



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



ČINNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA NA ODDĚLENÍ SOUDNÍCH OCHRANNÝCH LÉČEB

Diplomová práce

Studijní program: N7508 – Sociální práce
Studijní obor: 6731T012 – Sociální práce
Autor práce: **Bc. Zlatuše Aszmongyová**
Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Zlataše Aszmongyová
Osobní číslo: P13001091
Studijní program: N7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Název tématu: Činnosti zdravotně sociálního pracovníka na oddělení soudních
ochranných léčeb
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Popsat obsah činností zdravotně sociálního pracovníka na oddělení soudních ochranných léčeb. Zkoumat očekávání klientů, členů multidisciplinárního týmu a samotných sociálních pracovníků od obsahu činností zdravotně sociálního pracovníka na oddělení soudních ochranných léčeb.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Obsahová analýza, polostandardizovaný rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- HAVRDOVÁ, Z., 2000. Kompetence v praxi sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-902081-8-5.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J., 2004. Psychiatrie. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-7-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, I., aj., 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LAAN, G., 1998. Otázky legitimace sociální práce: pomoc není zboží. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-41-3.
- MAHROVÁ, G., aj., 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1326-4.
- ROONEY, R. H., 2009. Strategies for Work with Involuntary Clients. 2nd ed. New York ; Chichester: Columbia University Press. ISBN 978-0-231-13319-7.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky, metody zakotvené teorie. 1. vyd. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- TROTTER, Ch., 2006. Working with Involuntary Clients: A Guide to Practise. 2nd ed. London: Allen - Unwin. ISBN 9781741148299.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

1. listopadu 2013

Termín odevzdání diplomové práce:

25. dubna 2014

doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.

doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 4. listopadu 2013

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Květuši Slukové, Ph.D. za její podporu a odborné rady, které mi poskytovala při tvorbě diplomové práce. Děkuji také své přítelkyni Mgr. Kamile Břachové, která si vždy našla čas a byla mi důležitou oporou po celou dobu psaní diplomové práce. Poděkování náleží také všem účastníkům výzkumného šetření. Velké poděkování vyjadřuji svým nejbližším, kteří mě podporovali během celého studia a vytvářeli mi tak potřebné zázemí.

Anotace

Diplomová práce se zabývá činnostmi zdravotně sociálního pracovníka na oddělení soudních ochranných léčeb. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické, a stanovuje si dva cíle, zmapovat činnosti zdravotně sociálních pracovníků na oddělení ochranných léčeb a zjistit očekávání samotných sociálních pracovníků, klientů a multidisciplinárního týmu od těchto činností.

V teoretické části práce jsou činnosti mapovány na základě kompetencí daných odbornou literaturou a zákonných norem určujících činnosti zdravotně sociálních pracovníků. Teoretická část dále vymezuje pojmy sociální práce, sociální pracovník, zdravotně sociální práce, zdravotně sociální pracovník. Poslední kapitola je věnována institutu ochranné léčby a zabezpečovací detence. V empirické části jsou mapovány činnosti zdravotně sociálních pracovníků na základě náplně práce a výpovědí respondentů. Dále bylo zkoumáno očekávání zdravotně sociálních pracovníků, multidisciplinárního týmu a klientů od činností zdravotně sociálního pracovníka. Informace jsou získávány za použití kvalitativní metody expertního dotazování a polostrukturovaného interview.

V závěrečné části práce jsou shrnuty výsledky z výzkumného šetření a učiněna doporučení pro praxi.

Klíčová slova

sociální pracovník, sociální práce, zdravotně sociální pracovník, zdravotně sociální práce, kompetence zdravotně sociálního pracovníka, činnosti zdravotně sociálního pracovníka, multidisciplinární tým, klient/pacient, ochranná léčba

Annotation

This Thesis focuses on the activities of Medical Social Workers in the Department of Involuntary Court Ordered Treatments. It is divided into two sections, theoretical and empirical. The objective is to explore the activities of medical social workers in the departments of involuntary court ordered treatments and explore the expectations arising from the work of the medical social workers themselves as well as those of their clients and multidisciplinary teams.

In the theoretical part activities are determined based on competencies set out by scholarly literature and the legal framework governing the activities of the medical social worker. The theoretical part also defines terms such as social work, social worker, medical social work, medical social worker. The last chapter is dedicated to the institution of involuntary court ordered treatments and securing a detention. The empirical section is organised based on job description and respondents' answers. This is then followed by the expectations of the medical social workers, multidisciplinary teams and clients of the activities of the medical social workers were analysed. Information is gathered using a quantitative method of expert interrogation and semi-structured interviews.

In the final part of the thesis the outcomes of the research survey are summarized and recommendations are made for the practise.

Key Words

Social Worker, social work, Medical Social Worker, medical social work, competencies of Medical Social Worker, activities of Medical Social Worker, multidisciplinary team, client/patient, involuntary court ordered treatment

OBSAH

OBSAH	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
SEZNAM TABULEK.....	10
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	14
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE	14
3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	15
3.1 VYMEZENÍ OBECNĚ	15
3.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V RÁMCI LEGISLATIVY	17
3.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V RÁMCI KOMPETENCÍ	17
4 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE	19
4.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ – VYMEZENÍ, POTŘEBNOST, VÝZNAM PRO SPOLEČNOST	19
4.2 HISTORIE A SOUČASNOST SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČR.....	21
4.3 VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ V RÁMCI ZÁKONA	23
4.4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A KONCEPTY ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	25
4.4.1 Psychosociální koncept	25
4.4.2 Systémová koncepce	26
4.4.3 Ekologický koncept.....	26
4.4.4 Úkolový přístup	27
4.4.5 Koncept sociálního fungování	28
4.4.6 Sociální práce orientovaná na životní svět	28
4.4.7 Ekosociální koncept.....	28
4.4.8 Systémově procesuální přístup	29
4.5 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	30
4.5.1 Metody sociální práce s jednotlivcem.....	30
4.5.2 Přístup orientovaný na klienta	31
4.5.3 Systemický přístup v zdravotně sociální práci.....	31
4.5.4 Úkolově orientovaný přístup v zdravotně sociální práci	32
4.5.5 Případová práce v zdravotně sociální práci.....	33
4.6 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SKUPINOU.....	34
4.7 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE S KOMUNITOU	34
4.8 ETIKA V SOCIÁLNÍ PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	35
5 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	37
5.1 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI.....	37
5.2 ČINNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	40
5.2.1 Činnosti dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních	40
5.2.2 Činnosti dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků	40
5.2.3 Činnosti dle katalogu prací	42
5.2.4 Činnosti dle kompetencí zdravotně sociálního pracovníka	42
5.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NA PSYCHIATRII.....	44
5.4 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU.....	46
5.5 KLIENT NEBO PACIENT?	48
6 OCHRANNÁ LÉČBA	48
6.1 OCHRANNÁ OPATŘENÍ OBECNĚ	48
6.2 INSTITUT OCHRANNÉ LÉČBY	49
6.2.1 Základní cíle ochranného léčení.....	50
6.2.2 Zákonná úprava ochranného léčení	51
6.2.3 Základní zásady ukládání ochranného léčení.....	52
6.3 ULOŽENÍ OCHRANNÉHO LÉČENÍ	53
6.3.1 Obligatorní uložení ochranného léčení	54

6.3.2	<i>Fakultativní uložení ochranné léčby</i>	55
6.4	FORMY A MÍSTO VÝKONU OCHRANNÉHO LÉČENÍ	55
6.5	DRUHY OCHRANNÉHO LÉČENÍ.....	56
6.5.1	<i>Ochranné léčení psychiatrické</i>	58
6.5.2	<i>Ochranná léčba sexuologická</i>	58
6.5.3	<i>Ochranná léčba protialkoholní a protitoxikomanická</i>	60
6.6	MÍSTO VÝKONU OCHRANNÉHO LÉČENÍ	61
6.7	TRVÁNÍ OCHRANNÉHO LÉČENÍ	63
6.8	ZMĚNA OCHRANNÉHO LÉČENÍ.....	63
6.9	UKONČENÍ A PROPUŠTĚNÍ Z OCHRANNÉHO LÉČENÍ	64
6.10	UPUŠTĚNÍ OD OCHRANNÉHO LÉČENÍ	65
7	ZABEZPEČOVACÍ DETENCE	65
7.1	PRÁVNÍ VYMEZENÍ ZABEZPEČOVACÍ DETENCE	66
7.1.1	<i>Obligatorní uložení zabezpečovací detence</i>	67
7.1.2	<i>Fakultativní uložení zabezpečovací detence</i>	67
7.2	VÝKON A PRŮBĚH VÝKONU ZABEZPEČOVACÍ DETENCE	68
7.3	TRVÁNÍ A UKONČENÍ ZABEZPEČOVACÍ DETENCE	69
7.4	OCHRANA OSOB POŠKOZENÝCH	69
	EMPIRICKÁ ČÁST	70
8	ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA VÝZKUMU	70
9	CÍL VÝZKUMU A ZVOLENÁ VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	71
10	METODA TVORBY DAT	72
11	METODA ANALÝZY DAT	74
12	POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	75
12.1	SKUPINA ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNICE	76
12.2	SKUPINA MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	76
12.3	SKUPINA KLIENTI	78
13	MÍSTO A PRŮBĚH REALIZACE VÝZKUMU	79
14	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	80
15	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	81
16	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	82
17	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	82
17.1	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1.....	82
17.2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2.....	88
17.2.1	<i>Podotázka č. 1</i>	89
17.2.2	<i>Podotázka č. 2</i>	100
17.2.3	<i>Podotázka č. 3</i>	108
18	DISKUZE VÝSLEDKŮ	118
19	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	124
20	NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ PRO PRAXI	129
	ZÁVĚR.....	132
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	136
	SEZNAM PŘÍLOH	143

