836</b>
<b>Pacienti s potřebou homecare či pečovatelské služby</b>	<b>261</b>
<b>Pacienti s potřebou poradenství</b>	<b>205</b>

<b>Spektrum pacientů</b>	
<b>Interní klinika</b>	<b>754</b>
<b>Ortopedie</b>	<b>238</b>
<b>Neurologie</b>	<b>211</b>
<b>Chirurgie</b>	<b>111</b>
<b>Emergency</b>	<b>101</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>31</b>
<b>DIOP</b>	<b>21</b>
<b>Kožní odd.</b>	<b>15</b>
<b>ORFM</b>	<b>10</b>
<b>Urologie</b>	<b>9</b>
<b>Oční kl.</b>	<b>4</b>
<b>ORL</b>	<b>3</b>
<b>Gynekologie</b>	<b>2</b>

### Srovnání počtu nahlášených pacientů (2009 - 2013)

<b>Rok 2009</b>	<b>780</b>
<b>Rok 2010</b>	<b>1275</b>
<b>Rok 2011</b>	<b>1417</b>
<b>Rok 2012</b>	<b>1458</b>
<b>Rok 2013</b>	<b>1528</b>

### Spektrum zařízení následné péče

<b>Lůžka následné péče ÚVN</b>	<b>260</b>
<b>LDN Chittussiho - státní</b>	<b>139</b>
<b>P9 - Na Moravině</b>	<b>22</b>
<b>LDN Podbořany</b>	<b>26</b>
<b>LDN Roztoky</b>	<b>8</b>
<b>LDN Třebotov</b>	<b>16</b>
<b>P6 - Boromejky - LDN lůžka</b>	<b>51</b>
<b>LDN Chittussiho - soukr.</b>	<b>29</b>
<b>LDN Motol</b>	<b>29</b>
<b>Klinika Na Košíku</b>	<b>9</b>
<b>Hospice</b>	<b>28</b>
<b>Následná RHB zařízení</b>	<b>119</b>
<b>Ostatní</b>	<b>39</b>

### Následná péče ÚVN – 2013

#### LDN ÚVN

<b>Příjmy pacientů celkem</b>	<b>161</b>
<b>Pacienti z akutních lůžek</b>	<b>151</b>
<b>Pacienti externí</b>	<b>10</b>

## Propuštění pacientů z LDN

<b>Domácí péče</b>	<b>71</b>
<b>OSP ÚVN</b>	<b>11</b>
<b>Soc. lůžka Praha 6</b>	<b>8</b>
<b>Domov pro seniory</b>	<b>12</b>
<b>Následná RHB zařízení</b>	<b>4</b>
<b>Akutní lůžka</b>	<b>38</b>
<b>Jiná zařízení</b>	<b>5</b>

### 7.10 Propojenost rezortů v reálných podmínkách

Propojenost zdravotní a sociální oblasti je v začínající fázi, jak se ukazuje dle slov paní Bc. Martínkové. Služeb je sice hodně, jak zdravotních terénních, tak i sociálních terénních, ale ještě stále nejdou správně zkoordinovat a hlavně jsou nastaveny obrovské platby za péči člověka v domácím prostředí, a proto často přesun klienta skončí na lůžkách, než aby si ho rodina vzala domů, protože není schopna pokrýt náklady na sociální péči terénní, která se platí 100 - 130 Kč na hodinu. Klient může mít například demenci, takže pobírá pouze 4000 Kč příspěvek na péči, protože se ještě ustrojí, je mobilní, ale rodina s ním musí být neustále, kdyby například utekl apod. Navíc se k demenci váže agresivita jak verbální, tak brachiální. Takže takovýto klient potřebuje péči 24 hodin denně, což není finančně možné.

Čili dochází k propojování, všichni lidé na ministerstvech již pochopili, že musejí spolu spolupracovat, ale stále to není zcela zkoordinováno. I například zajištění pečujících lidí, což je pořád předmětem dalších řešení a řízení, odměna pečovatele nad rámec příspěvku atd. Je tedy řada služeb, ale na všechny je nesmírně dlouhý pořadník a to hlavně konkrétně v regionu Praha.

