

Sociální lůžka – fenomén České Republiky

Hana Malaníková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana Malaníková**
Osobní číslo: **H16138**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální lůžka – fenomén České republiky**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce ve zdravotnickém zařízení a problematiky sociálních lůžek.

Realizace kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných informací, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ELICHOVÁ, Markéta. Sociální práce: aktuální otázky. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

OLÁH, Michal, Ján HUČÍK, Alena HUČÍKOVÁ, et al. Sociálna práca v praxi: (najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce). Bratislava: Iris, 2016. ISBN 978-80-89726-58-5.

PAYNE, Malcolm. Modern social work theory. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014. ISBN 978-0-230-24960-8.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Lucia Elsner, PhD.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

L.S.

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

Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně16.5.2019.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je komparace sociálních lůžek ve vybraných zdravotnických zařízeních ve Zlínském kraji z hlediska kapacity, prostor, složení personálu a využívaných metod a technik sociální práce s klientem. Na začátku autorka vymezuje sociální práci ve zdravotnictví, mapuje vývoj sociální práce (ve zdravotnictví) na našem území i ve světě a prezentuje současný stav. Následně se zaměřuje na sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, jeho fungování v rámci multidisciplinárního týmu a využívání metod a technik sociální práce ve zdravotnickém zařízení. V neposlední řadě popisuje sociální služby a konkretizuje je na sociální lůžka.

V praktické části byly na základě výsledků polostrukturovaných rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníci, vlastního strukturovaného pozorování a studiem materiálů vytvořeny případové studie (kazuistiky) vybraných zdravotnických zařízení ve Zlínském kraji. Tyto byly mezi sebou komparovány. Na základě těchto srovnání vznikla doporučení pro praxi.

Klíčová slova: multidisciplinární zdravotnický tým, sociální práce ve zdravotnictví, sociální lůžka

ABSTRACT

The aim of this bachelor thesis is comparison of social beds in selected medical facilities of Zlín region in terms of capacity, space, staff composition and methods used in social work with client. In the beginning authoress defines social work in health service, maps its development in our country and in the world and presents its current state. Then focuses on social worker in medical facility, his functioning in multidisciplinary team and using methods and techniques of social work. Last but not least describes social services and concretizes them to socials beds.

In practical part, there are created case studies from selected medical facilities in Zlin region based on results from semistructured interviews with medical-social workers, own structured

observation and document studies. These studies were then compared. Offered recommendations for practice were based on the comparisons.

Keywords: multidisciplinary health care team, social work in health care, social beds

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Lucii Elsner, PhD., za odborné vedení, podnětné rady při tvorbě této bakalářské práce. Poděkování patří rovněž všem zdravotně-sociálním pracovnícím z vybraných zdravotnických zařízení, které se mnou v rámci mého výzkumu spolupracovaly a pomohly mi je realizovat. A v neposlední řadě patří díky rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	11
1.1 DEFINICE SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	11
1.2 HISTORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	13
1.3 SOUČASNÝ STAV V OBLASTI SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	16
2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	19
2.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	20
2.2 ROLE A KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	22
2.3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	24
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	26
3.1 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	27
3.2 DEFINICE SOCIÁLNÍCH LŮŽEK JAKO VYBRANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	28
3.3 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ VE ZLÍNSKÝ KRAJ.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 CHARAKTERISKA VÝZKUMU	32
4.1 CÍL VÝZKUMU.....	32
4.2 METODA VÝZKUMU	32
4.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU	34
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	34
4.5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	35
4.6 KOMPARACE VYBRANÝCH SOCIÁLNÍCH LŮŽEK VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	46
4.7 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	48
5 ZÁVĚR.....	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

S platností od 1. 1. 2007 nabyt v České republice účinnost zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Přinesl se sebou celou řadu změn a inovací v systému poskytování sociálních služeb. Jednou z takových novinek byl vznik nové sociální služby, a to Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (sociální lůžka), který byl zařazen, do již zmiňovaného systému sociálních služeb. Tím to krokem měl být vytvořen meziprostor při čekacích lhůtách na terénní anebo pobytové zařízení sociálních služeb. Tato služba je totiž určena osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou proto být propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče.

V průběhu výkonu odborné praxe ve zdravotnických zařízeních jsme zjistili velké rozdíly v poskytování výše uvedené sociální služby. Právě to vedlo k impulsu zaměřit bakalářskou práci na téma sociální lůžka. Na dalších praxích jsme se cíleně zaměřovali na podrobnější poznání této sociální služby, a to zejména prostřednictvím rozhovorů se sociálními pracovníci, studiem standardů, dokumentů vztahujících se k dané službě zdravotnického zařízení a vlastním pozorováním.

V první kapitole teoretické části vymezujeme základní pojmy související s daným, abychom lépe pochopili sociální práci ve zdravotnických zařízeních. Definujeme sociální práci ve zdravotnickém zařízení, dále mapujeme vývoj sociální práce, jak na našem území, tak v zahraničí. A tuto část ukončujeme monitorováním současného stavu na poli sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Druhá kapitola je zaměřena na práci sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení. Zabývá se jeho postavením v multidisciplinárním týmu, co do něj přináší, jaké zastává role a kompetence ve zdravotnickém zařízení, jaké metody sociální práce jsou využívány pro oblast zdravotnictví. V poslední kapitole teoretické části se zabýváme základním přehledem sociálních služeb v České republice. Legislativním rámcem sociálních služeb, definujeme zkoumanou sociální službu sociální lůžka. V závěru této části je sestavena tabulka poskytovatelů sociálních lůžek ve Zlínském kraji.

V praktické části práce objasňujeme zvolenou metodu, zabýváme se volbou techniky sběru dat, vymezují jednotku zkoumání, popisují časový harmonogram výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

V úvodní kapitole bakalářské práce vymežíme pojem sociální práce ve zdravotnictví, poukážeme na její specifika, která budou oporou pro další kapitoly. Dále v této kapitole zmapujeme vývoj sociální práce ve zdravotnictví u nás i ve světě. Závěrečná část bude věnována současnému stavu v oblasti sociální práce ve zdravotnictví. Jelikož je tato kapitola zaměřena na sociální práci ve zdravotnictví měli bychom jasně formulovat pojem zdravotnictví, zdravotnické zřízení, klient a pacient.

Zdravotnictví se zabývá v první řadě prevencí, podporou zdraví a prodloužováním života, prostřednictvím celospolečenského úsilí. Cílem je pozitivně ovlivňovat veřejné zdraví a vést co nejdelší, kvalitní a zdravý život (Vurm, 2007, s. 12).

Zdravotnickým zařízením dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotnických službách), prostory, které jsou určeny pro poskytování zdravotních služeb. Tento zákon vyzdvihuje náležitou odbornou úroveň, stanovuje poskytování zdravotnické péče podle pravidel vědy a náležitých postupů. Zákon také pojednává o respektování individuality každého pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti (Česko, 2011).

Klientem je subjekt, který využívá sociální služby. Může to být osoba, rodina, skupina i komunita. Tento výraz navozuje představu závislého a pasivního postoje. Proto dáváme přednost pojmu uživatel. Může to být kdokoliv, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby, vychází ze zákona o sociálních službách. Pojem uživatel sociální služby se tedy používá jen v případech, kdy je trvale či jen dočasně zabezpečována pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu oprávněným poskytovatelem (Matoušek, 2011, s. 14).

Pacientem je myšlena nemocná osoba. V užším významu člověk, který je léčen ve zdravotnickém zařízení (Matoušek, 2016, s. 131).

1.1 Definice sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je odbornou disciplínou vycházející ze sociální práce. Abychom mohli konkrétně definovat sociální práci ve zdravotnictví, musíme nejprve správně formulovat sociální práci obecně.

Jelikož formulací sociální práce je nespočet, vybrali jsme definici od Matouška a kol., (2013, s. 11): „*Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti,*

jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“

Musíme si uvědomit, že sociální práce ve zdravotnictví je neoddelitelnou součástí léčebno- preventivní péče o pacienta/klienta a jeho rodinu (Levická, 2005, s. 55).

V širším kontextu bychom mohli sociální práci ve zdravotnictví brát jako nedílnou součást léčebného procesu. Využívají se medicínské postupy, jako například, diagnostické metody, stanovení sociální diagnózy, plánování sociální terapie (Kuzníková, 2011, s. 19).

Pokud se zaměříme na sociální práci ve zdravotnictví z užšího pohledu, můžeme ji popsat jako činnost posuzující nepříznivou situaci člověka v komplexu souvislostí, protože nepříznivý zdravotní stav zhoršuje sociální situaci a naopak. Sociální a zdravotní péče se prolíná a navzájem se zastupuje. Nelze řešit pouze jedno bez vztahu k druhému, je nutné tyto péče současně zajistit jelikož k pacientovi/klientovi přistupujeme z holistického hlediska (Vurm, 2007, s. 30).

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se péče zdravotní propojuje s péčí sociální a je neodmyslitelnou a nezbytnou součástí uceleného léčebně-ošetrovatelského procesu. Odborná sociální pomoc přichází na řadu v případech, kdy pacient /klient jeho rodina nebo komunita nemohou nebo nedokáží řešit aktuální situaci, která se váže na pacientův/klientův zdravotní stav (Česká asociace sester, 2008, s. 1).

Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména podpora a pomoc pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci. Úkolem sociální práce je využít vliv psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu. Vyzdvihuje komplexnost péče a opírá se o teoretickou bázi oboru dle cílové skupiny pacientů/klientů. Zaměřuje se na pomoc ke svépomoci, podporu nebo více terapeuticky (Kuzníková, 2011, s. 18-19).

Výše uvedenou definici můžeme ještě rozvinout o poskytování a zajišťování především poradenské, sociálně-diagnostické, konzultační a výchovné činnosti a organizační záležitosti spojené s úmrtím (Česká asociace sester, 2008, s. 2).

Nicméně nejucelenější a nejlépe vystihující definici sociální práce ve zdravotnictví, bychom mohli označit dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 28). Sociální práce ve zdravotnictví: *„je tedy odborná disciplína zaměřená na sociální práci s člověkem, který se v souvislosti se svým zdravotním stavem či věkem (často obojím) dostal do svízelné životní (sociální) situace, nebo již ve svízelné životní situaci byl ještě před hospitalizací či jinou intervencí ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Je určena také těm klientům a jejich blízkým, kteří mají specifické sociální a kulturní potřeby, jejichž uspokojování přesahuje rámec standardní ošetrovatelské péče.“*

1.2 Historie sociální práce ve zdravotnictví

První náznaky sociální práce ve zdravotnictví začaly na přelomu 20. století ve Spojených státech. Sociální práce ve zdravotnictví se týkala zejména proti epidemiologických činností sociální práce (Beder, 2006, s. 1-2).

V prvních letech 20. století vznikají v sociální práci specializace. Prvními průkopníky profesionální sociální práce byly ženy. V roce 1905 byla např. v Bostonské všeobecné nemocnici ustanovena, první skupina zdravotně-sociálních pracovníků, ta se skládala ze zdravotních sester, které chtěly mít nezávislejší postavení. Cílem jejich práce bylo zlepšovat porozumění pro sociální a psychické podmínky, v nichž pacient žije a které působí na jeho stav (Matoušek, 2007, s. 102).

Od roku 1919 se stalo oddělení sociální služeb nedílnou součástí nemocnic. Sociální práce toho to oddělení se opírala o tři základní myšlenky udržovat pacientovy individuální potřeby v centru pozornosti, identifikovat a neustále interpretovat základní pojetí sociálních aspektů nemoci a dobré péče o pacienty. Velký důraz byl kladen na týmovou práci profesí - lékařství, ošetrovatelství, sociální práce a rehabilitace (Beder, 2006, s. 3).

Sociální práce ve zdravotnictví měla překlenout propast mezi nemocnicí a obvyklým sociálním prostředím pacienta. Tato práce měla odstranit překážky pro efektivní lékařskou péči. Od sociálních pracovníků se očekávalo, že budou pracovat na úpravě sociálních nebo emocionálních problémů, které mohou mít vliv na zdravotní stav pacientů (Cowles, 2000).

Na území našeho státu se od středověku vytvářela a organicky rostla soustava institucí zajišťujících, to co dnes označujeme jako sociální práci (Matoušek, 2007, s. 111).