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

OL – ochranná léčba

ZSP – zdravotně sociální pracovník

Seznam tabulek

TABULKA 1 - PŘEHLED POČTU ULOŽENÝCH OCHRANNÝCH LÉČENÍ V ČR V LETECH 2011-2013.....	57
TABULKA 2 - PACIENTI PŘIJATÍ DO PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE KOSMONOSY V LETECH 2009-2013	57
TABULKA 3 - PŘEHLED VĚZNIC ZAJIŠŤUJÍCÍCH VÝKON OCHRANNÉ LÉČBY.....	62
TABULKA 4 - PŘEHLED ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ ZAJIŠŤUJÍCÍCH VÝKON OCHRANNÉ LÉČBY ÚSTAVNÍ .	62
TABULKA 5 - JAKÉ ČINNOSTI VYKONÁVAJÍ ZSP NA ODDĚLENÍ OCHRANNÝCH LÉČEB? ZDROJE DAT	83
TABULKA 6 - PODOTÁZKA Č. 1, OBLAST ZKOUMÁNÍ „NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ČINNOSTI ZSP“	92
TABULKA 7- PODOTÁZKA Č. 1, OBLAST ZKOUMÁNÍ „SPOLUPRÁCE V TÝMU, DENNÍ HARMONOGRAM"	95
TABULKA 8 - PODOTÁZKA Č. 1, OBLAST ZKOUMÁNÍ „ODBORNÉ A ZBYTEČNÉ ČINNOSTI"	97
TABULKA 9 - PODOTÁZKA Č. 1, OBLAST ZKOUMÁNÍ „OČEKÁVÁNÍ, CO SCHÁZÍ, NAVRHOVANÉ ZMĚNY"	99
TABULKA 10 - PODOTÁZKA Č. 2 - OBLAST ZKOUMÁNÍ „NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ČINNOSTI ZSP“	102
TABULKA 11 - POLOŽKA Č. 2 OBLAST ZKOUMÁNÍ „SPOLUPRÁCE V TÝMU, DENNÍ HARMONOGRAM"	104
TABULKA 12 - PODOTÁZKA Č. 2 OBLAST ZKOUMÁNÍ „ODBORNÉ A ZBYTEČNÉ ČINNOSTI"	106
TABULKA 13 - PODOTÁZKA Č. 2 OBLAST ZKOUMÁNÍ „OČEKÁVÁNÍ, CO SCHÁZÍ, ZMĚNY"	108
TABULKA 14 - PODOTÁZKA Č. 3, OBLAST ZKOUMÁNÍ „NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ČINNOSTI ZSP“	111
TABULKA 15 - PODOTÁZKA Č. 3, OBLAST ZKOUMÁNÍ „SPOLUPRÁCE V TÝMU, DENNÍ HARMONOGRAM" ...	114
TABULKA 16 - PODOTÁZKA Č. 3, OBLAST ZKOUMÁNÍ „ODBORNÉ A ZBYTEČNÉ ČINNOSTI"	116
TABULKA 17 - PODOTÁZKA Č. 3, OBLAST ZKOUMÁNÍ „OČEKÁVÁNÍ, CO SCHÁZÍ, ZMĚNY"	118

Úvod

Pro zpracování své diplomové práce jsem si zvolila téma činnosti zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb. Sama pracuji jako zdravotně sociální pracovnice na takovémto oddělení v psychiatrické nemocnici. Když jsem před jedenácti lety na tento pracovní post nastoupila, nevěděla jsem nic o specifických této práce. V té době nebyla ani pracovní pozice zdravotně sociálního pracovníka v zdravotnickém zařízení jasně vymezena zákonnými normami. Byla to pracovní pozice jiný odborný pracovník, nazývali nás sociálními sestrami, sociálními pracovnicemi apod. Nebylo nijak blíže specifikováno naše pracovní postavení a přesně vymezeny naše činnosti. Náplně práce byly tvořeny dle potřeb organizace. Skutečně vykonávané činnosti zdravotně sociálních pracovníků se v praxi mnohdy ani nedotýkaly činností odborných, specifických pro sociální pracovníky ve zdravotnictví. Respektive alespoň z mých zkušeností a znalostí od jiných kolegyně na stejném pracovním postu tyto kolegyně vykonávaly kromě odborných činností především vše, co se komukoliv nechtělo vykonávat nebo co nebylo zřejmé, kdo vykonat má. Postupně, jak bude v teoretické části diplomové práce popisováno, se situace změnila s přijetím zákona o sociálních službách, zákona o nelékařských zdravotnických povoláních a vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků. Na základě těchto zákonných norem došlo k upevnění pozice zdravotně sociálního pracovníka, k zlepšení jeho postavení, k oprávněnosti jeho postavení a specifikaci činností. K zlepšení vymezení kompetencí u všech pracovních pozic v našem zařízení došlo i díky akreditaci zařízení na základě externího auditu Spojené akreditační komise ČR.

Protože jsem se v počátcích své činnosti na oddělení ochranných léčeb cítila neukotvená, nemající jak obhájit své odborné činnosti pro klienty, teoreticky nedostatečně vybavená pro výkon profese, začala jsem studovat na Technické univerzitě v Liberci obor sociální práce. V průběhu studia se toho v mé práci mnoho změnilo, cítím se jistější v prováděných činnostech, cítím se oprávněná tyto činnosti vykonávat a vím, proč a kdy používám různé metody sociální práce. Zajímalo mě, jak vnímají zdravotně sociální pracovníky v současné době členové multidisciplinárních týmů a klienti oddělení ochranných léčeb. Zajímalo mě také, jak vnímají sami zdravotně sociální pracovnice pracující na těchto odděleních svoji pozici, svá očekávání od činností, které vykonávají, jak vnímají svoji potřebnost, možnost vykonávat svou

práci odborně apod. Proto jsem si zvolila pro svou diplomovou práci téma činnosti zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb.

Myslím si, že zdravotně sociální pracovníci jsou nezbytnou součástí multidisciplinárních týmů ve zdravotnických zařízeních, nejen u nás v psychiatrické nemocnici. Je třeba na každého člověka, i na člověka s handicapem, pohlížet jako na bytost celostní bio-psycho-sociálně-spirituální. Případná léčba musí být též komplexní, musíme pomáhat léčit duši, tělo a zároveň řešit sociální problémy našich pacientů. Těžko člověk, který se vyléčí z jakékoliv nemoci, pokud nebude mít vhodné sociální zázemí, kontakty s rodinou a blízkými, podporu okolní komunity, bude spokojeným a platným členem společnosti. Toto platí rovněž pro naše klienty oddělení ochranných léčeb. Ačkoliv jde o klienty, kteří nějakým způsobem páchali trestnou činnost a byli uznáni vinnými či zproštěni viny z důvodu nepřičetnosti, také oni a právě oni potřebují pomoc při opětovné integraci do společnosti. Tito lidé jsou velmi často silně stigmatizováni duševní nemocí, nemají žádné sociální zázemí, jsou lidmi bez domova, bez legálních příjmů, rodiny o ně nemají zájem. Přestože by tito klienti našich oddělení byli po zdravotní stránce v pořádku, stabilizovaní, bez sociálního zázemí by velmi pravděpodobně po propuštění nebyli schopni vést řádný život. Proto se v rámci této práce snažím potvrdit oprávněnost a nezbytnost postu zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb, zmapovat činnosti, které zdravotně sociální pracovníci vykonávají a snažím se zmapovat očekávání všech zúčastněných od zdravotně sociálního pracovníka, naplněnost očekávání. Na základě zjištěných skutečností se budu snažit navrhnout případné náměty pro zlepšení nabízených služeb dle potřeb dotázaných.

V teoretické části práce jsou krátce vymezeny pojmy sociální práce a sociální pracovník, z nichž vycházejí základy pro teorii o zdravotně sociální práci a zdravotně sociálním pracovníkovi. Tyto dva pojmy jsou již vymezeny podrobněji z pohledu historického vývoje zdravotně sociální práce, z pohledu potřebnosti, oprávněnosti, významu pro společnost. Dále jsou pojmy zdravotně sociální práce a zdravotně sociální pracovník specifikovány na základě legislativního vymezení, jsou popsány teorie a metody sociální práce, které jsou nejčastěji využívány zdravotně sociálními pracovníky. Podrobně se teoretická část práce věnuje též prvnímu cíli diplomové práce, a to mapování činností zdravotně sociálního pracovníka. Činnosti jsou popisovány na základě zákonných norem a kompetencí zdravotně sociálního pracovníka. Tyto

dokumenty jsou následně analyzovány v empirické části při vyhodnocování první výzkumné otázky a jsou srovnávány s výpověďmi respondentů k tématu výčtu činností zdravotně sociálních pracovníků. Pro zodpovězení první výzkumné otázky byla jako zdroj dat zvolena technika studia dokumentace, polostrukturovaného interview a expertního dotazování. Data byla analyzována pomocí metody obsahové analýzy a prostého výčtu.

Druhým cílem práce bylo zkoumat očekávání od činností zdravotně sociálních pracovníků na oddělení ochranných léčeb. K naplnění tohoto cíle byla zvolena kvalitativní metoda za pomoci polostrukturovaného interview a expertního dotazování. Na očekávání od činností zdravotně sociálního pracovníka byly dotazovány tři skupiny respondentů: skupina samotných zdravotně sociálních pracovníků, skupina členů multidisciplinárního týmu a skupina klientů oddělení ochranných léčeb. Prvotním záměrem práce bylo oslovit též respondenty z jiných psychiatrických nemocnic, v kterých jsou vykonávány ochranné léčby ústavní. Z důvodů popsaných v empirické části však probíhal výzkum pouze na odděleních ochranných léčeb v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech. Všechny tři skupiny respondentů byly dotazovány na čtyři základní oblasti a to: „Nejdůležitější činnosti zdravotně sociálních pracovníků“, „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“, „Odborné a zbytečné činnosti“ a „Očekávání, co schází, navrhované změny“.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Sociální práce

Sociální práce je věda i praktická činnost. Existují polemiky o tom, zda sociální práce je akademickou vědou a zda je, či není plnou profesí. Na obhajobu toho by autorka práce chtěla jen krátce uvést, že sociální práce je akademickou vědou, protože má svá teoretická východiska, má svou historii, má své osobnosti, má svůj výzkum. Sociální práce je profesí, neboť nejen že je po ní společenská a politická poptávka, ale již od roku 1935 založením Masarykovy státní školy zdravotnické a sociální je sociální práce považována za uznávanou profesi.

Existuje několik teorií, definic a vymezení sociální práce a jejích cílů. Tyto teorie a přístupy ve vymezení pojmu se liší historií, úhlem pohledu (kulturním, společenským) apod. Starší teorie říkají, že sociální práce je vše, co sociální pracovníci dělají. Naopak Hanvey a Philpot (in Navrátil 2001b, s. 10-11) říkají, že *sociální práce je často to, co jiní - zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají*. Sama autorka této práce si uvědomuje, že ve svých profesních počátcích a před zahájením vysokoškolského studia se často takto i sama klientům představovala: „Jsem sociální pracovnice a poskytuji zde všechny služby, které vám jiní neposkytnou.“ Dále Thompson (in Navrátil 2001a, s. 11) definuje sociální práci pomocí výčtu aktivit, který ale též nelze považovat za úplný a je zobecňující. Jordan (in Navrátil 2001b, s. 11) definuje sociální práci pomocí dvou základních cílů: cíle sociálního pracovníka pomáhat klientům a cíle politiků o zajištění sociální kontroly a řešení či prevenci sociálních problémů. V současné době je preferována teorie vymezení sociální práce na základě sociálního fungování. K této teorii se přiklání několik autorů, např. Sheafor, Horejsi a Horejsi (in Navrátil 2001b, s. 11). V České republice vymezil sociální práci pomocí tohoto konceptu Navrátil, který uvádí: *Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociálního fungování)* (Navrátil 2001b, s. 11-12). Podobně se k vymezení cíle sociální práce připojily i některé mezinárodní asociace, např. Americká národní asociace sociálních pracovníků a Nizozemská asociace sociálních pracovníků.