Co se ukazuje jako funkční, je existence zdravotně sociálních služeb, zdravotních lůžek a sociálních lůžek. Vzájemně se snaží akceptovat, ale pokud je klient na zdravotním lůžku následné péče na LDN, pojišťovny „křičí“, proč již klient není v sociální službě pobytové. Odpovědí se dostane, že v sociálních pobytových službách není místo a tak pojišťovny vyhrožují sankcemi, protože zdravotní lůžka mají klienta, kde již není indikováno zdravotní lůžko, ale naopak sociální lůžko, jako je například domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a zase se pohybujeme v začarovaném kruhu.

## 7.11 Hodnocení a perspektiva

V posledních letech se k lepšímu změnila komunikace s úřady, komunikace se sociálními službami, vznik nácvikových kurzů pro pečující, hospicová domácí terénní péče, stále specializovanější kompenzační pomůcky, které též velkou měrou přispívají ke zlepšení péče v domácím prostředí. Opravdu spousta možností už dnes je, opět dle slov paní Dagmar Martínkové, jen by se vše ještě mělo systémově lépe vymyslet a provázat. Dalším zlepšením jsou třeba i jednání u tzv. kulatého stolu na téma podpora laických pečovatелů, která probíhají v rámci projektu MPSV. Už jen to, že se začíná uvažovat o tom, že pakliže nastane domácí péče, musí být odměněn pečovatel, musí mít nějaké výhody, aby si mohl dovolit zůstat se svým blízkým doma a tak podobně. To vše jde dopředu, i to, že spolu ministerstva víc komunikují, uvědomují si tu propojenost, provázanost, ta cesta je zde jasně naznačena a jde pozitivním směrem.

Otázka toho, jak by to zřejmě vypadalo, kdyby zdravotně sociální pracovníci nebyli a jak to třeba vypadá v jiných nemocnicích, kde nejsou zdravotně sociální pracovníci, zakončila mé dotazy na paní Bc. Martínkovou a odpovědí mi bylo, že by docházelo k dlouhodobým pobytům na akutních lůžkách, docházelo by k nekvalitnímu propouštění bez zabezpečení atd.

Naštěstí už dnes snad všude zdravotně sociální pracovníci jsou, ale existují i nemocnice, kde je pouze jediný sociální pracovník na celou nemocnici, kde tedy tím pádem jsou propouštění více klienti domů bez bezpečného zajištění, protože pouhý jeden zdravotně sociální pracovník je opravdu přetížen, když je na celou nemocnici sám a ani si mnohdy absolutně nemůže dovolit vzít si dovolenou apod.

## 7.12 Závěr, shrnutí a finální diskuse výzkumu

Díky tomuto výzkumu jsem zjistila, že se většina teorie shoduje s praxí, a to jak ve smyslu pozitivním, tak i negativním. Znamená to tedy sice jednak například to, že mnou zkoumaný vzorek splňuje kritéria o kvalifikační přípravě zdravotně sociálních pracovníků, ale také se potvrzuje teorie Zdeňka Kalvacha, že je na pracovníky kladen veliký tlak, jak ze strany lékařů, tak ze strany rodiny a že pacienti zůstávají bohužel na nemocničních lůžkách déle, než je nezbytně nutné, ať už je to z důvodu nedostatečných míst v zařízení sociální péče či z důvodu jiného.

Jak jsem popsala v kapitole 7.4 běžný pracovní den zdravotně sociálních pracovníků, tak se opět shoduje s tím, co se nachází v legislativě týkající se činnosti zdravotně sociálních pracovníků.

Dále také v ÚVN probíhá screeningové šetření, podobné tomu, které stálo na počátku 21. století ve středu výzkumu J. Šimka, J. Chlumecké a M. Kolínové.