Tradice sociální práce na území našeho státu je dlouhodobá a její počátky spočívají především v činnostech charitativních, církevních organizací. Byly postaveny na principu

sociální spravedlnosti. Tato myšlenka neboli motiv byly silným podnětem k péči o lidi nemocné, bezmocné, staré, chudobné, lidi bez domova či sirotky a vdovy. Charitativní a církevní organizace tak zastávaly široké spektrum pomoci, včetně sociální. V tomto období se za tím nejednalo o profesionální sociální pomoc. Nýbrž o pomoc, kterou zajišťovala v první řadě rodina a po ní blízká komunita (Kuzníková, 2011, s. 13).

Potřeba sociální práce ve zdravotnictví začala narůstat po první světové válce. Týkala se hlavně řešení problému, které způsobila první světová válka a to konkrétně řešení válečných neuróz. V roce 1918 zformovali zdravotní sociální pracovníci první profesní organizaci sociální práce u nás (Kuzníková, 2011, s. 15).

První odborné sociální pracovníce ve zdravotnickém zařízení se staly nedílnou součástí organizace zdravotní péče v tehdejší Československu. Některé sociální pracovníce byly speciálně školeny při nemocničních školách právě pro sociální práci v nemocnicích. Fungovaly a pracovaly tedy v nemocnicích ještě dříve, než byla ve větších nemocnicích založena první sociální oddělení. Počet pracovníků ale neumožňoval, aby se věnovaly čistě jen této pracovní aktivitě. Často do nemocnic docházely a měly další úvazky v jiných organizacích či zdravotně sociálních službách (Kodymová, 2013, s. 105).

V této době se začíná formovat myšlenka vybudování moderní sociální péče, do které by měla být zapojena veřejná chudinská péče, spolky a dobrovolné činnosti. To vedlo v roce 1918 ke vzniku první školy sociální práce, která byla v Praze a měla název Vyšší škola sociální péče. Tyto události odstartovaly odbornou sféru v sociální práci ve zdravotnictví (Kuzníková, 2011, s. 15).

„Společnost sociálních pracovníků vznikla v roce 1919, kdy nastoupilo na pozice sociálních pracovníků z povolání prvních 28 absolventek Vyšší školy sociální péče v Praze. Historické počátky sociální práce vycházely z činnosti filantropických a charitativních organizací a nadšených jedinců. V roce 1922 ustavily Organizaci absolventek VŠSP. Z roku 1925 je zaznamenán písemný styk se spolky sociálních pracovníků v Paříži a New Yorku. Předsedkyně „Ústředí dobrovolných spolků sociálních a zdravotně sociálních“ Dr. Alice Masaryková doporučila v r. 1926, aby Organizace absolventek VŠSP vypracovala náměty pro další odborné vzdělávání.“ Sborník z konference pořádané ke Světovému dni sociální práce (2017, s. 13).

Sociální práce jako taková dosáhla vrcholu v období před druhou světovou válkou (Matoušek, 2007, s. 111).

Důkazem tohoto rozvoje jsou vydané odborné publikace, pořádané semináře a kurzy, studijní cesty, za kterými stála Organizace sociálních pracovníků. V roce 1934 vyšel tiskem první časopis s názvem Sociální pracovníci. Vyšší škola sociální péče byla zrušena v roce 1936 a nahradila ji Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče. Organizace sociálních pracovníků v roce 1937 měla první příležitost připomínkovat zákony a novely, byl to velký úspěch (Marksová, 2017, s. 13).

Roku 1939 dochází k nacistické okupaci. V této době Organizace sociálních pracovníků i nadále organizovala akce na podporu svých členek, které musely opustit zaměstnání, a věnovala se pomoci přistěhovalcům. Činnost Organizace sociálních pracovníků byla v tomto období kontrolována a potlačována (Marksová, 2017, s. 13).

Poválečné roky přinesly nové úkoly, byly vytvořeny nové sociální instituce, začaly přípravy pro zřízení Vysoké školy sociální a politické v Praze. V roce 1947 Organizace sociálních pracovníků zorganizovala sjezd sociálních pracovníků a celostátní pracovní konferenci „Sociální pracovníci v měnícím se společenském řádu“. Poslední schůze Organizace sociálních pracovníků se konala v lednu 1948. Po únoru 1948 byla zastavena činnost Organizace sociálních pracovníků, zastaveno vydávání časopisu Sociální pracovníci, majetek Organizace sociálních pracovníků byl převeden do majetku Revolučního odborového hnutí. V důsledku změn musely některé sociální pracovníci změnit povolání a tak byl přerušen i vzájemný kontakt (Marksová, 2017, s. 13).

Bohužel období komunistické vlády tuto dlouho utvářenou soustavu zásadně změnilo centralizací a praktickým zrušením nestátního sektoru (Matoušek, 2007, s. 111).

Během třiceti let se na našem území fakticky neprovozovala sociální práce, protože převládalo dogma neexistence sociálních problémů. Teoretický vývoj této disciplíny se zastavil, jen sporadicky vycházely publikace týkající se sociální práce. V tomto období normalizace vznikla ojedinělá publikace, jejíž autorkou byla Vlasta Brablcová, tehdejší tajemnice ministerstva práce a sociálních věcí, měla název Metody sociální práce. Zaměřuje se v ní na sociální práci ve zdravotnictví. Byl zde popsán význam a komplexní pojetí sociální práce ve zdravotnictví, vyzdvihovala jednotu organismu, prostředí a dynamické pojetí zdraví a nemoci. Autorčiny pohledy na přístupy v oboru šly s dobou a rozvojem v zahraničí (Kuzníková, 2011, s. 16).

Na konci roku 1968, byl rozhodnutím Ministerstva vnitra schválen vznik Společnosti sociálních pracovníků, skládal se ze čtyř sekcí. Sekce sociálních pracovníků v podnicích,

sekce péče o rodinu a dítě, sekce péče o invalidní a staré občany a sekce sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Aby mohla být činnost udržena i v době tzv. normalizace, podařilo se vytvořit při České lékařské společnosti J. E. Purkyně sekci sociálních pracovníků. Sekce se zasloužila o udržení a rozvoj sociální práce a o zvyšování kvalifikace sociálních pracovníků až do roku 1989. Vidíme, že v této době, byla snaha propojit sociální a zdravotní práci (Marksová, 2017, s. 13 - 14).

Před rokem 1989 se razil trend, že do doby než bylo možné seniora umístit do státních domovů důchodců (dřívější název), se často situace řešila opakovanými a dlouhodobými pobyty v nemocnici na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Nesoběstační senioři pobývali zbytečně, neindikovaně ve zdravotnickém zařízení mezi mnoha obdobnými případy svých vrstevníků. Stát za jejich pobyt platil veškeré náklady na zdravotní péči. Senioři se neměli možnost vyjádřit k poskytování zdravotní nebo sociální péči (sociální péče v nemocnicích fakticky neexistovala) a fungovalo rozhodování o něm bez něj (Malíková, 2011, s. 29).

Zdravotnickou orientovanou sociální práci můžeme označit za jednu z nejstarších součástí sociální práce. V minulosti se hlavně zaměřovala na problémy, které byly spojeny se zhoršujícím se životním prostředím, vlivem stresu na oblast psychického zdraví, nepřiměřený pracovním zatížením spojeným s některými povoláními. V současnosti se orientuje na péči o nemocného pacienta (Levická, 2005, s. 55).

Dnes se tedy musíme znovu vrátit k předválečné tradici – a zároveň potřebujeme rozumět faktorům, které utvářely podobu sociální práce v posledním půlstoletí a jejichž důsledky trvají dodnes (Matoušek, 2007, s. 111).

1.3 Současný stav v oblasti sociální práce ve zdravotnictví

Pohled na sociální práci ve zdravotnictví v dnešní době je takový, že zaujímá multidisciplinární charakter, protože se na člověka – pacienta/klienta nahlíží z holistického pohledu. Na základě tohoto pohledu je zřejmé, že zdravotnický a sociální sektor je v péči o pacienta úzce propojený (Levická, 2005, s. 58). Ve druhé kapitole se bude podrobněji zabývat multidisciplinárním týmem ve zdravotnictví.

V současné době detekujeme některé oblasti na hranici zdravotně sociální péče, kde se legislativa snaží o spolupráci mezi sociální a zdravotní oblastí. Proto Ministerstvo práce a sociálních věcí připravuje ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky

Zákon o dlouhodobé péči – péči, která je charakterizována především potřebou propojených a koordinovaných zdravotních a sociálních služeb. Nyní česká legislativa tedy prozatím nemá samostatný zákon, který by jasně vymezoval podmínky poskytování služeb na pomezí zdravotně sociální péče (Winkler, 2015, s. 27).

Analyzované zákony jsou:

a) na straně sociální:

- zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách,
- vyhláška 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška 391/2011, kterou se mění vyhláška 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

b) na straně zdravotnictví:

- zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- zákon 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),
- zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- vyhláška 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,
- vyhláška 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, vyhláška
- 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Winkler, 2015, s. 27-28).

Pokud bychom se vrátili k oblasti sociální práce ve zdravotnictví, aktuálně jsou 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 (Kuzníková, 2011, s. 18).

Sociální práce ve zdravotnictví se v současnosti v České republice využívá na oddělení léčeбен pro dlouhodobě nemocné a neúčelně i běžná nemocniční oddělení, zvláště interní

a kožní. Tato oddělení odlehčují tlaku nemocných, kteří vyžadují převážně ošetrovatelskou péči. Oddělení mohou také nejuceleněji poskytovat pobyt nemocným přijatým do nemocnice z převážně sociálních důvodů (Kalvach, 2004 s. 480).

Zdravotní a sociální péči o pacienty /klienty není možné od sebe oddělovat, v praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak (Hrozenská, 2013, s. 60).

2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Druhá kapitola bude zaměřena na popis a rozdělení multidisciplinárního týmu. Ten nelze vytvořit bez schopné kvalitní a efektivní meziodborové spolupráce. A jedním z jeho článků je sociální pracovník ve zdravotnictví. V bakalářské práci používáme termín sociální pracovník ve zdravotnictví, který může mít dvě podoby. A to zdravotně sociální pracovník a sociální pracovník.

Dle Matouška (2016, s. 201): „*Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení je v České republice definován v zákonu č. 108/2006. 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.*“

Dle Kuzníkové (2017, s. 48): „*Zdravotně sociální pracovník se pohybuje na pomezí regulace zdravotní a sociální péče, mezi oběma právními úpravami, tj. zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních a zákonem o sociálních službách.*“

V oblasti sociální práce jsou v České republice stanoveny právními předpisy dvě profese:

- První profesí je zdravotně sociální pracovník (má odbornou způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického pracovníka, k němuž dává souhlasné stanovisko Ministerstvo zdravotnictví).
- Druhou profesí je sociální pracovník, který je elementárně regulován legislativou Ministerstva práce a sociálních věcí, Zákonem o sociálních službách, ve zdravotnictví působí jako jiný odborný pracovník (Kuzníková, 2017, s. 48).

Pokud následující fakta shrneme, záleží na zaměstnavateli, zda požaduje po sociálním pracovníkovi doplnění vzdělání o obor Zdravotně sociální pracovník či nikoliv. Panuje v tom to ohledu velká nejednotnost.

Zdravotně sociální pracovník, by měl být upřednostňován pro oblast dlouhodobé péče, jelikož má způsobilosti jak k výkonu sociální práce, tak k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (Kuzníková, 2017, s. 53).

Rozdíly jsou tedy markantní mezi Zdravotně sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem. Vyplývá to hlavně z koncepce a obsahu vzdělání. Zdravotně sociální

pracovník je obohacen o znalost diagnóz a jejich odraz v sociální oblasti. Tyto znalosti může velmi dobře využít hlavně na pomezí sociálně zdravotní péče v oblasti zdravotnických zařízení.

Za tyto zařízení lze označit v lůžkové péči léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační léčebny, ošetrovatelská oddělení v nemocnicích všech typů, psychiatrické léčebny, hospice a oddělení akutní péče, které poskytují hospitalizace ze sociálních důvodů, v ambulantní péči ordinace praktických lékařů, stacionáře a domácí ošetrovatelská péče. Mezi obory dlouhodobé péče můžeme řadit zejména geriatrii, psychiatrii, paliativní medicínu, rehabilitační medicínu a ošetrovatelskou péči (Winkler, 2012, s. 29)

2.1 Multidisciplinární tým ve zdravotnickém zařízení

Zažitým přístupem ve zdravotnictví byla skupinová práce, vytváření týmů napříč specializacemi se u nás objevuje až v posledních letech. Jedním z popisovaných rozdílů je rozdílný náhled na řešení problémů. V týmu se klade důraz na skupinovou diskusi, nahlíží se na řešený problém z různých úhlů pohledu a tím se nabízejí širší možnosti řešení. Cílem je nalézt společné řešení, sledují tentýž cíl. Zato skupina je charakteristická sledováním vlastních zájmů a ponecháním konečného rozhodnutí v rukou vedoucího. (Kolajová, 2006, s. 15, Kruger, 2004, s. 14).