Mezinárodní federace sociálních pracovníků v červnu 2000 sociální práci definovala jako práci, která podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských

vztazích a posílení a osvobození lidí s účelem naplnění jejich blahobytu. Využívá při tom teorií o lidském chování a sociálních systémech. Svou prací zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Principy lidských práv a společenské spravedlnosti mají zásadní význam pro sociální práci (International Federation of Social Workers 2012).

2 Sociální pracovník

2.1 Vymezení obecně

Sociální pracovníci podobně jako zdravotníci, psychologové, pedagogové, lékaři apod. jsou považováni za pomáhající profesi. Hartl, Hartlová definují pomáhající profesi jako *souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější* (2004, s. 185). Kopřiva konstatuje, že *existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat* (2013, s. 14), přičemž mezi tato povolání řadí lékaře, zdravotní sestry, pedagogy, sociální pracovníky atd. Říká, že každé pomáhající povolání, podobně jako jiná povolání, má svou odbornost, kterou je třeba si osvojit. Na rozdíl od jiných profesí však v těchto profesích hraje důležitou roli lidský vztah mezi pomáhajícím a klientem, což podporuje i názor, že v těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost (Kopřiva 2013, s. 14).

Úlehla definuje sociálního pracovníka jako pomáhajícího, pokud pomáhání prohlásí za své poslání, potom je třeba, aby bylo považováno za profesionální, je třeba mluvit o profesionálním pomáhání. *Všechny pomahačské profese spatřují v pomáhání svůj smysl a k jeho naplnění hledají způsoby, jak podpořit prospěch, zdraví nebo pohodu druhého člověka* (Úlehla 2009, s. 9). Rozdíl mezi laickým pomáháním a profesionálním pomáháním Úlehla spatřuje v tom, že *profesionál „ví, co dělá“* (Úlehla 2009, s. 9). Má pro své konání vědecké vysvětlení, podložené teorií, ověřené v praxi (Úlehla 2009, s. 9).

Potřeba profese sociálního pracovníka je, jak již bylo výše zmíněno, dána nejen objednávkou, poptávkou těch, kteří potřebují pomoc, ale sociální pracovník je i jakýmsi vyslancem státu, prostřednictvím kterého je vykonávána sociální kontrola a prevence sociálních problémů. Pro profesi sociálního pracovníka ukotvení profese v státním

systemu zákonem není dostačující, pokud nás sám klient vnímá pouze jako neosobního úředníka, zasahujícího do jeho práv. Aby sociálního pracovníka klient vnímal jako pomáhajícího pracovníka, je třeba, aby ho vnímal jako někoho, kdo mu může pomoci, z koho může mít užitek a musí k němu mít respekt (myšleno respekt k znalostem profesionála). Jen cedulka na dveřích, titul, ukotvení v zákoně apod. z člověka sociálního pracovníka neudělá. Velmi obdobné je to s postavením v rámci multidisciplinárního týmu. Mnohdy si sociální pracovníci stěžují, že nejsou bráni za rovnocenného partnera. Aby mohli být bráni za rovnocenné profesionály v rámci týmu, je třeba:

- cenit si své profese a možností pomoci, které skýtá. Jak si ji budou cenit oni sami, tak si ji budou cenit i ostatní spolupracovníci v týmu,
- vědět, čím vlastně pomáhá a jak tato pomoc funguje. Když sám neví, proč něco dělá a čím je klientům užitečný, jak to má vědět okolí,
- vědět a rozumět tomu, v čem je jeho práce odlišná od jiných oborů, a proč je tato odlišnost důležitá (Úlehla 2009, s. 120).

Obhajoba profese sociálního pracovníka a její vážnosti ve společnosti je jedním z podstatných důvodů vzniku profesního zákona sociálních pracovníků, který je v komunitě sociálních pracovníků v současné době velmi diskutován a připomínkovan.

Kopřiva si představuje ideál pomáhajícího pracovníka (a tedy i pracovníka sociálního) takto: *...ideálním pomáhajícím pracovníkem je prosociálně orientovaná zralá osobnost, vědomá si svého životního směřování, s příznivým a realistickým sebepojetím, osobnost bez neurotických či psychopatických rysů, s předpokladem sebereflexe vlastního rozhodování, jednání i emocí, otevřená podnětům, ochotná se sebevzdělávat i procházet pravidelnými supervizemi* (Kopřiva 2013, s. 14).

Výše zmíněná charakteristika je opravdu pouze ideální formou toho, jak by měl sociální pracovník vypadat a jakými vlastnostmi by měl oplývat. I přesto, že se mezi sociálními pracovníky určitě nějaký s těmito žádoucími charakteristikami objeví, je jasné, že se v naší společnosti můžeme setkat i s takovými, kteří se tomuto ideálu nepřibližují ani z daleka.

Roli sociálního pracovníka, jeho vymezení, postavení lze popsat z několika různých úhlů – legislativy, kompetencí, hodnot, etiky, odbornosti apod. Níže je popsáno postavení sociálního pracovníka v rámci legislativy a kompetencí.

2.2 Sociální pracovník v rámci legislativy

V současné době je profese sociálního pracovníka vymezena především zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách). V části osmé hlavě I. tohoto zákona jsou stanoveny předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Základním předpokladem pro výkon povolání je způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost dle tohoto zákona. Odborná způsobilost je přesně vymezena v § 110 odst. 4.

V hlavě II. tohoto zákona je dále vymezeno i další povinné vzdělávání sociálních pracovníků, které je povinné nejméně v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje sociální pracovník svou kvalifikaci.

Část devátá tohoto zákona vymezuje předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách všech pracovníků, včetně sociálních pracovníků za podmínek stanovených v § 109 a 110.

Již dlouhé roky se vede mezi odborníky v sociální práci a v Asociaci vzdělavatelů v sociální práci a v celé komunitě sociálních pracovníků diskuze o potřebnosti profesního zákona, který by lépe vymezil profesní roli sociálního pracovníka, který by zahrnoval minimální standard vzdělávání v sociální práci (tento standard existuje a je neustále aktualizován v rámci činnosti již zmiňované Asociace vzdělavatelů v sociální práci), který by pomohl zajistit váženost a důležitost naší profese ve společnosti. Jak již bylo výše zmiňováno, nejen legislativní ukotvení a zajištění pozice v státním systému dělá sociálního pracovníka profesionálem.

2.3 Sociální pracovník v rámci kompetencí

Kompetence dle Hartla, Hartlové (2004, s. 263) je schopnost, způsobilost, kvalifikace. Mít kompetence v určité profesi tedy znamená mít způsobilost k výkonu této profese. Kompetencemi v sociální práci v České republice se zabývá PhDr. Zuzana Havrdová, CSc. a její spolupracovníci. Inspirací pro vytvoření této soustavy základních kompetencí byly materiály britské Ústřední rady pro vzdělávání a trénink v sociální práci. Dle Havrdové je kompetence funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesní role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně na kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese. (Matoušek 2003, s. 16) Vytvořila soustavu šesti schopností a dovedností, které jsou blíže definovány kritérii, která se dají objektivně zjišťovat (Havrdová 1999. s. 49-110):

- Rozvoj účinné komunikace.

Definice: *Umí naslouchat a vytvářet podmínky pro účinnou komunikaci mezi jednotlivými klienty, skupinami a komunitami. Iniciuje spolupráci a motivuje pro změnu v zájmu klientů* (Havrdová 1999, s. 49).

- Orientovat se a plánovat postup.

Definice: *Ve spolupráci s klienty, jejich pečovateli a jinými odborníky získává přehled o jejich současných a potencionálních potřebách i zdrojích a společně plánuje postupy, reagující na zjištěnou nouzi a ohrožení. Dovede stanovit rizikové faktory a meze spolupráce* (Havrdová 199, s. 60).

- Podporovat a pomáhat v soběstačnosti.

Definice: *Podporuje příležitosti k tomu, aby lidé mohli použít své vlastní síly a schopnosti. Pomáhá jim přebírat zodpovědnost, zabezpečovat svá práva a kontrolovat ohrožující chování* (Havrdová 1999, s. 69).

- Zasahovat a poskytovat služby.

Definice: *Poskytuje nebo zajišťuje přiměřenou úroveň podpory, péče, ochrany a kontroly a zapojuje se do prevence. Podporuje spolupráci mezi jednotlivci, skupinami, komunitami a organizacemi* (Havrdová 1999, s. 79).

- Přispívat k práci organizace.

Definice: *Pracuje jako odpovědný člen organizace, přispívá k hodnocení a zlepšování její práce a účinnosti služeb pro klienty a efektivně využívá všech zdrojů. Spolupracuje s kolegy* (Havrdová 1999, s. 87).

- Odborný růst

Definice: *Je schopen konsultovat a řídit svůj odborný i osobní růst. Je schopen se kvalifikovaně rozhodovat, spolupracovat v síti, dosahovat vytčených pracovních cílů ve stanoveném čase a přispívat k pozitivním změnám ve svém oboru* (Havrdová 1999, s. 96).

Soustava těchto praktických kompetencí je shrnutí profesionálního a samozřejmého chování sociálního pracovníka, který odborně pracuje se svými klienty a využívá při tom celou šíři možností, kontaktů a znalostí. Pro sociální pracovníky by měly být všechny uvedené kompetence samozřejmé (Havrdová 1999, s. 48). Havrdová, opět podobně jako Úlehla, ukazuje jako důležitý znak profesionality sociálního pracovníka „vědět, co dělám a proč to dělám“, což je hlavní poslání soustavy kompetencí – pomoci reflektovat samozřejmé projevy, rozvíjet se.

3 Zdravotně sociální práce

3.1 Sociální práce ve zdravotnictví – vymezení, potřebnost, význam pro společnost

Zdravotně sociální práce je určena zejména lidem nemocným, lidem, kteří v souvislosti se svou nemocí potřebují pomoc, specializovanou sociální pomoc nebo péči. Sociální práce ve zdravotnictví stojí na pomezí dvou oborů: sociální práce a zdravotnictví. Nelze na ni proto pohlížet pouze z pohledu sociálního – ve smyslu „běžné“ sociální práce nebo pouze z pohledu zdravotnického – ve smyslu standardně definované zdravotní péče. Jde o specifickou péči, která má historické kořeny, jak bude uvedeno níže, která má svou specifickou terminologii, metody a přístupy péče. Je třeba zároveň připustit, že je to oblast teprve ve stadiu vývoje svého specializovaného odborného ukotvení. Ačkoliv o návaznosti sociální péče na zdravotní a zdravotní na sociální se hovoří již dlouhé roky, v praxi v oblasti propojenosti jednotlivých ministerstev, v rovině vzdělávání v specializovaném vysokoškolském oboru zdravotně sociální práce jsme teprve na počátku. O odborné literatuře v oboru zdravotně sociální práce, zdravotně sociální práce s duševně nemocnými snad ani nelze hovořit. Ale objevují se první vlaštovky (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 24-26).