Co se mi ovšem ve výzkumu neprokázalo je to, že by Česká republika měla tzv. dle M. Trčkové velmi neformální propouštění klientů. To může být způsobeno zaprvé kvůli tomu, že článek M. Trčkové, ač byl na svou dobu velmi vyspělým, je nyní již celkem dřívější, a to by znamenalo v oblasti této problematiky za poslední roky obrovský pokrok směrem k lepšímu. Druhý důvod může být ten, že jsem prováděla výzkum kvalitativní, a to znamená, že můj vzorek nebyl příliš rozsáhlý, co se počtu týká, a tak se výsledky mého výzkumu nedají převést ani například na oblast celého hlavního města Prahy, natož celé České republiky, což by znamenalo pouhé zjištění, že neformální propouštění se nekoná výlučně jen na všech odděleních ÚVN, ovšem jak je tomu jinde, z výzkumu patrné není.

Též bylo prokázáno, že v ÚVN plně funguje proces plánovaného propouštění, které začíná již dnem přijetí a často končí ještě závěrečným obvoláváním blízkým bývalých hospitalizovaných klientů.

Z výzkumu také vyplývá, že by se měl zlepšit přístup lékařů a to ani ne tak v pozici ke zdravotně sociálním pracovníkům, ale směrem ke komunikaci, ke kvalitní informovanosti rodiny a klienta, co se konkrétně týká pravdivé informovanosti o klientovi diagnóze.

Role zdravotně sociálních pracovníků, jak je z výzkumu patrné, je skutečně nenahraditelná. Zde opět shledávám shodu s praxí s tím, co se nachází v literatuře píšící o této problematice.

Navíc z výzkumu plyne informace taková, že nejvíce potřební jsou zdravotně sociální pracovníci v praxi na interní klinice.

Dále bylo zjištěno, že v ÚVN není příliš mnoho lůžek na jednoho zdravotně sociálního pracovníka, jak píše I. Kuzníková, nýbrž je zde tento stav počtu slušný.

Jak jsem si původně myslela, či spíše, jak jsem dříve chápala z knih, které jsem ohledně tématu četla, měla jsem ten dojem, že následná péče je jednak zdravotní a jednak sociální. Tedy samozřejmě, že skutečně existují obě tyto varianty následné péče, ale v praxi je to tak, že naprostá většina klientů z akutní léčby jde do následné péče zdravotní, nikoli sociální. To je z důvodů, jak jsem již vysvětlila především kapacitních, ale také proto, že klienti, a to především starší klienti, se potřebují ještě dostabilizovat, což poskytuje následná péče zdravotní a ne služba sociální pobytová, ve které se nachází skutečně již klienti zdravotně stabilizováni.

Návaznost služeb terénních, tím myslím, pokud se klient z akutního lůžka dostane do svého přirozeného sociálního prostředí je na tom sice lépe než, jak jsem popsala nesnáze o odstavec výše, ale též i zde je stále co zlepšovat. Terénních služeb je aktuálně mnoho, ale musí se ještě líp zkoordinovat, a to jak finančně, tak i celkově systémově.

Cílem výzkumu bylo jednak porovnat teorii z odborných publikací, legislativy a časopisů s praxí, jednak popsat jestli, a jak v praxi probíhá proces plánovaného propouštění. Rovněž zjistit, jaká je role zdravotně sociálních pracovníků v tomto procesu a v čem konkrétně spočívá, jak funguje propojenost rezortů a návaznost z akutní do následné péče. Mým úkolem bylo nashromáždit spoustu faktů o mnou zvoleném jevu, zjišťovat, jaké skutečnosti se vykonávají v oblasti mnou zvoleného tématu, a jsem velice ráda, že jsem si zvolila právě tuto metodu, protože ji zpětně pokládám za velmi funkční. Výpovědi paní Dagmar Martínkové byly vyřčeny přímo v přirozeném prostředí zdravotně sociálních pracovníků, a i proto její tvrzení byla specifická a osobitá a v budoucnu bych opět volila stejnou techniku, tedy hloubkový rozhovor.

## Závěr

V této práci jsem si kladla za cíl charakterizovat průnik a provázanost sociální a zdravotní sféry a to zejména, přednostně a primárně z hlediska procesu plánovaného propouštění klientů z akutních lůžek nemocnic do služeb následných. Proto jsem v práci psala nejprve o potížích, které jsou zapříčiněny nedostatkem propojenosti těchto dvou sfér, a to jak z pohledu minulého, tak i současného. Dále jsem se v teoretické části zásadní měrou zaměřila na zdravotně sociálního pracovníka, který zastává hlavní roli v této propojenosti.