Tým a týmový přístup je dnes jednou z elementárních podmínek efektivní péče ve zdravotnických zařízeních (Škrála, Škrlová, 2003, s. 358). „*Tým tvoří tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy a cíle, uvědomují si jeden druhého. Týmy většinou mají časové, finanční a materiální limity.*“ Kolajová (2006, s. 12).

Předcházející definici můžeme ještě rozšířit: „*Jde o menší počet lidí, kteří se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, zaměřují se na společný cíl, mají společné výkonnostní záměry a společnou odpovědnost.*“ Škrlová a Škrála (2003, s. 359).

Tým v kontextu sociální pomoci by neměl být jen skupinkou odborníků, ale má i své základní charakteristiky, které povzbuzují i týmovou spolupráci a jsou zároveň předpokladem jeho úspěšnosti

Pozitiva týmu dle Kolajové (2006, s. 17)

- Budují se v něm vztahy mezi lidmi
- Zlepšuje se komunikace členů.

- Pracovní atmosféra je tak příjemnější.
- Využívání znalostí, dovedností a zkušeností všech.
- Pracuje s tvořivostí a fantazií lidí.
- Učí respektu a úctě k druhým.
- Někdy urychlí cestu ke správnému řešení.
- Snižuje u svých členů obavy z neúspěchu a zodpovědnosti.
- Zvyšuje jejich sebevědomí.
- Přisuzuje jim určité postavení a role.
- Poskytuje jim jisté uznání.

Negativa týmu dle Kolajové (2006, s. 18)

- Hrozba konfliktu.
- Může potlačit individualitu.
- Někteří členové nedokážou vyjít s ostatními.
- Vyžaduje přizpůsobení se normám a pravidlům.
- Některá krajní, neobvyklá řešení jsou potlačena, byť mohou být značným přínosem.
- Nutnost společenského cíle.
- Spolupráce může být časově náročná.

Multidisciplinární týmy, jinak také mezioborové týmy v praxi jsou složeny z odborníků z jiných odborných pracovišť, oddělení či útvarů, spolupracují v procesu práce s určitým klientem/pacientem či skupinou klientů/pacientů. Každý jednotlivec do týmu přináší svou specializaci, jiný úhel pohledu na danou situaci. Tyto týmy mohou být zaměřeny na řešení jednoho dílčího problému, ale zároveň může být spolupráce dlouhodobá v určité oblasti (Plevová, 2012, s. 92).

Rozdělení multidisciplinární týmu dle Severové (2005, s. 1-3):

- vnitřní tým tvoří pracovníci v nemocnici, kteří na řešení situace pacienta spolupracují. Jsou to lékaři, psychologové, rehabilitační pracovníci, zdravotní sestry, psychiatři, terapeuti, sociální pracovníci atd. Ti všichni se podílejí na úspěšném vyřešení situace klienta. Lékaři se snaží o dosažení co nejlepšího zdravotního stavu klienta. Psychologové a psychiatři pomáhají pacientům zvládnout psychickou náročnost onemocnění tak, aby byli připraveni přijmout nevyhnutelné řešení a pomoc okolí rodiny, institucí atd. Sociální pracovník v určitých případech celý tým

propojuje a působí jako koordinátor. A v neposlední řadě patří do vnitřního týmu i zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, terapeuti, ošetrovatelé. Ti zabezpečují ošetrovatelskou péči tak, aby byl pacient v co nejlepším stavu -předcházení proleženin, nácvik chůze, rozcvičení končetin k sebeobsluze.

- Vnější tým představují zaměstnanci institucí mimo nemocnici, se kterými sociální pracovník v nemocnici spolupracuje, aby vyřešil situaci klienta. Je to zejména pečovatelská služba, obvodní lékaři, domácí agentury, azylové domy, oddělení sociálně právní ochrany dětí, soudy, školy, úřady práce, posudkoví lékaři, specialisté.

Nesmíme však zapomenout na důležitost rodiny, která taktéž patří do týmu (Payne, 2014, s. 85).

Cílem multidisciplinárního týmu je dle Kodymové (2016, s.) : *spolupracovat a vystupovat jednotně v celém procesu, dodržovat pravidla práce týmu, mít jasně vymezené kompetence a subordinace, dokázat mezi sebou kvalitně komunikovat a informovat ostatní o všem, co je důležité.*“

Rozsah spolupráce sociálních pracovníků ve zdravotnictví s ostatními členy multidisciplinárního týmu je ovlivněna pracovní náplní v daném zdravotnickém zařízení. Jestliže v zařízení dochází k pravidelným konzultačním schůzkám mezi jednotlivými členy týmu a pokud je zdravotně-sociální pracovník osobně přítomen na vizitách, sociální práce s lékařskou léčbou zajišťuje komplexní péči o pacienta/klienta. Důležitým faktorem je také pracovní prostor a stálá přítomnost zdravotně-sociálního pracovníka na oddělení. Pokud se ve zdravotnickém zařízení naskytne případ vyžadující sociální intervenci, je nutné, aby byl zdravotně-sociální pracovník na dosah klientovi i spolupracovníkům (Beránková in Kuzníková, 2011, s. 24-25).

2.2 Role a kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Důležitou součástí jsou role sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení a s tím i souvisí vymezení jeho kompetencí. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení používá ke své práci metody, které si představíme v závěru podkapitoly.

Oldřich Matoušek definuje role jako: „*standardy chování, očekávané od jedince v určité sociální pozici, které určují kdy, kde a co má vykonat. Prostřednictvím role je realizována společenská pozice.*“ (2008, s 180).

Sociální role je vzorec chování, který se vztahuje k určitému postavení ve společnosti. Role

je jinými slovy očekávané chování jedince. Osoba se své sociální roli je značně ovlivňována očekáváním druhých osob. Držitel sociální role pak tato očekávání detekuje a převádí je do konkrétního chování, které se k dané roli vztahuje. Pro zastávání této role musí mít však osobní a profesní předpoklady jinými slovy rolovou dispozici (Jandourek, 2009, s. 62-63).

Z následujícího objasnění co role znamená, usuzujeme, že sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení by měl mít predispozice jak osobnostní tak profesní pro zvládnutí svého povolání. Profesionální role sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení bývají charakterizovány z několika úhlů pohledu.

Jedním z těchto pohledů je, že jde o mnohvrstevnatý a dynamický proces, který se neustále mění a vyvíjí. Tyto role souvisejí s výkonem povolání sociálního pracovníka ve zdravotnictví, liší se podle konkrétního místa, času, náplně a druhu práce. Znamená to tedy, že daný pracovník nebude zastávat vždy pouze jednu stejnou roli, ale bude určovat, jaká role je v daném okamžiku nejvhodnější. Můžeme v tomto případě použít slovo vrstvení rolí a je nutné, aby pracovník uměl tyto role od sebe navzájem odlišovat a správně používat (Šimková, 2014).

Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení si osvojuje velké množství rolí, které přispívají ke zvyšování kvality klientova/pacientova života, rozvoje jeho potenciálu i potenciálu jeho rodiny. Pracovník tak zastává roli mediátora, metodika, iniciátora, moderátora, kontrolora, administrátora a poradce, která vede k působení na klienta/pacienta a jeho bezprostředního okolí (Janebová, 2007, s. 50-62). Kuzníková (2011, s. 25) doplňuje role koordinátora, s činností a cílů týmu, ale také roli manažera, jenž se podílí na organizaci činnosti týmu a spolupracuje s odborníky mimo zdravotnické zařízení, a to nejčastěji se sociálními pracovníky obecních úřadů, úřadů práce a organizací poskytujících zdravotní a sociální péči.

Pokud se zaměříme na sociálního pracovníka ve zdravotnictví a jeho kompetence, měli bychom vyházet ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kompetence můžeme chápat jako předpoklad k profesionální roli, proto uvedené kompetence v sociální práci nemohou plně vyjádřit všechny její aspekty. Poukazuje se, že problematiku definování kompetencí nelze snadno uzavřít, neboť většina autorů, kteří se touto problematikou zabývají, konstatuje velkou rozmanitost chápání (Elichová, 2017, s. 100).

Cílem kompetencí zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je podpora rozvoje, případné posilování nebo zachování stávající soběstačnosti při návratu z

nemocničního do přirozeného domácího prostředí, znovu začlenění do původního životního standardu klienta, zmírnit sociální a zdravotní rizika, která jsou spojena se způsobem života klienta a přispět ke zlepšení života v co největším rozsahu (Dvořáčková, 2012, s. 86).

Zdravotně sociální pracovník v rámci svých kompetencí dle Kuzníkové (2017, s. 48):

- Vykonává činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče.
- Podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. Provádí depistážní činnost, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku nemoci či nemoci blízkých osob mohou ocitnout v nepříznivé sociální situaci. Provádí sociální šetření u pacientů, posuzují životní situaci ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizuje rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách. Posuzuje životní situaci pacienta a zpracovává zprávu pro orgány veřejné správy či další subjekty.
- Sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření. Ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizuje, zajišťuje poradenství sociální, právní ve vztahu k onemocnění či jeho následkům, vykonává činnosti při přípravě propouštění pacientů, včetně zajištění další péče.

2.3 Metody sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Matoušek (2016, s. 100) označuje metody sociální práce za: „*specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou*“.

Metody sociální práce jsou cílevědomé způsoby umožňující dosáhnout konkrétního cíle a získat nové vědecké poznatky. Do technik sociální práce se zařazují pracovní postupy sloužící k naplnění tohoto cíle (Draganová, 2006, s. 65-67).

Základním a rozhodujícím prvkem sociální práce je rozhovor, který představuje komunikaci mezi klientem a sociálním pracovníkem ve zdravotnictví. Metody zdravotně sociální práce mohou být s jednotlivcem, s rodinou či s komunitou (Kutnohorská, 2011, s. 71).

V oblasti zdravotnictví je součástí sociální práce především poradenství, které mapuje okolnosti dalšího klientova/pacientova života. Je nezbytné pro motivaci a posílení znovu

nastartování pacienta. Sociální pracovník ve zdravotnictví zkoumá především pacientovo zázemí, sociální vztahy, hmotné zabezpečení, vhodnost bydlení a míru jeho soběstačnosti. Měl by odhalit, zda bude klient/pacient po skončení léčby schopen návratu do původního prostředí, a zda nebude vystaven dalšímu zhoršování svého zdravotního stavu, psychosociální nepohodou nebo jinými riziky. Cílem této metody je odhalit pacientovu rodinnou, existenční a sociální situaci vzhledem ke zdravotnímu stavu a snažit se zabránit možnosti opětovnému návratu do nemocnice (Novosad 2009, s. 241).

Další nejužívanější metodou je individuální práce s klientem, jež vzniká prvním kontaktem s paciente/klientem, kdy sociální pracovník ve zdravotnictví započne s klientem/pacientem rozhovor a písemně jej zpracuje, tato individuální práce by měla trvat doby kdy je klient/pacient propuštěn ze zdravotnického zařízení. Při tomto rozhovoru by měl respektovat klientovu autonomii a nehodnotit jej. Klient může pochybovat o možnostech pomoci, které mu zdravotně-sociální pracovník nabízí, či je dokonce odmítat a vyslovovat proti pracovníkovi nedůvěru. V tom okamžiku je na umu sociálního pracovníka ve zdravotnictví, aby si klientovu důvěru získal, dále by si měl dosud zjištěné informace ověřovat, aby nedocházelo k nepochopení situace (Kuzníková, 2011, s. 65-66).

Nepostradatelnou metodou sociální práce ve zdravotnickém zařízení je práce s rodinou, jejíž spolupráce může lépe zvládat klientovy/pacientovy obtíže a vést ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení se setkává s nejrůznějšími rodinnými problémy, na jejichž řešení však mnohdy jeho odbornost nepostačuje, a tak rodině zprostředkuje kontakt s psychologem, který nabízí širší možnosti pomoci, nebo jinými odborníky, kteří jsou odborně způsobilí řešit daný problém. Sociální práce s rodinou se nejčastěji využívá u dětských klientů či naopak u seniorů. Zdravotní stav seniorů mnohdy neumožňuje návrat do domácího prostředí a je tak vyžadováno zajištění následné péče a zde je práce s rodinou velmi důležitá (Kuzníková, 2011, s. 72-78).