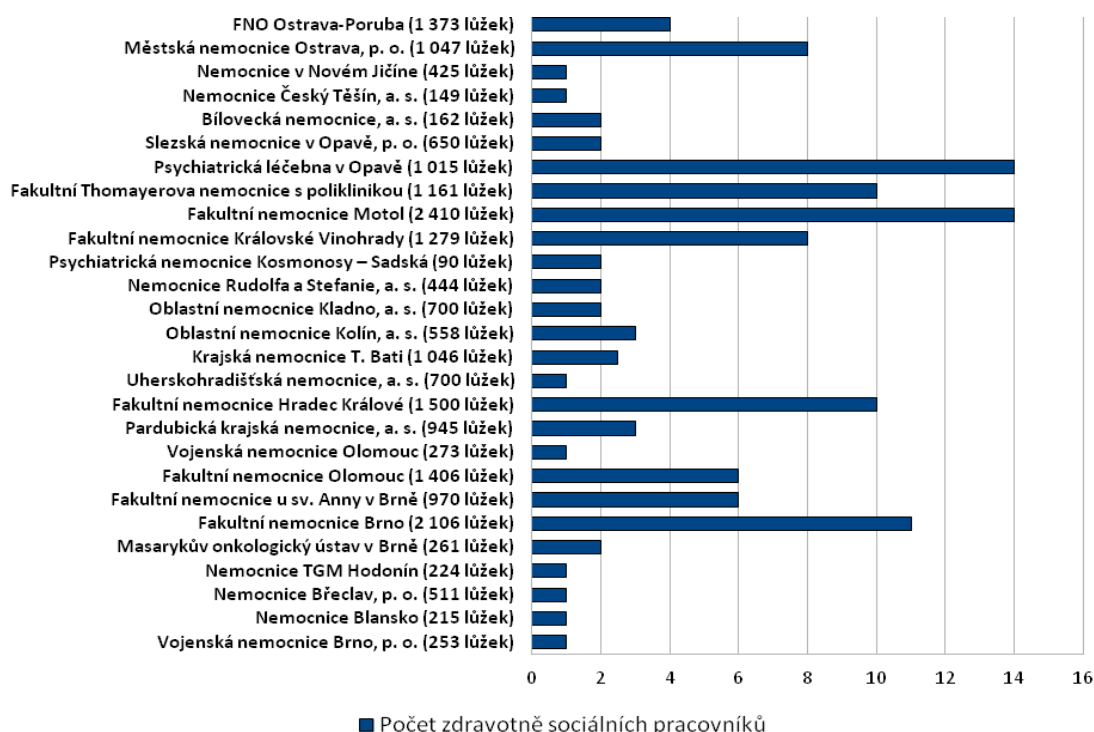
Nezbytnost, nezastupitelnost a rostoucí poptávka po sociální práci v oblasti zdravotnictví potvrzují i studie o předpokladu růstu prevalence kardiovaskulárních onemocnění, zhoubných novotvarů, diabetu atd., studie o zvyšování počtu nemocných, kteří potřebují pomoc nejen zdravotní, rodiny, ale i sociální (Kuzníková 2011, s. 23). Proto je třeba stále zdůrazňovat nezbytnost pomoci našim nemocným i v oblasti sociální, zdůrazňovat potřebnost sociálních pracovníků v nemocnicích, zdůrazňovat nezbytnost specializovaného vzdělávání v oblasti sociální i zdravotní. V České republice jsou zdravotně sociální pracovníci zaměstnáváni přímo nemocnicemi. Zdravotní péče, včetně zdravotně sociálních pracovníků, je financována prostřednictvím zdravotního pojištění. Zaměstnávání zdravotně sociálních pracovníků je proto zcela v kompetenci organizace, jejího managementu. Sama organizace a její management rozhodují, zda a v jakém rozsahu budou poskytovat sociální péči a v jakém počtu zaměstnávat zdravotně sociální pracovníky.

Bohužel v některých zdravotnických zařízeních jsou zdravotně sociální pracovníci hodnoceni jako neproduktivní zátěž, ačkoliv jimi poskytované a zprostředkované

sociální služby představují výkony, které mají nejen přímý zdravotní účinek, ale i ekonomický dopad pro stát, bohužel většinou ne přímo pro organizaci. Zdravotně sociální pracovník patří k nelékařským povoláním a jeho výkony nejsou vykazovány pojišťovnám (Marková 2009).

V roce 2010 bylo provedeno dotazování v několika zdravotnických zařízeních na počet zdravotně sociálních pracovníků. Výsledný graf této studie viz níže.

Graf 1 – Počet zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích – výzkum 2011



Zdroj: (Kuzníková 2011, s. 22)

Počet zdravotně sociálních pracovníků se tedy odvíjí od uvážení jednotlivých organizací. Existuje pouze doporučení z roku 1988 Ministerstva zdravotnictví na počet sociálních pracovníků na určitý počet lůžek. Na základě tohoto doporučení na jednoho sociálního pracovníka připadá 350 akutních lůžek, 100 chronických lůžek (typu LDN¹) 50 psychiatrických lůžek (Dostálová, Šiklová 2004, s. 487). Toto doporučení je velmi zastaralé a jde pouze o doporučení. V současné době je platná vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška stanovuje minimální povinnost personálního zabezpečení při poskytování zdravotnické péče, mimo jiné i minimální požadavky na péči poskytovanou zdravotně sociálním pracovníkem.

¹ LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

Časová dotace (pracovní úvazek) zdravotně sociálního pracovníka na pracovištích lůžkové péče ve zdravotnictví uváděná v této vyhlášce je opravdu minimální. Zdravotní pracovník nebo jiný odborný pracovník je zde uváděn pouze na oddělení geriatrické péče (úvazek 0,1 na 30 lůžek), psychiatrie (úvazek 0,1 na 30 lůžek), návykových nemocí (úvazek 0,1 na 30 lůžek) a v zařízeních pro děti do 3 let věku (úvazek 1,0 na 50 lůžek). Což jsou dle názoru autorky práce požadavky značně tristní. Tato vyhláška v době její tvorby byla připomínkována zdravotně sociální sekci České asociace sester důvodovou zprávou již v listopadu 2007, kdy byly propočteny minimální časové dotace pro jednotlivé druhy zdravotnických pracovišť dle výkazů činnosti, které prokazatelně prováděli zdravotně sociální pracovníci po určitou dobu na svých pracovištích. Ovšem tato důvodová zpráva nebyla vůbec zohledněna (Kříčková 2007). Větší počet zdravotně sociálních pracovníků je, jak již bylo uvedeno výše, na benevolenci managementu.

Je proto třeba vzdělávat odborníky specializované na zdravotně sociální práci, kteří budou umět nejen odborně pracovat při péči o klienty v zdravotnických zařízeních, ale budou umět i vyčíslit, ekonomicky odůvodnit význam a prospěšnost své práce nejen v úzdavě pacientů, ale i poukázat na svůj ekonomický přínos pro společnost.

3.2 Historie a současnost sociální práce ve zdravotnictví v ČR

Sociální práce ve zdravotnictví má svůj základ již v samém počátku sociální péče. Péči o potřebné před průmyslovou revolucí zajišťovala hlavně rodina, po ní komunita a charitativní organizace. První organizovanou pomoc potřebným poskytovala u nás církev, která zajišťovala především péči o lidi bezmocné, nemocné, staré, chudé, lidi bez domova, sirotky a vdovy, obyvatelstvo postižené epidemiemi, hladomory. Tato péče byla poskytována v tzv. špitálech, chudobincích apod. Do systému této péče byli zahrnuti i duševně nemocní.

Postupně tato laická dobrovolná péče byla profesionalizována ve světě i v ČR. Počátkem 19. století vlivem ekonomických, politických a sociálních změn vznikají první formální instituce poskytující sociální péči. Většina sociální péče však nadále zůstává v rukou nestátních organizací. V této době dochází k propojení sociální práce se státem (Kodymová 2001, s. 111-117).

U nás za zakladatelku profesionální sociální péče lze bezpochyby považovat Alici Masarykovou, která se zasloužila i o založení první školy sociální práce, kdy v roce

1919 založila první Vyšší sociální školu s jednoročním programem studia, která byla později nahrazena v roce 1935 Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče, která se specializovala právě na vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků. Jako zakladatelky sociální práce ve zdravotnictví ve světě nelze nevzpomenout Jane Adamsovou, nositelku Nobelovy ceny míru, a její sociální práci spojenou s péčí o pacienty s tuberkulózou, Mary Richmond a její péči o lidi se zdravotním postižením, mimo jiné též zakladatelku „caseworku“, případové práce, atd. (Kodymová 2001, s. 123-138, Kuzníková 2011a, s. 13-18).

V letech 1917-1918 vzrostla poptávka po sociálních pracovnících na psychiatrii, kde se navyšoval počet osob s válečnými neurózami. V sociální práci se začal projevovat důraz na demokratický vztah mezi pracovníkem a klientem, tzv. psychiatrický koncept. V meziválečném období důležitou roli v sociální práci ve zdravotnictví sehrál i Československý červený kříž (za jehož založením a činností stojí v ČR, ale i činností ve světě, již zmiňovaná sociální pracovnice Alena Masaryková), který zavedl poskytování sociální práce všem, ve všech částech země a bez ohledu na ekonomickou situaci jednotlivců. Za vznikem první profesní organizace v České republice v roce 1918 stojí právě sociální pracovníci v nemocničním prostředí (Kuzníková 2011a, s. 15).

Smutným obdobím pro sociální práci bylo období komunismu. Po roce 1945 byla zrušena Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče, neboť v rámci komunistické ideologie převládal názor, že sociální pracovnice nebudou potřeba, protože s vymizením třídních rozdílů zmizí i sociální problémy. Sociální práce se změnila pouze v poskytování finančních dávek a personální práci. Byly zrušeny nestátní, církevní a charitativní organizace poskytující sociální péči. Tím přešla veškerá sociální péče do rukou státu. Krátce dochází k obnově sociální práce se změnou politické situace po roce 1969 (Šiklová 2001, s. 139-150). Většina sociálních a zdravotních služeb v tomto období byla poskytována ve státních ústavech, řízených centrálně. V této době se objevují snahy o propojení sociální práce a zdravotnictví, v roce 1973 se mění Společnost sociálních pracovníků v sekci sociálních pracovníků v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně (Kuzníková 2011a, s. 15-16). S nástupem normalizace znovu převládá trend neexistence sociálních problémů. Sociální práce se v době normalizace přesouvá do závodů, směřuje k práci s fluktuanty, lidmi závislými na alkoholu, propuštěnými z vězení, občany jiného etnika. Postupně se rozvíjí, i když ne tak, jak by

bylo třeba, systém vzdělávání sociálních pracovníků, ale pouze na středoškolské úrovni (Šiklová 2001, s. 139-150). Sociální práci v nemocnicích v této době vykonávají zdravotní sestry specialistky pro sociální službu², které své zdravotní vzdělání doplňují kvalifikačním kurzem pořádaným Institutem pro další vzdělávání v Brně.