Zdravotně sociální pracovníci se snaží maximálně věnovat řešení situací jejich klientů. I z tohoto důvodu jim nezůstává čas na předložení, představení jejich práce a na zpracování odborných textů. Jejich práce, píle, námaha a snaha tak není dostatečně viditelná pro širokou jak laickou, tak i profesionální veřejnost.<sup>108</sup> Myslím si, že je tomu skutečně tak, už i z toho důvodu, že je málo odborné literatury, ze které jsem i já mohla čerpat na toto téma. Možná líp řečeno, ráda bych viděla ještě více různých uspořádaných konferencí, seminářů, diskusí apod. týkající se této důležité problematiky. I proto jsem se rozhodla o tomto tématu psát a jsem moc ráda, že se tak skutečně stalo. Tato práce mi mnohé dala, otevřela mi oči a donutila se zamyslet se nad touto problematikou ještě o trochu víc, než tomu bylo doposud.

Vycházela jsem tedy z těch podkladů, které jsou aktuálně k dispozici například v Národní lékařské knihovně či v knihovně na Evangelické teologické fakultě nebo v jiných pedagogických, městských a dalších knihovnách.

Svou výzkumnou část jsem zaměřila na Ústřední vojenskou nemocnici v Praze, kde jsem byla během svého bakalářského studia na praxi a konkrétně jsem zde provedla hloubkový rozhovor s vedoucí zdravotně sociální pracovnící, která mi ochotně odpovídala na všechny mé dotazy do té doby, než byl můj sběr dat nasycen.

Díky této práci jsem mohla opět zavítat na oddělení zdravotně sociálních služeb v ÚVN a opět si potvrdit, že je tato nemocnice skutečně kvalitní a že povolání zdravotně sociálního pracovníka je nesmírně těžké a krásné zároveň a najisto bych všem budoucím studentům sociální práce chtěla doporučit praxi zde u paní Dagmar

---

<sup>108</sup> KUZNÍKOVÁ, Iva, ref. 1, s. 11.

Martínkové, což je žena s velikým srdcem na pravém místě, které skutečně záleží na tom, co se s jejími klienty v budoucnu stane.

Další přínos to pro mě má ten, že stále uvažuji o tom, že si v budoucnu dodělám jednoletý kurz v Brně, o kterém jsem psala ve své práci a možná se jednou také stanu zdravotně sociální pracovnící po vzoru těch, které jsem měla možnost sledovat po dobu svých vysokoškolských let.

Zásluhou sepsání této práce vyplynulo, co by se mělo ohledně okruhů témat zde probraných zlepšit do budoucna k lepšímu, což se domnívám či minimálně pevně doufám, že se tak stane, že tomu tak bude, protože jak ještě jednou zmíním, z výzkumu vyšlo, že jsou tu již náznaky toho, že si celá společnost uvědomuje onu provázanost a cesta v této oblasti směřuje bohudík směrem pozitivním.

## Seznam použité literatury

BRABCOVÁ, Iva a Jitka VACKOVÁ. *Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. KONTAKT: časopis pro ošetřovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství a porodní asistence, katedra sociální práce, 4/2013, [cit. 2016-06-29]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4-2013/1084-koncepce-deseti-socialnich-determinant-zdravi>

*Často kladené otázky a odpovědi.* In: Oddělení následné péče [online]. Bílovecká nemocnice, a.s. 2016 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: <http://cms.nvb.cz/www/cl-830/249-casto-kladene-otazky-a-odpovedi-faq/12058-jak-dlouho-muze-byt-pacient-hospitalizovan/>

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

Domácí hospic Cesta domů. *Cesta domů* [online]. 2016 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html>

Důchodové pojištění. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Na Poříčním právu 1: Odbor sociální a rodinné politiky [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3>

*Etický kodex sociálních pracovníků České republiky.* In: Společnost sociálních pracovníků ČR, 1995.