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Poslední kapitola teoretické části se bude opírat o legislativní rámec sociálních služeb, která bude výchozím bodem pro následující část definici sociálních lůžek jako vybrané sociální služby. Konečná část bude věnována sociálním lůžkům ve Zlínském kraji.

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Poskytnutí sociální služby má člověku pomoci, respektive podporovat jeho vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace. Sociální služba nemůže převzít odpovědnost člověka za jeho vlastní osud či životní perspektivu. Služba musí působit tak, aby byla maximálně podporována samostatnost a svébytnost člověka a chráněna jeho důstojnost (MPSV ČR, 2007, s. 7).

Sociální služby můžeme členit z hlediska času na krátkodobé, dlouhodobé. Slouží ke zvýšení kvality klientova života, případně ochraňovat zájmy společnosti (Matoušek, 2016, s. 203).

Sociální služby zahrnují tři základní oblasti neboli druhy služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Matoušek, 2011, s. 43).

Sociální poradenství se rozdělujeme na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Účelem sociálního poradenství je poskytování potřebných informací, které vedou k řešení nepříznivé sociální situace.

- Základní sociální poradenství musí poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb, a to bez ohledu na to, kdo je o radu požádá.
- Odborné sociální poradenství poskytují jen specializované poradny, které se zaměřují na jevu (např. problematika domácího násilí) nebo na cílovou skupinu (např. osoby se zdravotním postižením, senioři, cizinci apod.).

Služby sociální péče jsou orientovány na to, aby napomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost. Poskytují pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. K zajištění poskytování těchto služeb lze použít příspěvek na péči.

Služby sociální prevence se zaměřují na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob. Zaměřují se na oblast tzv. „sociálně -negativních jevů“, jako například kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek, krize v rodině apod. (MPSV ČR, 2007, s. 7).

Sociální služby mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou (Matoušek, 2011, s. 43).

- Pobytovou službou se rozumí služby spojené s ubytováním uživatele v zařízení sociálních služeb.
- Ambulantní službou se rozumí, že uživatel dochází do zařízení sociálních služeb.
- Terénní služba je poskytována tam, kde člověk žije – v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Formy služeb u jednotlivých druhů služeb lze kombinovat tak, aby byly maximálně efektivní (MPSV ČR, 2007, s. 7).

3.1 Legislativní zakotvení sociálních služeb

Prvním uceleným dokumentem týkající se sociálních služeb, byla Bílá kniha v sociálních službách vydaná Ministerstvem práce a sociálních věcí roku 2003. Představovala vládní vizi moderních sociálních služeb, vycházející z evropského pojetí sociální politiky a podstatou komunitního plánování sociálních služeb (Holasová, 2014, s. 52).

Na Bílou knihu sociálních služeb navázal nově vzniklý zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *„Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnutí péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti.“* MPSV ČR (2006, s. 3).

Základem pro právní úpravu sociálních služeb, které spolu s celým systémem sociální péče spadají do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, byla nutnost a potřebnost odstranění problémů, které s sebou nesla právní úprava před rokem 1989. *„Pracovníci sociálních služeb i klienti byli posledních sedmnáct let nuceni přizpůsobovat se režimu zastaralého a nevyhovujícího systému sociální péče.“* Matoušek (2011, s. 35).

Změny pojetí v oblasti sociálních služeb nastaly „relativně nedávno“ přijetím nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 2007. Spolu s dalšími právními předpisy, kterými je vyhláška č. 505/2006 Sb., která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách dále zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Tímto došlo k výrazné změně v celém systému sociální pomoci v ČR. Pojetí uvedeného zákona je směřováno k zabezpečení ochrany základních práv lidí, kteří se dostali často bez vlastního přičinění do nepříznivé životní situace, do situace, kterou často z důvodu svého postižení nemohou a ani nemají schopnost ji samostatně vyřešit (Krejčíková, 2011, s. 9)

V Koncepti zákona se jednoznačně projevuje snaha o vytvoření podmínek „pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti“. Stručný průvodce zákonem o sociálních službách (2006, s. 7).

3.2 Definice sociálních lůžek jako vybrané sociální služby

Sociální lůžka jsou podle § 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Jedná se o sociální služby: „poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče lidem, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní 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.“ MPSV ČR (2006, s. 21)

Od 1. 1. 2007 mohou zdravotnická zařízení eventuálně poskytovat kromě zdravotní péče také sociální služby. Mohou si vybrat, zda se projdou celým registračním procesem či nikoli. Registrace se „nevyžaduje u poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52. Při poskytování sociálních služeb jsou tato zdravotnická zařízení povinna dodržovat povinnosti stanovené poskytovatelům sociálních služeb § 88 a to v oblasti:

- a) informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným,
- b) vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby,
- c) h) dodržovat standardy kvality sociálních služeb, uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby, pokud tomu nebrání důvody uvedené v § 91 odst. 3. Poskytovatel sociálních služeb je povinen o oznámení soudu podle odstavce 1. (v případě, kdy osoba, která není schopna vypovědět smlouvu o poskytování pobytové sociální služby, projeví vážně míněný nesouhlas s poskytováním pobytové sociální služby, je poskytovatel sociální služby povinen oznámit tuto skutečnost ve

lhůtě 24 hodin soudu, v jehož obvodu je zařízení sociálních služeb, ve kterém se tato osoba nachází) informovat bez zbytečného odkladu toho, kdo za osobu uzavřel smlouvu o poskytování pobytové sociální služby“. MZ ČR (2006, s. 1)

Pokud bude zdravotnické zařízení ústavní péče zapsáno do registru poskytovatelů sociálních služeb, smí uzavírat s uživatelem, kterému bude poskytovat sociální služby, smlouvu o poskytování sociální služby a dále bude mít nárok na dotaci. Dotaci dostanou pouze zařízení zapsaná v registru. „*Dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.*“ MZ ČR (2006, s. 3)

Sociální služba by z důvodu zajištění dostupnosti měla být otevřena i pro osoby propuštěné z jiných zdravotnických zařízení lůžkové péče, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby (MPSV, 2006).

Druh sociální služby	Služba sociální péče
Forma poskytování	Pobytová služba
Místo poskytování Služby	Ve zdravotnických zařízeních.
Cílová skupina	Osoby, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí.
Základní činnosti	Poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
Časový rozsah služby	Nepřetržitý
Úhrada za službu, smlouva	<ul style="list-style-type: none"> • hrazená – úhradě podléhají pouze služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb • zdravotnické úkony - jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění • smlouva
Cíle služby (výběr)	Zajištění péče o nesoběstačného uživatele do doby, než mu bude zajištěna pomoc osobou blízkou nebo formou sociální služby,

	zajištění fyzické a psychické soběstačnosti uživatelů, zajištění důstojného prostředí a zacházení.
--	--

Zdroj: (O. Krejčíková, 2011, s. 40-41)

3.3 Poskytovatelé sociální služby ve zdravotnickém zařízení ve Zlínský kraj

Ve Zlínském kraji je k 1. 1. 2019 registrováno 9 poskytovatelů Sociální služby ve zdravotnickém zařízení. Celková kapacita všech registrovaných lůžek je 64, z toho dotovaných lůžek je 20. Zde předkládáme přehled poskytovatelů dle Registru poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji.

Poskytovatel sociální služby ve zdravotnickém zařízení	Název	Webová stránka
Diakonie ČCE – hospic Citadela	Diakonie Českobratrské církve evangelické – Hospic Citadela Valašské Meziříčí	www.citadela.cz
Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod, s. r. o	Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod	www.nemub.cz
Hvězda – občanské sdružení	Nestátní zdravotnické zařízení – Hospic Hvězda Zlín	www.hvezdazu.cz
Uherskohradištská nemocnice, a.s.	Uherskohradištská nemocnice	www.nemuh.cz
Vsetínská nemocnice a.s.	Vsetínská nemocnice	
Českomoravská provincie Hospitálského řádu sv. Jana z Boha	Nemocnice Milosrdných bratří Vizovice	www.nmbvizovice.cz
Městská nemocnice Slavičín, příspěvková organizace	Městská nemocnice Slavičín, příspěvková organizace	www.nemocnice.mesto-slavicin.cz
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.	Krajská nemocnice T. Bati	www.kntb.cz
Česká provincie kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul	Nemocnice Milosrdných sester	www.nemomil.cz

Zdroj: (Registr poskytovatelů sociálních služeb Zlínský kraj, stav k 1. 1. 2019)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISKA VÝZKUMU

V teoretické části jsme si představili různé typy sociálních služeb a následně jsme se zaměřili na jednu z nich konkrétně na sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních takzvaná sociální lůžka. V praktické části to na vážeme a budeme hlouběji analyzovat tuto službu a její poskytování ve Zlínském kraji.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je komparace vybraných zdravotnických zařízení, které poskytují sociální službu, takzvaná sociální lůžka.

Komparace „je vědecké bádání a myšlení zcela nepostradatelné, a to obzvláště v sociálních vědách, kde se porovnávají postoje, jednání a hodnoty různých skupin jedinců a kde není žádný sociální fenomén studován.“ Halman Arts (1999, s. 1-12)

Na to, abychom mohli splnit hlavní cíl, museli jsme si stanovit tři dílčí cíle. Prostřednictvím nich můžeme určit rozdíly mezi vybranými zdravotnickými zařízeními poskytujícími sociální službu takzvaná sociální lůžka.

Dílčí cíl 1: Charakterizovat prostory, ve kterých se poskytuje uvedená sociální služba ve zdravotnických zařízeních.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda skladba personálu je přizpůsobena sociální službě v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda jsou rozdíly v poskytování sociální služby v porovnání se zdravotním lůžkem.

4.2 Metoda výzkumu

Pro splnění výše stanovených cílů jsme zvolili kvalitativní výzkum. **Kvalitativní výzkum** se snaží najít pochopení zkoumaného sociálního problému pomocí relativně málo standardizovaných metod získávání dat. Mezi typy dat v kvalitativním výzkumu řadíme terénní poznámky z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy, deníky, osobní komentáře, poznámky, úřední dokumenty, úryvky z knih. Tyto data umožňují nahlížet na specifický fenomén (prvek, aspekt, proces) v jeho autentickém prostředí a utváří jeho obraz v co možná nejkompaktnější podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty (Reichel, 2009, s. 40).

Využili jsme strukturovaného pozorování, analýzu materiálů, polostrukturovaného rozhovoru.

Strukturované pozorování je charakteristické především přesně určeným cíle/předmětem pozorování, jeho podobou, místem, pozorovatelnými jevy a jejich očekávanými projevy (Reichel, 2009, s. 95).

Dle Handla a Remra (2017, s. 121) je strukturované pozorování: *„zvláště užitečné, pokud chceme získat informace o rozsahu daného chování, o jeho frekvenci, intenzitě a trvání.“*

Polostrukturovaný rozhovor (rozhovor s návodem) reprezentuje seznam otázek nebo témat, které v rámci inter via je nutné probrat. Tímto návodem zajistíme, že dostane na všechna témata, které jsou pro tazatele zajímavá (Hendl, 2016, s. 174).

Tazatel si určuje pořadí otázek. Tím, že si předem určí téma, zvyšuje získanou jednotu informací. Nesrovnalosti lze během rozhovoru napravit. Slabým místem rozhovoru s návodem může být vynechání důležitých témat a různé perspektivy participantů zhoršují srovnatelnost (Hendl, Remr, 2017, s. 84).

Scénář otázek a přepis ukázkového rozhovoru se sociální pracovníci se nachází v příloze.

4.3 Časový harmonogram výzkumu

První rozhovor se sociální pracovnící proběhl roku 2017 a výzkum trval do května 2019. Postupem času byly sestaveny dílčí cíle podle, kterých srovnáváme daná sociální lůžka. V Katalogu sociálních služeb ve Zlínském kraji, byly získány další kontakty na zařízení poskytující tuto službu. Zařízení byla nejprve oslovena za pomoci e-mailu, kde byl popsán účel výzkumu. Následně byla domluvena osobní schůzka podle časových možností sociálních a zdravotně sociálních pracovníků. Některé výzkumy probíhaly v rámci praxe, kde byl i větší prostor na pozorování a studium materiálů související s výzkumným vzorkem. Všechny rozhovory byly uskutečněny osobně se souhlasem sociálního nebo zdravotně sociálního pracovníka.