Po roce 1989 se poměrně rychle podařilo, vlivem poptávky po sociálních pracovnících, v důsledku vzniku nových sociálních problémů, založit vysokoškolské studium sociální práce. Vznikají vysoké školy v Brně, Praze, Bratislavě, Českých Budějovicích, Ostravě, Pardubicích aj. Též vznikají nestátní organizace církevní i necírkevní poskytující sociální péči (Šiklová 2001, s. 151-153).

V současné době je sociální práce ve zdravotnictví součástí státem organizovaného systému, vykonávaného jak ve státních institucích, tak i církevních či civilně charitativních nestátních organizacích. Je finančně i organizačně navázána na státní správu. Zdravotně sociální pracovníci mají svůj etický kodex, psycho-sociálně terapeutickou metodiku práce s klientem, formální způsob výuky a legislativní ukotvení jako profesní pozice zdravotně sociální pracovník. Zdravotně sociální práci vykonávají kvalifikovaní, vysokoškolsky vzdělaní sociální pracovníci ve státních i nestátních organizacích (Kuzníková 2011a, s. 13-21). Sociální práce nejen ve zdravotnictví se postupně stala etablovanou vědní disciplínou, která se neustále formuje tak, jak se mění a objevují nové sociální problémy, které jsou ovlivněny změnami ve společnosti. Sociální práce se bude neustále formovat tak, jak se bude měnit společnost, budou se měnit sociální problémy, bude třeba hledat nové metody jejich řešení. V tom je obtížnost i krása sociální práce.

3.3 Vymezení sociální práce ve zdravotnictví v rámci zákona

Sociální práce v oblasti zdravotnictví je okrajově vymezena v několika zákonech. Není zpracována celistvá mezioborová koncepce sociální práce ve zdravotnictví. V současné době je v České republice sociální práce ve zdravotnictví upravena jednotlivými normami vydanými jak Ministerstvem zdravotnictví, tak i Ministerstvem práce a sociálních věcí. Žádná z těchto norem se podrobně zdravotně sociální práci a jejím vymezením nezabývá.

Sociální práci ve zdravotnických zařízeních upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

² Činnost byla upravena jen směrnicí MZ č. 10/1986 o činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků.

(dále jen zákon o zdravotních službách), a to v § 46, odst. , písm. c, kde přímo říká, že poskytovatel zdravotní péče je povinen, *aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.* Další zmínka o poskytování sociální práce ve zdravotnictví v rámci zákona o zdravotních službách by se dala najít ještě § 5, odst. 2, písm. g, kdy je uváděna v rámci poskytování ošetrovatelské péče, že jejím účelem je *udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin...* Tím úprava sociální práce ve zdravotnictví v základním zákoně o poskytování zdravotních služeb končí.

Ministerstvo zdravotnictví upravuje prostřednictvím vyhlášky minimální personální zajištění ve zdravotnických zařízeních, mimo jiné i minimální časovou dotaci pro zdravotně sociální pracovníky ve zdravotnických zařízeních, viz výše kapitola 3.1.

Z oblasti zákonů spadajících pod působnost Ministerstva práce a sociálních věcí lze zmínit zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálně-právní ochraně dětí). Tento zákon ukládá zdravotnickým zařízením povinnost součinnosti při zajišťování sociálně-právní ochrany dětí.

Dalším blokem zákonů z oblasti vydaných Ministerstvem práce a sociálních věcí je blok zákonů, které vytvořily celostní koncepci sociálních služeb. Patří sem zákony:

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

Tento soubor zákonů upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím všech forem sociálních služeb, finančních dávek. Upravují podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb a předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka v instituci sociálních služeb. Díky komplexnosti těchto zákonů jsou zde zmíněny i instituce související s výkonem sociální

práce: školství, vězeňství a zdravotnictví. Prioritou v těchto zákonech se stal individuální aktivizační přístup ke klientovi v nepříznivé sociální situaci.

Komplexněji, i když trochu komplikovaněji je zákonem upravena odborná způsobilost zdravotně sociálního pracovníka a vymezení činností vykonávaných zdravotně sociálním pracovníkem, podrobněji v kapitolách 4.1 a 4.2.

3.4 Teoretická východiska a koncepty zdravotně sociální práce

Jak již bylo psáno výše, není jedno, zda sociální pracovník, taktéž i zdravotně sociální pracovník poskytuje péči klientům na základě své intuice nebo domněnky, anebo jde o intervence provedené na základě teoretických znalostí, základů. Jak říká i Navrátil v Matouškovi (2001a, s. 193) teoretický základ sociálního pracovníka je jedním ze zdrojů identity sociálních pracovníků, je jednou z podmínek vzájemné komunikace. Užívání teorie usnadňuje i praxi, protože sociální pracovník ví, co má dělat, jak a proč. Pomáhání ve všech pomáhajících profesích bez znalostí teoretických základů je nebezpečné, může ohrožovat klienty, ale i celou společnost.

Pro svou potřebu a teoretický základ sociální práce využívá především teorii z jiných vědních disciplín, např. psychologie, sociologie, pedagogiky, práva apod. Všechny tyto poznatky následně aplikuje pro své potřeby, jde o adaptaci teoretických modelů na řešení problémů klientů. Pouze v menší míře využívá teorie vytvoření v rámci sociální práce (např. úkolově orientovaný přístup). V sociální práci jsou dotvářeny teorie na teoretické i praktické úrovni tak, aby umožňovaly člověka vnímat jako celistvou bytost zakotvenou v prostředí (Navrátil 2001a, s. 193).

V sociální práci i v sociální práci ve zdravotnictví vycházíme z několika základních teoretických konceptů, které byly vytvořeny v rámci historického vývoje od šedesátých let dodnes. Jejich základy a principy jsou využívány v praxi dodnes. Jde o koncept psychosociální, systémový, ekologický, úkolový, teoretický koncept sociálního fungování, koncept sociální práce orientované na životní svět, ekosociální koncept a systémově procesuální přístup (Chytil, Mahrová 2008a, s. 9-13, Chytil 2011, s. 37-46).

3.4.1 Psychosociální koncept

Tento koncept je založen na psychosociální pomoci jednotlivcům, kteří ztroskotali ve svém sociálním přizpůsobení a mají zájem, aby jim byla poskytnuta pomoc. Jde o ztroskotání ze tří příčin (Chytil, Mahrová 2008a, s. 10):

- dětské potřeby a pudy, které přetrvaly z dětství do dospělosti, způsobují, že jednatel klade přehnané nároky na svět kolem sebe nebo vůči němu vyjadřuje nepřátelství,

- životní situace, ve které se člověk nachází, na něj vytváří neúměrný tlak,
- chybné fungování „ega“ a „superega“.

Hlavní představitelkou, která se zasloužila o zavedení tohoto konceptu do sociální práce, je F. Hollisová. tento přístup vychází z Freudovy teorie osobnosti, ale zároveň zdůrazňuje důležitost vztahu jednotlivce s prostředím. Základem, na který je zaměřeno jednání sociálního pracovníka, je struktura osoba-situace. Hollisová psychosociální přístup charakterizuje takto (Hollisová in Chytil 2011, s. 38): *Je to pokus mobilizovat síly osobnosti a zdroje prostředí k rozvoji individua.*

3.4.2 Systémová koncepce

Autory této teorie jsou Pincus a Minahanová, kteří uvádějí, že sociální práce se zabývá vzájemným působením lidí a jejich prostředí. Klienti sociálních pracovníků jsou součástí systému a řešení jejich problému je možné jen v rámci systému (Pincus, Minahan in Chytil 2011, s. 38). Cílem je (Chytil, Mahrová 2008a, s. 10):

- *zvýšení schopnosti lidí vyřešit a překonat problémy,*
- *zapojit lidi do systémů, které jim poskytnou prostředky, služby a příležitosti v řešení jejich situace,*
- *podporovat a zlepšovat působení těchto systémů,*
- *příspěk k rozvoji a zlepšování sociální politiky.*

Přičemž tyto systémy mohou být neformální (např. rodina), formální (např. různé asociace) nebo společenské (např. nemocnice, programy sociálního zabezpečení). Tento systémový přístup pomáhá sociálnímu pracovníkovi určit úkoly, kterých musí být v úsilí o změnu dosaženo. Systémový přístup znamená, že lidé, kteří žádají o pomoc, nemusí být vždy cílem zásahu sociálního pracovníka. Sociální pracovník musí vybudovat vztah nejen s klienty, kteří ho oslovili, ale i s lidmi, kteří klienty nejsou (Chytil 2011, s. 38-39).

3.4.3 Ekologický koncept

Autoři ekologického konceptu Germain a Gitterman kladou důraz na procesy adaptace a vzájemné integrace mezi lidmi a jejich sociální a fyzické prostředí, které je

vhodným nástupišťem pro sociální práci (Germain, Gitterman in Chytil, Mahrová 2008a, s. 11). Jako důsledek těchto poruch je považován stres. Stres vzniká ve třech navzájem propojených oblastech (Chytil 2011, s. 39):

- *v oblasti životní změny – vývojové změny, změny statusu, krizové události,*
- *v oblasti environmentálních problémů – tlaků prostředí (neadekvátní organizace, sociální či jiné struktury),*
- *v oblasti maladaptivních interpersonálních vztahů a komunikace.*

Cílem sociální práce je potom jakási readaptace klienta na jeho životní prostor. Práce s klientem je členěna do tří fází. Iniciační (pracovník vstupuje do klientova světa, uzavírá s ním smlouvu o pomoci, odhalují a definují problémy), pokračovací (práce na řešení problému z hlediska životních změn, prostředí, interpersonálních vztahů a komunikace), konečné (oddělení pracovníka od klienta a návrat klienta do jeho světa) (Chytil 2011, s. 39-40).