*Evropská charta pacientů seniorů.* In: Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně: Mezinárodní gerontologické asociace - Evropská oblast, 1999.

Charita Česká republika. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2013 [cit. 2016-07-14]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Charita\\_%C4%8Cesk%C3%A1\\_republika](https://cs.wikipedia.org/wiki/Charita_%C4%8Cesk%C3%A1_republika)

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. Dot. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-662-5.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

Komu je domácí zdravotní péče určena. *Centrum domácí péče* [online]. Home Care Services & Supplies [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [http://www.homecare.cz/pac\\_komu.html](http://www.homecare.cz/pac_komu.html)

KRÁLOVÁ, Jaroslava a Kateřina IVANOVÁ (eds.). *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům ve zdraví a nemoci*: sborník. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0696-9.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

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

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Psychosociální aspekty zdraví a nemoci* [online]. Ostravská univerzita v Ostravě, 2013 [cit. 2016-07-11]. ISBN 978-80-7464-470-2. Dostupné z: [http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS\\_Kuznikova\\_Psychosocaspekty.pdf](http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf)

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

MARTÍNEK, Michael. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-2-6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

Mimořádná okamžitá pomoc. *Integrovaný portál MPSV* [online]. [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/pomoc>

Nemocenské pojištění 2016. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Na Poříčním právu 1: Odbor sociální a rodinné politiky [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7>

PALA, Karel a Jan VŠIANSKÝ. *Slovník českých synonym*. 3. dopl. vyd. Praha: Lidové noviny, 2000. ISBN 978-80-7106-450-3.

Popis časopisu. *PERIODIK: časopis Praktický lékař* [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně [cit. 2016-07-13]. Dostupné z: <http://www.periodik.cz/predplatne/casopis.php?akce=titul&titul=966>

*ROZDÍL MEZI OSOBNÍ ASISTENCÍ A PEČOVATELSKOU SLUŽBOU* [online]. 2010 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [http://www.zpravodaj.krumlov.cz/index.php3?page=showdetail&cid=web\\_4be42b3476329](http://www.zpravodaj.krumlov.cz/index.php3?page=showdetail&cid=web_4be42b3476329)

REZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakl., 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 8085850001.

Sazba pojistného na zdravotní pojištění. *Zdravotní pojištění zaměstnanců* [online]. Finance media a.s., 2016 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/dane-a-mzda/mzda/odvody-socialniho-a-zdravotniho-pojisteni/zamestnanci-zdravotni-pojisteni/>

Sazba pojistného. *Sazby pojistného z vyměřovacího základu činí:* [online]. Česká správa sociálního zabezpečení, 2015 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni/vyse-a-platba-pojistneho/sazba-pojistneho.htm>

Státní rozpočet České republiky na rok 2014. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016 [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1tn%C3%AD\\_rozpo%C4%8Det\\_%C4%8Cesk%C3%A9\\_republiky\\_na\\_rok\\_2014](https://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1tn%C3%AD_rozpo%C4%8Det_%C4%8Cesk%C3%A9_republiky_na_rok_2014)

Státní sociální podpora. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Na Poříčním právu 1: Odbor sociální a rodinné politiky [cit. 2016-07-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2>

Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M. *Problém propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice*. Praktický lékař, 2003, roč. 83, č. 6. ISSN 0032-6739.

Šimek, J., Chlumecká, J., Kolínová, M. et al. *Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný i organizační problém*. Praktický lékař, 2004, roč. 84, č. 5. ISSN 0032-6739.

Trčková, M. *Propouštění geriatrických pacientů z akutních lůžek nemocnic*. Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí, Sborník konference, Praha: Galén 2000, 142 s. ISBN 80-86257-21-5

*Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, ve znění pozdějších předpisů

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů

*Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů*

*Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících, ve znění pozdějších předpisů zákonů*

*Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů*

*Zdravotně sociální služby ÚVN. In: Pro pacienty [online]. 2015 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z:*

*[https://www.uvn.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2247&Itemid=1231&lang=cs](https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2247&Itemid=1231&lang=cs)*