4.4 Výzkumný vzorek

Výzkum byl prováděn pro praktickou část v pěti zdravotnických zařízeních ve Zlínském kraji. Zdravotnická zařízení mají přibližně stejný počet registrovaných, nedotovaných sociálních lůžek. Jejich komplexnější popis je součástí další podkapitoly.

4.5 Analýza a interpretace získaných údajů

V této části nejdříve popíšeme jednotlivé zdravotnické zařízení poskytující sociální službu, takzvaná sociální lůžka. Následně se budeme věnovat jejich komparaci.

Zdravotnické zařízení č. 1

Cílem služby poskytované v tomto zdravotnickém zařízení je vytváření příležitosti k tomu, aby uživatelé sociální služby mohli uplatňovat vlastní vůli, vytvářet prostor k jejich seberealizaci, spokojenosti a samostatnosti. Za tím účelem se poskytují pobytové sociální služby, dostupná kvalitní zdravotní péče přímo v komplexu zdravotnického zařízení. Důraz je také kladen na aktivizaci klienta. Cílovou skupinou služby jsou dospělí (27-64 let), mladší senioři (65-80 let), starší senioři (nad 80 let).

Sociální služba se v tomto zařízení poskytuje na pokojích čtyř, pěti a sedmi lůžkových. Zde nejsou pro tuto službu konkrétně vyčleněné pokoje. Záleží pouze na tom, na jaký pokoj se při příjmu (tehdy ještě pacient) přijal. Zde se po sepsání smlouvy poskytuje sociální služba klientovi.

„Pokoje nemůžeme mít pro tuto službu vyčleněné z důvodu omezených kapacit. Sociální služba je poskytována jen v nejnútnejších případech, jelikož není pro naše zařízení ekonomická. Pokoj, ve kterém se sociální služba poskytuje, označují vylepení cedulky na dveřích pokoje a na posteli klienta (Zde se poskytuje sociální služba). Tím to způsobem je klient oddělen od ostatních pacientů. Péči si hradí klient sociálního lůžka nebo jeho rodina“.

Pokoje jsou vybaveny elektrickou polohovací postelí, poličkou, umyvadlem, jídelním stolem a společnou šatní skříní, přípojkou na televizi a internet. Sociální zařízení, není součástí pokojů, nachází se na chodbě je společné pro muže a ženy. Televize je umístěna pouze ve společenské místnosti, bez poplatku. Po dohodě s vrchní sestrou si klient může přinést vlastní televizor nebo rádio.

Přímou péči o klienta na sociálním lůžku zabezpečují ošetřovatelky a zdravotní sestry. *„Jiný přímo obslužný personál nemáme. Pracovník v sociálních službách by byl jistě kvalifikovanější vzhledem k poskytované sociální službě, ale jsme především nemocnice a bylo by pro ni nevhodné zaměstnávat pracovníka v sociálních službách. Už z toho důvodu, že tuto službu poskytujeme jen zřídka a nemáme dotovaná sociální lůžka.*

Mimo pokoj může klient užívat společně s ostatními pacienty jídelnu, kde je možnost

sledovat televizi. V jídelně se nachází lednice pro pacienty. Do ceny za ubytování se zahrnují také náklady na topení, teplou a studenou vodu, elektrický proud, úklid, ložní prádlo, praní a žehlení ložního prádla. Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv klienta spojených s užíváním těchto prostor.

Aktivizace probíhají ve společné jídelně, třikrát do týdne (pondělí, středu a pátek). *„Je zde i umístěna volně přístupná knihovna pro pacienty a klienty. Pro aktivizaci klientů a pacientů by byl lepší uzavřený prostor, aby se mohli lépe soustředit na aktivizaci. V současné době se aktivizace provádí ve společné jídelně, která je součástí chodby, kde se realizuje i rehabilitace. Tím pádem dochází k rušivým elementům, pacienti a klienti se hůře soustředí. Pokud mají zhoršený sluch, špatně se s nimi i komunikuje a instruuje k vykonávání činností. Máme prostory, které by byly vhodnější k poskytování aktivizační služby, ale bohužel nevyhovují z důvodu bezbariérovosti“.*

Aktivizace se uskutečňuje jen soběstačného klienta. Tím je myšleno, že je schopen se sám nebo za pomoci pomůcky (chodítka, mechanického vozíku, francouzských holí) přemístit do společenské místnosti. Vyrábějí výrobky dle roční tematiky, která následně slouží k výzdobě nemocnice. Klient, který je upoután na lůžku, se neúčastní aktivizace, prováděna jen rehabilitace na lůžku.

„Aktivizační pracovnice sestavuje měsíční plán aktivit pro pacienty a klienty sociálního lůžka dohromady. Aktivizace se uskutečňuje s klienty a pacienty soběstačnými a schopnými se dopravit do společenské místnosti. Pokud je klient upoután na lůžku provádí se u něj jen rehabilitace, která je brána taktéž jako aktivizace a je zahrnuta v individuálních plánech.

Aktivizace se u klienta upoutaného na lůžko neprovádí pouze rehabilitace, která není plánovaná.

Individuální plány jsou vedeny pomocí tabulky, kroky vedoucí k vytyčenému cíli jsou velmi obecné. Součástí plánu je formulář denních činností, který je pro každého klienta totožný liší se pouze hlavička s iniciály klienta a datem uskutečnění.

„U sociálního lůžka je formulář k denním činnostem, tam se k jednotlivým činnostem napíše čas a podpis ošetřovatelky, která má ten den službu. Formulář se pak zakládá do složky sociálního lůžka. Individuální plán sestavuji a vyhodnocuji já, jelikož klíčový pracovník zde není a mám to tak i vedené ve standardech, které jsou sestaveny právě k této službě“.

V tomto zdravotnické zařízení je staniční sestra zároveň i sociálním pracovníkem. *„Sociální*

práci vykonávám souběžně s výkonem staniční sestry, jelikož nám chybí kvalifikovaný sociální pracovník. Tuto činnost provozuji tři roky, musela jsem si dodělat kurz zdravotně sociálního pracovníka, abych mohla vykonávat tuto práci.

Je patrné přetížení pracovnice, musí zvládat práci staniční sestry (objednávat pacienty, překládat pacienty, přijímat pacienty) a pak sociální práci, po které narůstá poptávka.

„Zkušenosti z jiných sociální zařízení ani z jiné sociální práce nemám, vše si zjišťuji od kolegyně z jiných zdravotnických zařízení, snažím se jezdit na školení, ale těch je velmi málo, nejsou zaměřena konkrétně na poskytování sociálních služeb ve zdravotnictví, ale je to pro všechny sociální služby“.

Dokumenty, které podepisuje žadatel/klient sociální služby: Žádost o poskytnutí sociální péče ve zdravotnickém zařízení, Smlouva o poskytnutí sociální péče ve zdravotnické zařízení.

Doplňující dokumenty, které se vztahují k sociální službě jsou, Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele, Dohodu o spoluúčasti na úhradě nákladů ze strany uživatele nebo příbuzných, Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, Potvrzení o příjmu (poslední výměr důchodu), Vyjádření městského úřadu.

K dokumentům k sociálním lůžkům můžeme řadit Standardy poskytované služby, Vnitřní pravidla, Pracovní postupy chybí.

„Dokumenty k sociálním lůžkům by se daly rozdělit na provozní se, kterými je klient seznámen a dokumenty, které stvrzuje svým podpisem, u lůžkové péče je především zdravotnická dokumentace. Jelikož jsem zároveň i staniční sestrou můžu zasahovat i do této dokumentace“.

Co se týká metod používaných v souvislosti se sociálním lůžkem, jedná se především o individuální práci s klientem, poradenství při práci s rodinou.

„U lůžkové péče, využívám hlavně poradenství, a velmi důležitá je práce s rodinou, které je stěžejní“.

Zdravotnické zařízení č. 2

Cílem služby v tomto zdravotnickém zařízení je poskytovat kvalitní služby, vytvářet příjemné, bezpečné a přirozené prostředí. Podporovat klienty v udržování kontaktů

s rodinou a vnějším prostředím. Pomáhat překonávat nově vzniklou nepříznivou situaci a ztrátu sociálních rolí. Zapojit klienty do místních aktivizačních a terapeutických činností, nabídnout psychologickou podporu.

Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením, chronickým onemocněním.

Druhé zdravotnické má konkrétně vyčleněné pokoje pro sociální lůžka. Sociální služba se poskytuje ve dvou pokojích, jednolůžkovém a dvojlůžkovém. Pokoje jsou vybaveny elektrickou polohovací postelí, poličkou, jídelním stolem, uzamykatelnou šatní skříní a televizí bez poplatku. Pokoje mají vlastní bezbariérové sociální zařízení, součástí je umyvadlo sprchový kout a toaleta.

„Po sepsání smlouvy se pacient stává klientem sociálního lůžka a je přestěhován do jednoho z pokojů určených pro poskytování sociální služby, zde v těchto pokojích platí vnitřní pravidla, se kterými je klient sociálního lůžka seznámen při podpisu smlouvy. Tímto řádem se musí řídit jak klient, tak ošetřující personál“.

Z vlastního pozorování jsme zjistili, že ve skutečnosti personál nerespektoval (neklepal, buzení a hygiena prováděna, i když klient chtěl ještě spát) vnitřní nastavení.

Přímou péči o klienta na sociálním lůžku zabezpečují sanitářky a zdravotní sestry.

„Pracovníky v sociálních službách nemáme, nemůžeme si je dovolit, v nemocnici využíváme hlavně sanitáře, kteří se přímo starají o klienty, i když to není ideální, protože se jedná o sociální službu.“. Aktivizaci klienta na sociálním lůžku zajišťuje sociální pracovnice.

„Ve svém týmu nemáme aktivizační pracovníci, z důvodu financí. Aktivizace je stanovená teoreticky, prakticky se nedá stíhat, jelikož chybí personál na zajištění aktivizace“.

Pozorování: Sociální pracovnice nemá možnost vzhledem ke své pracovní vytíženosti absolutně stíhat aktivizaci klienta dle individuálního plánu. Ve skutečnosti aktivizace klienta neprobíhá. Spíše jak aktivizace se provádí rehabilitace. Aktivizaci by měl vykonávat sociální pracovník, ale vzhledem k pracovní vytíženosti by aktivizaci mohl vykonávat až po své pracovní době.

Individuální plán s klientem sestavuje sociální pracovnice. *„Sestavuji jej s klientem na základě jeho přání a zájmů, jsem zároveň i klíčovým pracovníkem. Nemáme personální zastoupení, abych stanovila klíčového pracovníka. Ale kdyby byl, velmi by mi to ulehčilo práci.“*

Po prostudování Individuálních plánů můžeme konstatovat, že jsou jen teoretické, po

praktické stránce je nemá kdo plnit. Chybí personál, sociální pracovník nemá kapacitu stíhat tuto práci ve své pracovní době. Individuální plán má velmi široké cíle. Nejsou specifikovány postupy dosažení cíle. Denní činnosti úplně chybí.

„V tomto zdravotnickém zařízení působím dvanáct let, předtím jsem pracovala v domově pro seniory. Byl to pro mě dobrý odrazový můstek, ze začátku jsem čerpala z nabytých zkušeností, hlavně co se týče dokumentace. Sociální práce ve zdravotnictví je z mého pohledu hlavně o zkušenostech a orientaci v dané problematice, jelikož moc materiálů k této specifické sociální službě nenajdete musíte být kreativní. Vše kolem služby je jen teoretické nebo na půl rozpracované. Je to dáno tím, že chybí instrukce, jak vést tuto sužbu, pokud zařízení má jen několik registrovaných lůžek. A hlavně chybí personál, který by byl kvalifikovaný k poskytování sociální služby“.

Za základní dokumenty lze považovat Standardy poskytované služby, Vnitřní pravidla.

„Dokumentace je k sociální lůžkům je velmi obsáhlá“. Další dokumenty, v kartě klientů jsou Žádost o poskytnutí sociální péče ve zdravotnickém zařízení, Smlouva o poskytnutí sociální péče ve zdravotnické zařízení, Vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu žadatele, Dohodu o spoluúčasti na úhradě nákladů ze strany uživatele nebo příbuzných, Rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, Potvrzení o příjmu (poslední výměr důchodu) a Vyjádření městského úřadu.

Z metod sociální práce jsou dominantní, individuální práce s klientem a poradenský rozhovor.