3.4.4 Úkolový přístup

Jako hlavními teoretiky tohoto přístupu jsou uváděni Reid a Epsteinová, kteří definují úkolovou sociální práci jako způsob pomoci lidem s jejich životními problémy. Sociální práce a pomoc se soustřeďují na problémy z pohledu klientů, klient je seznámen s cíli a postupem služby. Důležitý je souhlas klienta s cílem a postupem, je to důležitý předpoklad pro splnění úkolu klientem. Klienti jsou vnímáni jako lidé s potenciálem k řešení problémů. Na problémy, překážky a zdroje pomoci je nazíráno z multisystémového hlediska, sociální pracovníci při řešení problémů mohou čerpat z jakékoliv teorie a k řešení problémů dochází v důsledku činností a opatření, které podnikne sám klient (Chytil 2011, s. 40-41).

Úkolový přístup je krátkodobý, většinou proběhne 8-12 setkání v období 3-4 měsíců. Je pro něj typická strukturovaná forma, jež probíhá v těchto etapách (Chytil 2011, s. 41):

- zkoumání problému a jeho specifikace,
- uzavírání dohody,
- plánování úkolu,
- zpětné posouzení problému a úkolu,
- ukončení.

Úkolový přístup je využíván především v individuální sociální práci, ale je aplikován i v práci se skupinou.

3.4.5 Koncept sociálního fungování

Termín sociálního fungování, jak uvádí Navrátil (2001, s. 184-185), je mnohoznačný. Cílem sociální práce je pomáhat jednotlivcům a skupinám zlepšovat jejich sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování. Musí být však bráno v úvahu to, že lidé a prostředí jsou v trvalé interakci. Prostor na ně klade určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat. Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha. Rovnováha se ovšem naruší, pokud člověk požadavky prostředí nezvládá. Někteří lidé jsou schopni si s problémem poradit a nastolit zpět rovnováhu, někteří tuto schopnost nemají a situaci nezvládají. Příčinou problému může být jak nedostatek dovedností na straně klienta, tak nepřiměřené požadavky prostředí. Předmětem intervence sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta zvládat požadavky a tím, co od něj prostředí očekává (Navrátil 2001, s. 185). *Jeho cílem je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládnutí a této kapacitě více či méně přiměřenými požadavky prostředí* (Navrátil 2001, s. 185).

3.4.6 Sociální práce orientovaná na životní svět

Autorem teorie sociální práce orientované na životní svět je Němec Thiersch. Cílem tohoto konceptu sociální práce je usilování o sociální spravedlnost, uschopnění lidí v jejich vztazích takovým způsobem, aby zakusili sama sebe jako subjekty těchto vztahů. Sociální práce se orientuje na zvládnutí podmínek života, s přihlédnutím na zdroje, které mají klienti k dispozici. Základní principy pomoci jsou: prevence, přiblížení všednímu dni, integrace, participace. Základním trendem tohoto konceptu je hledání nové rovnováhy ve struktuře sociální pomoci se zřejmým posunem k preventivním a ambulantním formám pomoci a rozvoj nových forem pomoci (Thiersch in Chytil 2011, s. 43).

3.4.7 Ekosociální koncept

Sociální práce v rámci tohoto konceptu by měla mít podobu profesionálního, na službu orientovaného konání, jehož cílem je zdolávání nepříznivé situace. Jde

o vytvoření jakéhosi managementu života, předpokládá koncepčně orientované jednání, plánování a organizaci. Wendt, autor tohoto konceptu, rozlišuje dvě formy managementu: management ovlivňování (ovlivňování politických rozhodnutí) a management podpory (práce s jednotlivcem či rodinou). Wendt zformuloval základní kategorie, faktory, které vstupují do vztahu člověka a jeho okolí (Wendt in Chytil 2011, s. 43-44):

- hospodaření s vlastním životem,
- ekologické bilancování,
- sebeřízení, sebeorganizace,
- životní situace,
- forma života a kompetence,
- zdroje,
- zdolávání,
- podpora,
- propojení.

3.4.8 Systémově procesuální přístup

Autorkou tohoto konceptu je Silvia Staub-Bernasconi. Dle této autorky je cílem sociální práce nejen uspokojování lidských potřeb, a to i bio-fyzických, psychických a sociálních, ale i vybudování a uchování lidsky spravedlivé sociální struktury. Dle Silvie Staub-Bernasconi je úkolem sociálního pracovníka umožnit dialog mezi partnery konfliktů. Sociální pracovníci, klienti i stát se musí všichni aktivně účastnit hledání společných řešení a jejich realizaci. Předmětem sociální práce jsou potom problémy, které se dělí na individuální sociální problémy a sociální problémy ve formě strukturálních a kulturně společenských podmínek (Chytil 2011, s. 45). Problémy těchto oblastí se mohou prolínat, potom se hovoří o kumulativních problémech. Přičemž existuje jakési problémové spektrum, které se dělí (Staub-Bernasconi in Chytil 2011, s. 45-46):

- *problémy neuspokojených potřeb a legitimních přání, znemožňování procesu učení, problémy nedostatečné výbavy lidí – problémy výbavy,*
- *problémy asymetrických směnných vztahů, které se nezakládají na reciprocitě – problémy směny,*
- *problémy poškozujících vztahů moci – problémy směny,*

- *problémy chybějících nebo zneužívaných hodnot a kritérií – problémy kritérií.*

Pole sociální práce se potom dělí na dvě oblasti:

- činnost v sociální mikrooblasti – individuální problémy lidí, jejich individuální výbavy, zajištění bio-psycho-sociální integrity,
- činnosti v oblasti mezo a makro praxe – problémy rozdělování zdrojů, lidí a idejí, problematika moci, zajištění lidsky spravedlivé společenské struktury, která zohledňuje potřeby a lidská práva (Staub-Bernasconi in Chytil 2011, s. 46).

3.5 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je propojení zdravotní a sociální péče, kterou zajišťují především zdravotně sociální pracovníci. Vurm (2007, s. 30) přímo říká: *Prakticky všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je nutné současně zajistit a poskytovat péči sociální.* Tématem provázanosti zdravotní a sociální tematiky se zbývá i vědní disciplína sociální lékařství. Tento obor je i významnou oporou pro sociální práci ve zdravotnictví (Kuzníková 2011a, s. 63-64).

Sociální práce ve zdravotnictví má své vlastní metody, které vycházejí z metod sociální práce. Volba konkrétních vhodných metod sociální práce ve zdravotnictví je závislá na zdravotním stavu klienta, na jeho rodinném a sociálním zázemí, na dovednostech klienta, ale také na dovednostech a teoretických znalostech zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovníci využívají především metody sociální práce s jednotlivcem, která je výchozí, následně metody sociální práce s rodinou a skupinou. V menší míře jsou v zdravotně sociální práci využívány i metody práce s komunitou (Kuzníková 2011a, s. 65).

3.5.1 Metody sociální práce s jednotlivcem

Metody sociální práce s jednotlivcem jsou základem pro sociální práci zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník nejprve musí získat informace o klientovi, ať již z dokumentace, z rozhovorů s klientem, ošetřujícím personálem, jeho rodinou, jeho okolím, případně dozjistit informace u jiných institucí a organizací (se souhlasem klienta). Po zmapování sociální situace klienta, jeho možností, zdrojů a schopností zdravotně sociální pracovník vytvoří sociální diagnózu a sestaví plán

sociální intervence ve spolupráci s klientem, případně jeho rodinou či ošetřujícím personálem.

Zdravotně sociální pracovníci se ke svým klientům dostávají na základě oslovení ošetřujícím personálem, klientem samotným, jeho rodinou či blízkými. V některých zdravotnických zařízeních probíhá i depistážní činnost.

Základními metodami sociální práce tedy je rozhovor, studium dokumentace, aktivní naslouchání. Při rozhovorech s klientem je velmi důležité nejen dotazování, ale i naslouchání, umět projevit empatii, schopnost vcítit se. Při mapování situace klientů se sociální pracovník může setkat s pochybováním o možnostech pomoci, s odmítáním pomoci, s nedůvěrou. Proto navázání vztahu s klientem, jako ve všech oblastech sociální práce, je velmi důležité a nezbytné. Povinností zdravotně sociálního pracovníka je informovat klienta o všech možnostech a řešeních situace, které lze nabídnout. Přístupy v práci s klienty volí zdravotně sociální pracovník dle individuálních potřeb klienta, v závislosti na jeho motivaci a ochotě ke spolupráci (Kuzníková 2011a, s. 65-66).

3.5.2 Přístup orientovaný na klienta

Jeden z vhodných přístupů a metod sociální práce z něj vycházejících v zdravotně sociální práci s klientem je bezesporu přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse. Tento přístup a jeho metody je volen často u klientů v bezvýchodné, neřešitelné a v mnohdy opravdu nemající řešení situaci (sdělení negativní prognózy nemoci, úmrtí apod.). Je volen ve chvílích, kdy se klient vyrovnává s onemocněním, adaptuje se na novou situaci, problém si neuvědomuje apod. Jako vhodný se tento přístup jeví i v práci s nedobrovolnými a agresivními klienty, klienty se zhoršenou schopností komunikace apod. Carl Rogers je i považován za jednoho ze zakladatelů poradenství, především navrhl, jak vést poradenský rozhovor. Poradenství je jedním ze základních činností zdravotně sociálního pracovníka. Mnohdy je poradenství dostačující intervencí u klientů a jejich rodin, pokud mají potenciál si již vše zařídit sami (Kuzníková 2011a, s. 66-67).

3.5.3 Systemický přístup v zdravotně sociální práci

V poslední době je stále více využíván i v zdravotně sociální práci systemický přístup. Vychází z objednávky klienta a nabídky sociálního pracovníka. Spolupráce začíná popisem problému klientem, definováním toho, co by s tím chtěl udělat, následně

stanoví spolu sociální pracovník a klient cíle a na jejich základě si domluví zakázku, následuje společná práce na této zakázce (Kuzníková 2011a, s. 68).

Systemický přístup do sociální práce přinesl především systémové myšlení. Poukazuje na vzájemné ovlivňování se mezi dvěma systémy, vztahy mezi systémy, tím i vztah mezi klientem a pracovníkem. Systemický přístup přinesl do sociální práce i pojem principu držitele problému. Přínosná pro sociální práci je i v rámci systemického přístupu vypracovaná velmi účinná technika kladení otázek (Kopřiva 2006, s. 46, 119).

Základem systemické teorie je, že svět se skládá ze systémů. Tyto systémy se vzájemně ovlivňují. V zdravotně sociální práci jsou to systémy člověk – pacient – klient, rodina, jeho blízcí, zdravotnické zařízení, spolupacienti, ošetřující personál, společnost atd. Systemický přístup v sociální práci se zabývá rozdílem mezi pomocí a kontrolou. Pokud klient přichází za sociálním pracovníkem s žádostí o pomoc, mluví o pomoci. Jakýkoliv jiný začátek spolupráce je brán za kontrolu. Ne všichni to vidí takto striktně. Levická např. zastává názor, že *kontrola ve smyslu prověřování toho, co a jak bylo provedeno*, je legitimní součástí sociální práce (Levická 2007, s. 365). Levická zároveň konstatuje, že vše je o přístupu, o jednotlivých organizacích, kde je sociální práce vykonávána. Kontrolu lze nevnímat jako pozitivní formu pomoci, ale i jako nevyžádanou a negativní intervenci (Levická 2007, s. 364). Je vždy třeba vědět kdy a proč je pomáháno a kdy a proč je kontrolováno.

V sociální práci na oddělení soudních ochranných léčeb, které se tato práce věnuje, se velmi prolíná pomoc a kontrola. Kontrola z pozice, která je zdravotně sociálnímu pracovníkovi dána, protože klient nepřichází do zařízení dobrovolně, ale na základě rozhodnutí soudu. Je potom na zdravotně sociálním pracovníkovi, zda dokáže s klientem navázat vztah a přejít od pomoci ke kontrole, respektive kombinovat pomoc a kontrolu, a vědět, proč pomáhá a proč kontroluje. Pomoc a kontrola je využívána i dle schopností a možností klientů, s kterými se zdravotně sociální pracovník na takovémto oddělení setkává.

3.5.4 Úkolově orientovaný přístup v zdravotně sociální práci

Úkolově orientovaný přístup je přístup často využívaný v sociální práci s klienty. Tento přístup se osvědčil především při práci s psychiatrickými klienty, s klienty se závislostí, se staršími klienty, při práci s lidmi bez přístřeší, ale i ostatními klienty.

Osvědčil se především při práci s klienty, kteří jsou motivovaní, ochotní spolupracovat, ochotni podílet se na řešení své situace, souhlasí s plněním úkolů a jsou schopni tyto úkoly plnit. Tento přístup je vhodný v zdravotně sociální práci zejména pro svou krátkodobost, protože kontakt s klienty je mnohdy omezen délkou jejich hospitalizace. Výhodou úkolově orientovaného přístupu a jeho metod je poměrně rychlé dosažení výsledku a získání orientace klienta v řešení jeho problému, získání zkušeností a dovedností klienta pro řešení obdobného problému v budoucnosti (Kuzníková 2011a, s. 67).

3.5.5 Případová práce v zdravotně sociální práci

Případová práce (casework, case management) je metoda s nejdelší tradicí v sociální práci, jde o práci s jednotlivým případem, osobou (někdy je tím myšlen i pár nebo rodina) (Matoušek 2003, s. 170-171). Case management je termín převzatý z psychologie řízení. V sociální práci je jím označována metoda individuálního vedení klienta či pacienta, koordinace různých typů služeb. Je to zároveň i soubor opatření zaměřených na zajištění ekonomické efektivity a dostupnosti léčby nebo péče. Case management je prosazován institucemi financujícími psychologickou, zdravotní nebo sociální péči (Hartl, Hartlová 2004, s. 84). Zdravotně sociální pracovník je koordinátorem zdravotní a sociální péče o klienta, kdy sice nezasahuje do léčby pacientů, ale koordinuje ostatní služby jemu poskytované v průběhu léčby či po propuštění.

Komplexní, holistická péče o pacienta může být velmi těžko zabezpečena jedním pracovištěm. Vyžaduje plánování, realizaci pomoci více druhů služeb, často státních i nestátních subjektů, a proto je třeba jakéhosi koordinátora, kterým se většinou stává zdravotně sociální pracovník v daném zdravotnickém zařízení. Case management obsahuje navázání kontaktu s klientem, zhodnocení stavu, zprostředkování služby, ukončení práce a zhodnocení (Chytil, Mahrová 2008, s. 21).

Metoda sociální práce zaměřená na případ se využívá zejména v problematice duševního zdraví, vývojových poruch, ve sféře dlouhodobé péče, ve službách pro seniory, pro přistěhovalce, v komunitní péči atd. Tato metoda je velmi náročná z hlediska profesionálního vybavení a osobnostních dispozic sociálního pracovníka. Sociální pracovník musí mít znalosti o různých institucích, odbornících. Podobně jako i u ostatních metod sociální práce jsou základem komunikační dovednosti sociálního

pracovníka. Případový sociální pracovník řeší finanční příjmy klienta, dostupné bydlení, dostupnou zdravotní péči, rekvalifikaci nebo pomáhá vyhledávat zaměstnání, protože klienti se v systému pomoci často neorientují nebo velmi špatně. Je třeba mít na paměti, že případový sociální pracovník řídí sociální intervenci, nikoliv klienta. V případové sociální práci je kladen důraz na hodnotu jedince, důraz na jeho individualitu, identifikaci, určení jeho potřeb, naplánování služeb, ale i zpětnou vazbu (Havránková 2003, s. 67-68).

3.6 Zdravotně sociální práce se skupinou

Sociální práce ve zdravotnictví jako práce se skupinou se nejčastěji objevuje v práci s rodinou. Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je snížení, v ideálním případě odstranění sociálních důsledků nemoci klienta. Do pomoci při péči o klienta je zapojována rodina klienta/pacienta. Rodina je zdrojem informací o klientovi i zdrojem pomoci pro klienta (Chrenková 2011, s. 77).

Jako nejvíce využitelné přístupy v sociální práci s rodinou v oblasti zdravotnictví se jeví přístupy systemický a antiopresivní. Systemický přístup v zdravotně sociální práci je využíván při práci s jednotlivcem, ale i při práci se skupinou/rodinou. Klient je členem různých systémů a vždy je třeba brát při sociální práci s klientem toto v potaz, jejich vzájemné ovlivňování, možnost pomoci apod. Systemický přístup byl zprvu využíván právě při práci s rodinou. Antiopresivní přístup v sociální práci ve zdravotnictví je nutno chápat ve vztahu diskriminace nemocných, útlaku nemocných apod. Za základní rysy tohoto přístupu jsou považovány spravedlnost, rovnost a spoluúčast (Chrenková 2011, s. 79).

Typická sociální práce se skupinami nebývá obvykle ve zdravotnických zařízeních využívána. Výjimku tvoří zpravidla různé typy psychiatrických zařízení. Jde o skupinové sociální terapie pro získávání různých dovedností, ať již praktických, tak i teoretických, zejména u dlouhodobě hospitalizovaných klientů (Kuzníková 2011, s. 82-84).

3.7 Zdravotně sociální práce s komunitou

Komunitní sociální práce ve zdravotnictví se v současné době téměř nevyužívá. Její potenciál je především v oblasti prevence a zefektivnění a provázání sociálních a zdravotních služeb. V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí je v současné době

připravována koncepce rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb, která se zaměřuje na dlouhodobou péči, péči o seniory a zdravotně postižené v jejich přirozeném domácím prostředí. Součástí této koncepce by měli být i komunitní pracovníci vzdělání v oboru zdravotně sociální práce. Téma komunitní zdravotně sociální práce je aktuální i v souvislosti s oslabováním vlivu sociálního státu a snahou aktivizace a zplnomocňování komunit v péči o své občany (Gojová 2011, s 87-89).

3.8 Etika v sociální práci ve zdravotnictví

Ve všech pomáhajících profesích, i v práci zdravotně sociálního pracovníka, má práce s člověkem vždy svůj kulturní a etický rozměr. Pro pomáhající profese, včetně zdravotně sociálního pracovníka, je důležité vytvoření dobrého vztahu s tím, komu je pomáháno. Tento vztah by měl být postaven na vzájemné důvěře, porozumění, pocitu bezpečí, důstojnosti, hodnotě člověka a právech z toho vyplývajících. Zdravotně sociální pracovníci chrání a podporují jak fyzickou, tak i duševní, emocionální a duchovní integritu každého člověka. Etika zdravotně sociální práce se tak prolíná jak v oblasti zdravotnické, tak i v oblasti sociální. Prozatím neexistuje specifický kodex přímo pro zdravotně sociální péči. Zdravotně sociální pracovníci tedy ctí kodexy zdravotnického pracovníka nelékařských profesí a sociálního pracovníka, v nichž obou jsou zdůrazňovány a ctěny výše uvedené zásady. Znalost těchto kodexů patří k základnímu vzdělání zdravotně sociálního pracovníka. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 54, 81-82).

Profesní etické kodexy jsou souborem norem, které rozpracovávají požadavky kladené na konkrétní profesi v reakci na potřeby společnosti, uvádějí nejvýznamnější hodnoty profese, obsahují požadavky na etické chování profesionála, ale též i profesionály chrání a určují postup v eticky citlivé a dilematické situaci. Etické kodexy se mění v průběhu času s ohledem na vývoj společnosti, profese i práva (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s 81-82).

Za základní etické principy zdravotně sociální práce jsou považovány (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 54-55) principy:

- *advokacie* – právní pomoc, obhajoba zastání se klientů, snaha respektovat požadavek etické správnosti hledaného řešení, neexistují dva lidé, kteří chápou nějakou mravní hodnotu zcela shodně,

- *autonomie* – rozlišujeme autonomii pracovníka a autonomii klienta, ke klientovi a ostatním přistupujeme jako k rovnocenným partnerům, uznání práva člověka na vlastní názor atd.,

- *cílevědomosti* – respekt k jednání člověka a sledování jistého cíle, jednání vlastní, nikoliv jen vynucené okolnostmi,

- *důstojnosti* – každý člověk má svou nedotknutelnou důstojnost, kterou je třeba chránit, respektovat, je to jedno ze základních lidských práv,

- *důvěrnosti* – podmíněno znalostmi dané problematiky, poskytováním věrohodných informací klientovi, je to pojmenování vztahu mezi klientem a profesionálem,

- *mlčenlivosti* – je důležitá součást vztahu sociálního pracovníka a klienta, sociální pracovník se může dostat do dilematické situace při zachování mlčenlivosti, je upravena zákonnými normami,

- *neškodit* – tento princip již v Hippokratově přísaze, zakazuje poškodit, ublížit komukoliv, týká se i informací – informovat, ale neškodit, tento princip nelze pokládat za absolutní,

- *prospěšnosti* – spolu s laskavostí, vlídností dosahuje spokojenosti klienta, vyjadřuje morální povinnost jednat ve prospěch druhého a podporovat jeho legitimní zájmy,

- *solidarity* – znamená dobrovolnou společenskou soudržnost, ochotu ke vzájemné pomoci a podpoře,

- *společného dobra* – je základní zárukou sociální spravedlnosti, zavazuje členy společnosti a určuje zásadu jeho přednosti před dobrem jednotlivce,

- *spravedlnosti* – tím se rozumí respekt, úcta k právu, k tomu, co je danou společností formulováno v zákonech, předpisech a právních ustanoveních.

Ve svém souhrnu tyto principy vyúsťují v respekt k důstojnosti člověka v jeho nejširší dimenzi (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 55).