„Metody, které používám u lůžkové péče jsou srovnatelné s metodami používaných u sociálních lůžek, jen bych zdůraznila sociální práci s rodinou ta je velmi důležitá a náročná“.

Zdravotnické zařízení č. 3

Cílem služby poskytované v tomto zdravotnickém zařízení je zajistit uživatelům potřebnou podporu a péči, aktivizaci. Podpořit uživatele v udržení či zlepšení jejich schopností a dovedností. Aktivně spolupracovat s uživatelem a jeho rodinou. Co nejdříve klientům zajistit odpovídající péči či sociální službu. Cílovou skupinou jsou dospělé osoby od 27 let s chronickým onemocněním.

Zařízení nemá konkrétně vyčleněné pokoje pro poskytování sociálních lůžek. Sociální služba se proto poskytuje na dvou nebo čtyř lůžkovém pokoji. Záleží na tom, na jaký pokoj se při příjmu (tehdy ještě pacient později klient) přijal.

„Pacienti, kteří se stanou klienty, se nestěhují, zůstávají na pokoji z důvodu praktičnosti. A klient si nemusí zvykat na nové prostředí, předchází se tak dezorientaci. Pokoje nijak neoznačujeme kvůli ochraně osobních údajů“.

Pokoje jsou vybaveny standardně mechanickou polohovací postelí, signalizačním a dorozumívacím zařízením pacient – sestra, poličkou, jídelním stolem, šatní skříň a televizí bez poplatku. Pokoje mají vlastní bezbariérové sociální zařízení, součástí je umyvadlo, sprchový kout a toaleta.

Pozorování: Aktivizační místnost není určena, ale činnosti se mohou provádět ve společenské místnosti, která je uprostřed chodby, kde je i malá knihovna, ale tak i na pokoji klienta.

„Záleží na konkrétní aktivizaci tak i na rozpoložení klienta. Například rehabilitace se provádí jak na lůžku, tak i na chodbě, kde jsou k dispozici rehabilitační přístroje“.

Přímou péči o klienta zabezpečují sanitářky a zdravotní sestry. Dále se o nácvik jemné, hrubé motoriky a chůze starají rehabilitační pracovníci.

„Pracovníky v sociálních službách u nás nenajdete, jelikož nemáme dotované sociální lůžka a hlavně máme více pacientů než klientů sociálních lůžek. Proto i personál kopíruje tento fakt“.

Individuální plán s klientem sepisuje krátce po přijetí na sociální lůžko zdravotně sociální pracovník. Sestavuje tři manuály pro realizaci činností.

„Rozděluji individuální plán na tři okruhy. Dělam manuál pro ostatní pracovníky. První okruh je určen pro rehabilitační pracovníky, kde je popis zvládnání jemné a hrubé motoriky a návrh rozvíjení. Druhý okruh je pro sanitářky, kde je popis zachování a rozvíjení sebeobsluhy a činnostmi s tím spojené, popřípadě jejich nácvik nebo učení. Třetí okruh je určen zdravotním sestram, které kontrolují zvládané úkony. U rehabilitačních pracovníků vyhodnocuji, upravuji činnosti po třech týdnech, u sanitářů je to v průběhu měsíce. Kontrolu provádím jednou za tři měsíce a to i s klientem sociálního lůžka“.

Musíme konstatovat, že individuální plány v tomto zařízení jsou opravdu velmi propracované. Jsou stanoveny konkrétní postupy, které vedou k dosažení stanoveného cíle.

Jsou jasně instruovány, což vede ke komplexní péči o klienta. Je zde i kontrola všeobecných sester, tím vidíme týmovou spolupráci vzájemnou propojenost a návaznost. Chybí pouze kreativní a zájmová činnost klienta na sociálním lůžku.

Aktivizační činnost provádí jak rehabilitační pracovníci, tak sanitářky, které mají jasně stanovené úkony a rozsah činnosti prováděných u klienta na sociálním lůžku.

„Rehabilitační pracovnice provádí rehabilitaci ve stanoveném rozsahu dvakrát až třikrát do týdne. Je to individuální klient si sám určí, jestli chce rehabilitovat či nikoliv. Sanitářky aktivizují klienta během každodenních činností, rozsah mají daný, vychází z momentálního rozpoložení klienta a schopností, které popisují v manuálu. Všechny změny hlásí zdravotní sestře, která mi vše předává a podle toho, upravují činnosti.

Zdravotně sociální pracovnice zde na této pozici působí šest let, předtím v tomto zařízení vykonávala jinou pozici.

„Předchozí pozice, byla pro mě výhodou z důvodu toho, že jsem věděla, jaké jsou zde možnosti personálu a zařízení samotného. Lépe se mi uskutečňovalo nastavení sociální práce, než kdybych zařízení neznala“.

„Zkušenosti mám z domova pro seniory, kde jsem praktikovala a učila se vytvářet dokumentaci. Jak individuální plány klientů, tak pracovní postupy k standardům. Bylo to pro mě velmi obohacující. Podobné plány se snažím přetransformovat sem do našeho zařízení, ne vše však jde“.

Dokumenty používané v tomto zařízení k sociálním lůžkům jsou následující, Žádost o poskytnutí sociální služby ve zdravotnictví, Smlouva k této službě, Informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů, Domácí řád. Pokud je upravena způsobilost k právním úkonům, je nutné předložit rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka, rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, pokud je vyřízen. Dalším důležitým dokumentem jsou Standardy sociální služby, individuální plány s činnostmi a jednotlivými kroky k dosažení jednotlivých cílů. Dále sociální pracovnice vede záznamy z rozhovorů s rodinou a s klientem.

Za nejčastější metodu, kterou využívala zdravotně sociální pracovnice v práci s klientem a jeho rodinou, je poradenský rozhovor, v rámci něj se tvoří postup práce s klientem a jeho rodinou.

„Důležité je co nejvíce zapojit rodinu, se stavět si s nimi plán, co a kde si mají vyřídit. Používám případovou sociální práci, která se mi pomáhá lépe poznat a pochopit klienta a jeho fungování v rodinném systému“.

Dalšími velmi využívanými metodami byli sociální práce s jednotlivcem, úkolově orientovaný přístup, aktivní naslouchání, neverbální komunikace.

„U lůžkové péče využívám ty samé metody jen více využívám sociální práci s rodinou. Rodiny musím instruovat a poskytovat poradenství. Dost často se stává, že rodiny se snaží všechnu zodpovědnost hodit na mě. Nezáměřím se o pacienta ze strany příbuzných narůstá“.

Zdravotnické zařízení č. 4

Cílem služby poskytované v tomto zdravotnickém zařízení je, poskytnout důstojné životní podmínky osobám, jejichž zdravotní stav je dlouhodobě neuspokojivý, nebo které nemohou žít ve své vlastní domácnosti z důvodu snížené soběstačnosti a omezených schopností péče o domácnost. Důležité je podporovat soběstačnost klienta, vycházet z jeho individuálních potřeb, respektovat osobní svobodu. Zajišťovat aktivity. Cílovou skupinou jsou dospělé osoby starší 18 let s chronickým onemocněním.

Čtvrté zdravotnické zařízení má vyčleněné pokoje pro poskytování sociálních lůžek. K tomuto účelu služby slouží dva pokoje (jednolůžkový a dvoulůžkový).

Pokoje jsou vybaveny elektrickou nebo mechanickou polohovací postelí, poličkou, umyvadlem, jídelním stolem, šatní skříní, ledničkou a televizí bez poplatku. Signalizační a dorozumívací zařízení pacient - sestra. Pokoje mají vlastní bezbariérové sociální zařízení, součástí je umyvadlo sprchový kout a toaleta.

Aktivizační místnost zde není, aktivizace se provádí na pokoji klienta. *„K této činnosti nemáme vhodné prostory ani pracovníky. Aktivitu zaznamenávám, ale ve skutečnosti se nerealizují z důvodu mé vytíženosti.“*

Přímou péči o klienta zabezpečují sanitářky a zdravotní sestry. *„U sociálních lůžek by měl přímou péči vykonávat pracovník v sociálních službách podle zákona o sociálních službách, jelikož se jedná o sociální službu. Protože tato služba je v našem zařízení jen doplňující tyto pracovníky u nás nenajdete, nemůžeme si je finančně dovolit“.*

Individuální plán s klientem služby sestavuje zdravotně sociální pracovníce. Vyhodnocení je jednou za půl roku, vedeno v tabulce. Za problematické považujeme, že jsou zde jen činnosti

související se sebeobsluhou klienta v rámci jeho soběstačnosti. Kreativní činnosti zde nejsou zmíněny.

„Snažím se vycházet z klientových zájmů, více je individuální plán orientován na sebe obsluhu a rehabilitaci než na tvůrčí činnosti. Je to z důvodu toho, že nemáme aktivizačního pracovníka a já musím vycházet z toho co je reálné a dostupné.“

„Aktivizační činnosti bych podle standardů našeho zařízení měla vykonávat já, ale není to možné, proto je veden individuální plán jen v oblasti sebeobsluhy, čtení a procházky v areálu našeho zařízení“.

Sociální práci ve zdravotnictví pracovnice v vykonává tři roky.

„Předtím jsem pracovala v domově pro seniory, byl to přechod pro mě do neznámé oblasti. Pokud bych měla mluvit obecně o práci ve zdravotnictví je to nastavení právě sociálního nebo zdravotně sociálního pracovníka. Každé zdravotnické zařízení si vede trochu jinou dokumentaci, není to sjednocené. Zato v domově pro seniory jsou jasně stanovené formuláře a výstupy. Určitě hodně profituji z toho, že jsem dělala předtím v pobytové službě a hodně čerpám se znalostí. Konkrétně mi to pomáhá v nastavení individuálních plánů k sociálním lůžkům“.

Dokumentace, která se vede u klientů sociálních lůžek je následující, Žádost o poskytnutí sociální služby ve zdravotnictví, Smlouva k této službě, Informovaný souhlas se zpracováním osobních údajů, Domácí řád. Pokud je upravena způsobilost k právním úkonům, je nutné předložit rozhodnutí soudu o ustanovení opatrovníka, rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, pokud je vyřízen. Dalším dokumentem jsou Standardy sociální služby, Individuální plány s činnostmi a jednotlivými kroky k dosažení jednotlivých cílů.

Metody, které zdravotně sociální pracovnice využívala, při práci s klientem. *„Respektuji klienta, velmi důležité je kladení otázek musím si zjistit v jakém je rozpoložení, zda je schopen mi odpovědět a porozumět.“*

Práce individuální práce s klientem i s rodinou, sociální poradenství.

„Metody práce u lůžkové péče, vnímám, že práce s rodinou je ve zdravotnictví stěžejní. U sociálního lůžka se víc řeší individuální práce s klientem, než jeho rodinou“.

Zdravotnické zařízení č. 5

Cílem sociální služby poskytované v tomto zdravotnickém zařízení je překlenout období mezi pobytem na lůžku následné péče do doby umístění do pobytového zařízení sociální péče. Mezi hlavní úkoly lze zařadit podporu klienta v oblastech, v nichž jsou jeho schopnosti sníženy. Pomoc a podpora člověku, který se ocitl v nepříznivé sociální situaci, zprostředkování podpůrných služeb pro klienty – podporovat klienta ve využívání běžných služeb, které jsou v daném místě veřejné. Poskytovat služby v nejvyšší možné kvalitě, poskytovat aktivizační činnosti, které vedou k rozvoji jedince. Zajišťovat informace o poskytovaných službách v maximální možné míře tak, aby byly dostupné a srozumitelné pro klienta a širokou veřejnost. Cílovou skupinou jsou osoby s jiným zdravotním postižením, senioři.

Zařízení má určeny dva dvoulůžkové pokoje pro poskytování sociální služby. *„Tyto pokoje se nachází na konci chodby oddělení. Tak aby klienti měli víc soukromí a nebyli rušeni denním provozem“.*

Pokoje jsou vybaveny umyvadlem, vestavěnou šatní skříní, každá postel má signalizační a dorozumívací zařízení pacient - sestra. Pokoje jsou vybaveny elektricky nebo mechanicky ovládanými, výškově polohovacími lůžky. Všechny postele mají k dispozici noční stolek s integrovanou jídelní deskou, na každém pokoji je bez poplatku televizor. Toalety a koupelny jsou zvlášť pro ženy a muže, umístěny na chodbě.

„Aktivizaci s klientem uskutečňujeme na jídelně nebo u něj na pokoji podle toho jak je klient naladěný a jak chce spolupracovat. Ne každý klient je aktivní a chce, být ve společnosti to se snažíme respektovat“.

Přímou péči o klienta zajišťují zdravotní sestry a sanitářky. V sesterně na nástěnce najdeme tabulku, která obsahuje časový harmonogram a rozsah činností poskytovaných u klienta na sociálním lůžku.

Aktivizační činnost dle standardů tohoto zařízení má vykonávat sociální pracovník.

Pozorování: Sociální pracovníci jsem neviděla vykonávat aktivizační činnosti s klienty. Prováděla se rehabilitace, ale nepravidelně maximálně jednou do týdne a to zejména nácvik chůze nebo stoje.

„Aktivizaci klientů se nemohu více věnovat, jelikož mám jen částečný úvazek a musím zde být i pro ostatní pacienty a jejich rodiny, k ruce by byl výhodný pracovník v sociálních“

službách, který by zabezpečoval aktivity klientů na sociálních lůžkách. Ale jsme malá nemocnice a nemáme dotovaná lůžka, proto tato služba funguje jen na půl. Byla by dobrá úprava zákona v této oblasti poskytování sociální služby“.

„Sociálním pracovníkem ve zdravotnickém zařízení jsem rok, předešlé zkušenosti mám pouze z odborných praxí.“

„Klient si sám určí buzení rozsah dopomoci nebo pomoci, v různých činnostech týkající se jeho osoby. Vše je zaznamenáno do individuálního plánu, který je součástí dokumentace, která je vedena u sociálního lůžka“.

Personál to maximálně respektuje a dodržuje.

„Individuální plán sestavuji s klientem, krátce po jeho přeložení na sociální lůžko. Plán sestavuji z předešlých vypořádaných skutečností a možností klienta. Vyhodnocování taktéž provádím já, jednou za tři měsíce“.

Individuální plány jsou velmi nekonkrétní, denní činnosti nejsou specifikovány a není zde rozpracován postup k realizaci cíle. Není zcela jasně definováno na co se má práce s klientem zaměřit.

Vedení dokumentace k sociální lůžkům se skládá se žádosti o poskytnutí sociální služby ve zdravotnickém zařízení, smlouvy, vnitřními předpisy, informovaným souhlasem se zpracováním osobních údajů, potvrzení o výši příjmu, poučení a souhlas s hospitalizací. Dále zpracované standardy služby a individuální plány. Z metod a technik sociální pracovnice používala rozhovor s klientem a rodinou, práce s rodinou, aktivní naslouchání pozorování, neverbální komunikaci.

„Při práci s pacienty lůžkové péče, používám ty samé metody sociální práce. Hlavní metodou je sociální práce s rodinou“.

4.6 Komparace vybraných sociálních lůžek ve Zlínském kraji

Zdravotnické zařízení	ZZ č. 1	ZZ č. 2	ZZ č. 3	ZZ č. 4	ZZ č. 5
Cíl zařízení	Nesprávná formulace	Nesprávná formulace	Ano	Nesprávná formulace	Ano
Cílová skupina	Dospělí (27-64 let) mladší senioři (65-80 let) starší senioři (nad 80 let)	Osoby se zdravotním postižením, chronickým onemocněním	Dospělé osoby od 27 let s chronickým onemocněním	Dospělé osoby starší 18 let s chronickým onemocněním	Mladí dospělí (19-26 let) dospělí (27-64 let) mladší senioři (65-80 let), starší senioři (nad 80 let)
Prostory pro poskytování sociálních lůžek	Nevyhrazeny	Výhrazena	Nevyhrazena	Výhrazena	Výhrazena
Vybavení pokoje	Standardní/ sociální zařízení není součástí pokoje, není televize pouze přípojka	Standardní/ sociální zařízení je součástí pokoje, televize bez poplatku	Standardní/ sociální zařízení je součástí pokoje, televize bez poplatku	Standardní/ sociální zařízení je součástí pokoje, televize bez poplatku, lednička	Standardní/ sociální zařízení není součástí pokoje, televize bez poplatku
Zajištění přímé péče	Všeobecná sestra, sanitář	Všeobecná sestra, sanitář	Všeobecná sestra, sanitář	Všeobecná sestra, sanitář	Všeobecná sestra, sanitář
Aktivizace/rehabilitace	Ano/Ano Aktivizační pracovník, rehabilitační pracovník	Ne/Ano Rehabilitační pracovník	Ne/Ano Sanitář, rehabilitační pracovník	Ne/ Ne	Ne/Ano Rehabilitační pracovník
Dokumenty	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Metody práce	Individuální práce s klientem a jeho rodinou, poradenství	Individuální práce s klientem a jeho rodinou, poradenství	Práce s jednotlivcem, úkolově orientovaný přístup	Individuální práce s klientem a jeho rodinou, poradenství	Individuální práce s klientem a jeho rodinou, poradenství

Zdroj: (Vlastní zpracování)

V následujícím textu se zaměříme na komparaci sociální služby ve zdravotnickém zařízení takzvaná sociální lůžka. U zařízení, které jsme popsali v předešlé kapitole. Kvůli přehlednosti byla vytvořena tabulka.

Z výzkumu vyplynulo, že tři zdravotnická zařízení mají nesprávnou formulaci cílů k sociální službě. Cílová skupina je jasně za definována pouze u dvou zdravotnických zařízení. Samostatné prostory pro poskytování sociální služby ve zdravotnictví jsou vyhrazeny pouze ve třech zařízeních. Zdravotnické zařízení č. 1,3 nemají vyhrazené pokoje pro tuto službu.

Standartním vybavení pokoje je myšleno: Elektrická (mechanická) polohovací postel, signalizační a dorozumívající zařízení pacient – sestra, umyvadlo, jídelní stolec, šatní skříň, polička, osvětlení. Dále bylo zjištěno, že vybavení pokojů se liší pouze umístěním sociálního zařízení a to u zdravotnických zařízení č. 1, 5, kde sociální zařízení není součástí pokoje, kde se poskytuje sociální služba.

Výzkumným šetření bylo dále zjištěno, že skladba personálu při zajišťování přímě péče u klienta sociálního lůžka je ve všech pěti Zdravotnický zařízení stejná. Při poskytování sociální služby je úplná absence pracovníku v sociálních službách, z důvodu financí a malého počtu sociálních lůžek.

Rozdíl je pouze u pracovníků, kteří se podílejí na aktivizačních činnostech. Ve Zdravotnickém zařízení č. 2,4 zajišťují aktivizační činnosti sociální pracovníce, ale pouze jen teoreticky, protože jsou vytížené po pracovní stránce, prakticky se aktivizace neprovádí. Zdravotnické zařízení č. 1 má svého aktivizačního pracovníka, ale nevyužívá se u klientů upoutaných na lůžko. U Zdravotnického zařízení č. 3 supluje aktivizačního pracovníka rehabilitační pracovníci a sanitáři.

Základní dokumentace (Standardy služby, Vnitřní pravidla (řád), Individuální plán klienta) k sociálním lůžkům byla zpracována ve všech zdravotnický zařízení.

Metody sociální práce často sociální a zdravotně sociální pracovníce zaměřovali s technikami. Je to patrné ze všech vytvořených kazuistik. Za nejvíce využívanou metodu uvádějí individuální práci s klientem a poradenství, za základní techniku pak rozhovor.

4.7 Závěry a doporučení pro praxi

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat poskytování sociální služby ve zdravotnictví takzvaná sociální lůžka ve vybraných pěti zdravotnických zařízeních ve Zlínském kraji. V souvislosti s vytyčeným cílem práce byly vytvořeny tři dílčí cíle a na základě jejich uskutečnění došlo k naplnění cíle bakalářské práce.

Prvním dílčím cílem bylo charakterizovat prostory, ve kterých se poskytuje uvedená sociální služba ve zdravotnických zařízeních. Dvě z pěti zařízení nemají určeny pokoje pro poskytování sociální služby. Z kazuistik vyplývá, že vyhrazení pokojů pro účely sociální služby je zásadní, proto aby byla sociální služba jasně oddělena od zdravotní lůžkové péče.

U Zdravotnických zařízení č. 1,3 bychom doporučovali vymezit pokoje pro poskytování sociální služby, tak aby se oddělila zdravotnická lůžka od sociálních. Vypracované Vnitřní řády se tak mohou realizovat a klient bude mít své soukromí a zázemí. Může si stanovit individuální denní režim, četnost poskytování péče o vlastní osobu (čas, vstávání, rozložit denní činnosti podle svých přání a potřeb).

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda skladba personálu je přizpůsobena sociální službě v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Z výsledků výzkumu vyplývá, že personální obsazení se při poskytování sociální služby ve zdravotnickém zařízení neliší od zdravotnické lůžkové péče. Hlavním důvodem je charakter zařízení, malý počet sociálních lůžek a finanční omezenost zařízení. Z výzkumu vyplývá, že je velká přetíženost jak sociálních a zdravotně sociálních pracovníků, ale i dalšího zdravotnického personálu, který není této službě uzpůsoben. Kromě sociálních a zdravotně sociálních pracovníků zde není kompetentní osoba pro vykonávání sociální služby.

Posilou do týmu a také východiskem z této nepříznivé situace by se mohli stát zaškolení dobrovolníci, ale také praktikanti ze škol. Pomáhali by především uskutečňovat aktivizační činnosti a udržovat kontakt se společenským prostředím, který je pro klienta velmi důležitý. Tito pracovníci by tak ulehčovali i tak vytíženému personálu a aktivizace by mohla být uskutečňována dle individuálního plánu klienta. Další nespornou výhodou je, že by finančně nezatížili nemocnici.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou rozdíly v poskytování sociální služby v porovnání se zdravotním lůžkem. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejsou rozdíly v poskytování sociální služby ve zdravotnickém zařízení a zdravotní lůžkovou péčí. I když klient sociálního lůžka tuto službu platí, není mu kvalitně poskytována. Znaky sociální

služby vidíme především ve vedení základní dokumentace (Standardy, Vnitřní pravidla) k sociálním lůžkům a používáním sociálních metod, ale z hlediska péče má velké nedostatky. Tento aspekt by mohla změnit reforma Zákona o sociálních službách a to především v detailnějším nastavení popisu práce, personálu a nastavení sociální služby ve zdravotnictví.

Z výzkumu vyplynula nejednotnost v poskytování sociální služby ve zdravotnickém zařízení. Jednotlivá zařízení si sociální službu nastavují jen teoreticky, po praktické stránce není dosažena, jelikož chybí personální obsazení, prostory a finance.

Sociální pracovníci jsou za hlčeni administrativou. Tento fakt by pomohla změnit úprava Zákona o sociálních službách. A to zejména v ustanovení počtu a konkretizaci pracovníků, kteří tuto službu budou zabezpečovat.

Nyní se zdá, že tato sociální služba nemá strukturu, a nejspíš i budoucnost. Nic méně se ukazuje, že poptávka po této sociální službě stoupá. Jelikož sociální služby jsou přetížené a okamžitá návaznost mezi zdravotnickým zařízením a pobytovými nebo terénními službami je jen výjimkou. Jiná překlenovací sociální služba mezi zdravotní službou neexistuje. Proto by se měla přesně zakotvit a lépe stanovit pravidla v jejím poskytování. Tak aby splňovala náležitosti sociální služby, ale zároveň nebyla přítěží pro zdravotnické zařízení. Klient, který je plátcem sociální služby ve zdravotnickém zařízení, má právo na kvalitní a komplexní službu, která mu je poskytována v rámci daného zařízení.

Tato práce mi přinesla praktické zkušenosti a hlubší pohled na sociální službu v nemocnici takzvaná sociální lůžka. Výsledky výzkumu mohou posloužit ke zvyšování povědomí, veřejnosti, ale i pracovníků v sociálních službách ve zdravotnictví. Nutnosti změny v nastavení této poskytované služby jsou velmi významné.

5 ZÁVĚR

V současné době se demografické stárnutí stává jednou z nejdiskutovanějších oblastí. Neustále se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se procento dětí mladších 15 let. Jednou z příčin je pokles porodnosti a dalším aspektem je prodlužování naděje na dožití. Důsledky demografického stárnutí postihují všechny oblasti sociálního a ekonomického vývoje. Tento problém je patrný v oblasti sociálních služeb zacílený na seniory. Chybí kapacity pobytových i terénních služeb pro tuto cílovou skupinu.

Sociální práce ve zdravotnictví je odborná, dynamická, specifická neustále se rozvíjející oblast. Je zacílena na pomoc pacientům a jejich rodinám, kteří potřebují odbornou pomoc. Pomáhá rodině pacienta se zorientovat v oblasti následné péče o pacienta, možnosti využití nebo doplnění sociálních služeb a poradenství při vyřizování Žádosti o příspěvek na péči.

Sociální pracovník je prostředníkem mezi vnitřním a vnějším týmem. Koordinuje návaznost služeb, tak aby individuálně vyhovovali a účinně pomáhali pacientovi a jeho rodině. Provází pacienta během hospitalizace a snaží se společně s pacientem najít vhodné řešení jeho nepříznivé životní situace.

Přemostění zdravotnické a sociální služby nyní zabezpečují sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení „*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*“. MPSV ČR (2006, s. 21)

Propojení sociální a zdravotní oblasti je velmi žádoucí, jelikož komplexně působí na péči o pacienta a rodině poskytujeme stabilitu a subvenci. Bohužel nejednotnost a různé postoje těchto oblastí neustále vyčleňuje sociálního pracovníka na okraj.

Cílem této práce bylo porovnat pět zdravotnických zařízení, které poskytují sociální služby ve zdravotnickém zařízení. Poukázat na významnost a nezastupitelnost této služby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ARTS, W., L. Halman. 1999. *New Direction in Quantitative Comparative Sociology*, USA, New York: International journal of Comparative Sociology, 1999. 40 s. [online]. Dostupný také z: <http://dx.doi.org/10.1177/002071529904000101>.
- BEDER, Joan. *Hospital social work, the interface of medicine and caring*, USA, New York: Tylor and Francis group, LLC, 2006. 208 s. ISBN 978-04-159-5067-1.
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008, *Pracovní postup, proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2008. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf
- ČESKO. *Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách*. In: Sbírkka zákonů České republiky [online]. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- DRAGANOVÁ, Helena a kol. *Sociální starostlivost'*. Vydavatel'stvo Osveta spol. s. r. o., 2006, 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, 262 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
- JANEBOVÁ, Renata a Libor MUSIL. *Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc*. *Sociální práce* [online]. 2007, 2007(1), [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.socialniproace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf
- JANDOUREK, Jana. *Úvod do psychologie*. Vydání 2. Praha: Portál, 2009, 231 s. ISBN 978-80-7367-644-5.
- KODYMOVÁ, Pavla. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. Karolinum,

2013, 132 s. ISBN 978-80-246-2256-9.

- KODYMOVÁ, Pavla. *Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce*. (přednáška) Praha: FF UK, 28. 1. 2016.
- KOLAJOVÁ, Lenka., *Týmová spolupráce*, Grada 2006, 112 s. ISBN 80 – 247 – 1764 – 6.
- KREJČÍKOVÁ, Olga, a kol., *Malý lexikon sociálních služeb*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, 85 s. ISBN 978-80-244-2754-6.
- KRÜGER, Wolfgang. *Vedení týmů: jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým*. Praha: Grada, 2004, 108 s. Poradce pro praxi. ISBN 8024707802.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011, 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KUZÍKOVÁ, Iva. *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2017, 97 s. ISBN 978-80-7464-968-4.
- LEVICKÁ, Jana a Alžbeta MRÁZOVÁ. *Úvod do sociální práce*. Trnava: Trnavská univerzita, 2004, 124s. ISBN 80-89104-35-5.
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016, 271 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MPSV ČR, 2007, *Otázky a odpovědi k zákonu č. 10/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím*

- zákona o sociálních službách* [online]. Praha: MPSV ČR, 2007. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf
- MPSV ČR, 2006, *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online]. Praha: MPSV ČR, 2006. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
 - MZ ČR, 2006, *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení k aplikaci zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. Praha MZ ČR, 2006. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c108/2006-sb-_1613_3.html
 - NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
 - OLÁH, Michal, Ján HUČÍK, Alena HUČÍKOVÁ, et al. *Sociálna práca v praxi: (najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce)*. Bratislava: Iris, 2016, 398 s. ISBN 978-80-89726-58-5.
 - PAYNE, Malcolm. *Modern social work theory*. 4th ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, xxii, 441 s. ISBN 978-0-230-24960-8.
 - PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3871-0.
 - REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
 - SEVEROVÁ, Jana, 2005, Sociální práce ve zdravotnictví. *Sestra*[online]. [cit. 2005-09-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>
 - ŠIMKOVÁ, Lenka. Role sociálního pracovníka – mnohvrstevnatá, dynamická a proměnlivá. *Sociální revue* [online]. Velká Británie: Sociální revue, 2014 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/role-socialniho-pracovnikamnohvrstevnata-dynamicka-a-promenliva#2>
 - ŠRLA, Petr, Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003, 477, [12] s. ISBN 80-7172-841-1.
 - TOMEŠ, Igor. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 2001, 262 s. ISBN 80-8684-00-9.
 - VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009, 210

s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-877-6.

- VURM, Vladimír. *Výbrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- WINKLER, Jiří, Iveta ZELENKOVÁ. *Propojování sociálních a zdravotních služeb*. Brno: 2015 [online]. Brno Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studiepropojovaniszs.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Podklad rozhovoru se sociálními a zdravotně sociálními pracovníci

Příloha č. 2 - Přepis rozhovoru se sociální pracovnící ze Zdravotnického zařízení č. 1

PŘÍLOHA Č. 1

Podklad rozhovoru se sociálními a zdravotně sociálními pracovníci

1. Jaké jsou cíle sociální služby poskytované ve vašem zařízení?
2. Pro jakou cílovou skupinu je sociální služba určena?
3. Jak dlouho zastáváte pozici zdravotně sociálního pracovníka?
4. Máte zkušenosti z jiných sociálních zařízení?
5. Jaké je vybavení pokojů, ve kterých se poskytuje sociální služba?
6. Jaké je vybavení pokojů, ve kterých se poskytuje sociální služba?
7. Kde se uskutečňují aktivizační činnosti?
8. Jaká je skladba personálu zabezpečující přímou péči o klienta na sociálním lůžku?
9. Kdo sestavuje a vyhodnocuje individuální plán klienta na sociálním lůžku?
10. Který pracovník zajišťuje aktivizační činnosti klienta na sociálním lůžku?
11. Jakou dokumentaci zpracováváte v souvislosti se sociálními lůžky?
12. Jsou rozdíly v přímé péči u sociální služby v porovnání se zdravotním lůžkem?
13. Odlišují se aplikované metody u sociálních lůžek v porovnání s lůžkovou péčí?

PŘÍLOHA Č. 3

Přepis rozhovoru se sociální pracovnící ze zdravotnického zařízení č. 1

1. Jaké jsou cíle sociální služby poskytované ve vašem zařízení?
„Cílem služby je vytvářet příležitosti k tomu, aby uživatelé naší sociální služby mohli uplatňovat vlastní vůli, usilujeme o jejich seberealizaci, aktivizaci, spokojenost a samostatnost. Poskytujeme pobytové sociální služby, s dostupnou kvalitní zdravotní péčí přímo v komplexu zdravotnického zařízení“.
2. Pro jakou cílovou skupinu je sociální služba určena?
„Věková struktura cílové skupiny jsou dospělí (27-64 let), mladší senioři (65-80 let), starší senioři (nad 80 let)“.
3. Jak dlouho zastáváte pozici zdravotně sociálního pracovníka?
„Sociální práci vykonávám souběžně s výkonem staniční sestry, jelikož nám chybí kvalifikovaný sociální pracovník. A hlavně je velký problém sehnat sociální pracovníci na poloviční úvazek. V posledním roce u nás sice stoupá poptávka po sociální práci z řad rodin, ale naše zařízení není tak velké, aby mohlo zaměstnávat sociální pracovníci na plný úvazek. Tuto činnost provozuji tři roky, musela jsem si dodělat kurz zdravotně sociálního pracovníka, abych mohla vykonávat tuto práci.“
4. Máte zkušenosti z jiných sociálních zařízení?
„Zkušenosti z jiných sociálních zařízení ani z jiné sociální práce nemám, vše si zjišťuji od kolegyně z jiných zdravotnických zařízení, snažím se jezdit na školení, ale těch je velmi málo, nejsou zaměřena konkrétně na poskytování sociálních služeb ve zdravotnictví, ale je to pro všechny sociální služby“.
5. Jaké je vybavení pokojů, ve kterých se poskytuje sociální služba?
„Sociální lůžka se provozují na pokojích čtyř, pěti a sedmi lůžkových. Nemáme pro tuto službu konkrétně vyčleněné pokoje“.
6. Jaké je vybavení pokojů, ve kterých se poskytuje sociální služba?
„Vybavení pokojů pro sociální službu je stejné od jako u poskytované lůžkovou péči. Konkrétně jsou pokoje vybaveny elektrickou polohovací postelí, poličkou, umyvadlem, jídelním stolem a společnou šatní skříní, přípojkou na televizi a internet. Sociální zařízení, není součástí pokojů, nachází se na chodbě je společné pro muže a ženy. Televize je umístěna pouze ve společenské místnosti, bez poplatku. Po dohodě s vrchní sestrou si klient může přinést vlastní televizor nebo rádio.“

7. Kde se uskutečňují aktivizační činnost?

„Aktivit se můžou účastnit, jak klienti sociální služby, tak i pacienti nemocnice“. Je zde i umístěna volně přístupná knihovna pro pacienty a klienty. Pro aktivizaci klientů a pacientů by byl lepší uzavřený prostor, aby se mohli lépe soustředit na aktivizaci. V současné době se aktivizace provádí ve společné jídelně, která je součástí chodby, kde se realizuje i rehabilitace. Tím pádem dochází k rušivým elementům, pacienti a klienti se hůře soustředí. Pokud mají zhoršený sluch, špatně se s nimi i komunikuje a instruuje k vykonávání činností. Máme prostory, které by byly vhodnější k poskytování aktivizační služby, ale bohužel nevyhovují z důvodu bezbariérovosti“.

8. Jaká je skladba personálu zabezpečující přímou péči o klienta na sociálním lůžku?

„Přímou péči vykonávají zdravotní sestry a sanitáři. Jiný přímo obslužný personál nemáme. Pracovník v sociálních službách by byl jistě kvalifikovanější vzhledem k poskytované sociální službě, ale jsme především nemocnice a bylo by pro ni nevýhodné zaměstnávat pracovníka v sociálních službách. Už z toho důvodu, že tuto službu poskytujeme jen zřídka a nemáme dotovaná sociální lůžka“.

9. Kdo sestavuje a vyhodnocuje individuální plán klienta na sociálním lůžku?

„, Individuální plán sestavuji a vyhodnocuji já, jelikož klíčový pracovník zde není a mám to tak i vedené ve standardech, které jsou sestaveny právě k této službě. U sociálního lůžka je formulář k denním činnostem, tam se k jednotlivým činnostem napíše čas a podpis ošetřovatelky, která má ten den službu. Formulář se pak zakládá do složky sociálního lůžka“.

10. Který pracovník zajišťuje aktivizační činnosti klienta na sociálním lůžku?

„, O aktivizaci klientu na sociálních lůžkách se stará naše aktivizační pracovnice, která je zde třikrát do týdne. Aktivizační pracovnice sestavuje měsíční plán aktivit pro pacienty a klienty sociálního lůžka dohromady. Aktivizace se uskutečňuje s klienty a pacienty soběstačnými a schopnými se dopravit do společenské místnosti. Pokud je klient upoután na lůžku provádí se u něj jen rehabilitace, která je brána taktéž jako aktivizace a je zahrnuta v individuálních plánech.

11. Jakou dokumentaci zpracováváte v souvislosti se sociálními lůžky?

„,Dokumenty k sociálním lůžkům by se daly rozdělit na provozní (standarty, vnitřní pravidla) se, kterými je klient seznámen a dokumenty, které stvrzuje svým podpisem (žádost o službu, smlouva, u lůžkové péče je především zdravotnická dokumentace. Jelikož jsem zároveň i

staniční sestrou můžu zasahovat i do této dokumentace“.

12. Jsou rozdíly v přímé péči u sociální služby v porovnání se zdravotním lůžkem?

„V podstatě nejsou žádné, jelikož se nedá oddělit sociální lůžko od zdravotnického“.

13. Odlišují se aplikované metody u sociálních lůžek v porovnání s lůžkovou péčí?

„Nejdůležitější je rozhovor a individuální péče s klientem, a pokud je rodina tak sociální práce s rodinou. U lůžkové péče, využívám hlavně poradenství, a velmi důležitá je práce s rodinou, které je stěžejní“.