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky byl poprvé vydán v roce 1995 Společností sociálních pracovníků ČR. Jeho poslední revize proběhla v roce 2006. Etický kodex definuje pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, ve vztahu ke kolegům, ve vztahu ke svému povolání, odbornosti, ve vztahu ke společnosti, problémové okruhy, postupy při řešení

etických problémů. Jako základní etické zásady uvádí (Společnost sociálních pracovníků ČR 2006):

- *Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv dle platných norem mezinárodních i národních deklarací práv, listin, dokumentů a zákonů z nich vyplývajících.*
- *Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.*
- *Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.*
- *Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.*
- *Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.*

Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí je uveden v příloze č. 5 této práce. Podrobně již nerozebírám, neboť, jak již bylo uvedeno, zásady humánnosti, úcty, respektu apod. jsou součástí všech etických kodexů pomáhajících pracovníků.

4 Zdravotně sociální pracovník

4.1 Legislativní vymezení odborné způsobilosti

Odbornou způsobilost pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka upravuje jak Ministerstvo práce a sociálních věcí v zákoně o sociálních službách, tak i Ministerstvo zdravotnictví v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon o sociálních službách uvádí, že: *Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu (§ 110, odst. 5).* Tímto předpisem je myšlen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Tudíž profesi zdravotně sociálního pracovníka může vykonávat sociální pracovník, jenž splní odbornou způsobilost dle zákona o sociálních službách § 110, odst. 1-4 nebo dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních dle § 10, odst. 1, písm. a-c.

Zákon o sociálních službách požaduje jako odbornou způsobilost vyšší odborné nebo ukončené vysokoškolské vzdělání v přesně definovaných oborech, případně stanoví praxi 5 let v oboru sociální práce a 200 hodin akreditovaných kurzů v stanovených oborech nebo praxi 10 let na pozici sociálního pracovníka, 200 hodin akreditovaných kurzů a střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeném nejpozději 31. prosince 1998.

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních požaduje shodně jako zákon o sociálních službách zdravotní způsobilost, bezúhonnost. Pro odbornou způsobilost u zdravotně sociálního pracovníka je vyžadováno (§ 10, odst. 1, písm. a-c):

- akreditované zdravotnické bakalářské nebo magisterské studium v oboru se sociálním zaměřením,
- nejméně tříleté studium v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaný kvalifikační kurz pro zdravotně sociální pracovníky,
- specializační studium v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry.

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních byl dvakrát novelizován v roce 2008 a 2011, tzv. velká a malá novela zákona o nelékařských zdravotních povoláních. Na odborné podmínky (vzdělání) výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka tyto předpisy neměly vliv. Změny se týkaly především podmínek pro získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání. Toto osvědčení je vydáváno Registrem zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v Brně spadajícím pod Ministerstvo zdravotnictví. Do registru jsou zavedeni zdravotničtí pracovníci, kteří získali osvědčení k výkonu zdravotnického

povolání bez odborného dohledu dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Aby zdravotně sociální pracovník získal osvědčení, musí splnit nejen povinné odborné vzdělání, ale i podmínku dalšího odborného vzdělávání. Podmínky pro získání osvědčení aktuálně zní (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, § 6, odst. 2, písm. a-b):

- podat žádost do 18 měsíců od získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru,
- při podání žádosti po uplynutí 18 měsíců musí pracovník doložit též odbornou způsobilost a splnit následující podmínky, které platí i při podání žádosti o prodloužení (každých 10 let). *Platnost osvědčení se prodlouží na období dalších 10 let, pokud zdravotnický pracovník požádá o jeho prodloužení nejpozději 60 dnů před skončením jeho platnosti, doloží potřebné doklady, pracoval ve výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru minimálně 1 rok z období posledních 10 let v rozsahu minimálně poloviny týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 roky výkonu zdravotnického povolání z období posledních 10 let v rozsahu minimálně pětiny týdenní pracovní doby, a dále získání 40 kreditů z celoživotního vzdělávání z období posledních 10 let, nebo o složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu příslušného povolání bez odborného dohledu. Kreditní systém vzdělávání zdravotnických pracovníků upravuje samostatná vyhláška.*

Zákon o nelékařských zdravotních povoláních je zákonem, který přesněji vymezil a zlepšil postavení zdravotně sociálních pracovníků v zdravotnických zařízeních. Postavení a především náplň práce zdravotně sociálních pracovníků ještě více upřesnila vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, o té níže v samostatné kapitole 4.2. Přes lepší a celostnější ukotvení pozice zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních se bohužel nic nezměnilo v minimálních požadavcích na časové dotace zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích, viz kapitola 3.1. Bohužel pro zdravotnická zařízení nedošlo ani k úpravě úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Je velmi těžko pochopitelné, že odborné výkony ostatních nelékařských profesí pracujících ve zdravotnických zařízeních jsou zde jednotlivě uvedeny, kategorie sociálně

zdravotnického pracovníka zde uvedena není. Je třeba ale i uvést, že většina lůžkových zdravotnických zařízení, nemocnic má nasmlouvané úhrady péče, tzv. lůžko/dny, tedy platby dle kategorie (náročnosti) péče na pacienta a den.

4.2 Činnosti zdravotně sociálního pracovníka

Jak již bylo výše uvedeno, v posledních letech došlo k zákonné úpravě činností zdravotně sociálního pracovníka. Jeho činnosti, náplň práce je upravena zákonem o nelékařských zdravotnických pracovnících, samostatnou vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků) a též jsou činnosti sociálního pracovníka upraveny nařízením vlády 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů (dále jen katalog prací).

Činnosti zdravotně sociálního pracovníka lze částečně vymezit i na základě teorie, prostřednictvím kompetencí zdravotně sociálního pracovníka.

4.2.1 Činnosti dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních považuje za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka *činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta* (§ 10, odst. 2). Blíže zákon činnosti zdravotně sociálních pracovníků nespécifikuje.

4.2.2 Činnosti dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků nejpodrobněji vymezuje všechny činnosti zdravotně sociálních pracovníků (nejen jejich). Obě zákonné normy, vyhláška spolu se zákonem o nelékařských zdravotnických profesích, velmi dobře vypovídají o reálné podobě činností zdravotně sociálních pracovníků v zdravotnických zařízeních. Přesné znění činností pro všechny zdravotnické pracovníky, tedy i zdravotně sociální pracovníky, dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků (§ 3, odst. 1, písm. a-f) zní:

- *poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,*

- *dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví,*
- *vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,*
- *poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,*
- *podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,*
- *podílí se na přípravě standardů.*

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků v § 9, písm. a-h definuje, které činnosti má vykonávat speciálně zdravotně sociální pracovník:

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

- *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,*
- *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,*
- *v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.*

4.2.3 Činnosti dle katalogu prací

Určitým způsobem náplň práce, činnosti v jednotlivých profesích upravuje i katalog prací. V katalogu prací jsou specifikovány činnosti pro jednotlivé platové třídy v dané profesi. Je zde specifikována i profese zdravotně sociálního pracovníka.

Všechny činnosti zdravotně sociálního pracovníka, uváděné v katalogu prací, jsou v souladu s činnostmi, které zdravotně sociálnímu pracovníkovi ukládá zákon o činnostech pro zdravotnické pracovníky. Polemizovat lze pouze o tom, jak všechny tyto činnosti, které zdravotně sociálnímu pracovníkovi ukládají zákony a které jsou nezbytné pro zajištění komplexní péče o pacienty, může zdravotně sociální pracovník zvládnout s ohledem na časovou dotaci pracovní pozice zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví, na základě již výše zmiňované vyhlášky Ministerstva zdravotnictví o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

4.2.4 Činnosti dle kompetencí zdravotně sociálního pracovníka

Kompetence zdravotně sociálního pracovníka u nás jsou zformulovány v jedné z prvních a mála knih o sociální práci ve zdravotnictví v Etice pro zdravotně sociální pracovníky. Kompetence zdravotně sociálního pracovníka jsou definovány (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2011, s. 72-75) takto:

- *kompetence profesně oborové* – do těchto kompetencí jsou řazeny kvalitní teoretické znalosti, praktické dovednosti a schopnosti nepostradatelné pro výkon profese, být schopen podílet se na uspokojování potřeb klientů, především těch sociálních, pomáhat s integrací klientů do společenského prostředí, být schopen samostatné, odborné práce ve svém oboru, ale zároveň schopen spolupracovat s ostatními členy týmu, pracovat s právními normami, kontrolovat a dodržovat standardy, normy a metody zdravotně sociální péče v daném zařízení apod.,

- *kompetence sociálně anamnestické a diagnostické* – základní kompetenci je schopnost provádět sociální šetření, odebrání sociální anamnézy, stanovování sociální diagnózy a sociální prognózy, být schopen zpracovat zprávu o posouzení životní situace klienta apod.,

- *kompetence poradenské a konzultační* – schopnost poskytovat sociálně právní poradenství, a to i ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům, provádět konzultační a poradenskou činnost nejen pro samotné klienty, ale i pro rodinné příslušníky, poskytovat poradenství v případě úmrtí pozůstalým apod.,

- *kompetence výchovné* – tím je myšlena schopnost provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti,

- *kompetence rozhodovací* – schopnost sestavit plán psychosociální intervence, schopnost tato opatření realizovat, mít základní dovednosti z oblasti krizové intervence aj.,

- *kompetence organizační* – znát základní principy organizace a řízení zdravotnictví, schopnost, vést a sledovat zdravotnickou dokumentaci, podílet se na propuštění klientů, zajištění následné péče, spolupracovat s jinými orgány veřejné správy apod.,

- *kompetence metodické* – být schopen navrhnout nové standardy a metody zdravotně sociální péče, podílet se na vědecko-výzkumné činnosti v oblasti sociální práce ve zdravotnictví aj.,

- *kompetence jazykové* – schopnost kultivovaně se vyjadřovat v českém i cizím jazyce, v rozsahu stanovených činností rozumět základní latinské terminologii apod.,

- *kompetence komunikativní a etické* – jde o kompetence, které jsou považovány u všech sociálních pracovníků za jednu ze základních, patří sem umění naslouchat, schopnost poskytovat klientům sociální oporu, dodržovat etické kodexy, ctít požadavek na důvěrnost informací, být schopen přistupovat ke klientům a jejich okolí s empatií atd.,

- *kompetence osobnostně kultivující* – být schopen sebereflexe, sebevzdělávání a rozvíjení svých odborných znalostí a dovedností.

4.3 Zdravotně sociální pracovník na psychiatrii

Jednou ze zkoumaných oblastí této práce v empirické části je potřebnost zdravotně sociálního pracovníka na oddělení soudních ochranných léčeb. Sociální pracovník v péči o duševně nemocné je bezpochyby jedním z důležitých článků při jejich opětovném začlenění do společnosti a je určitě i důležitým spolupracovníkem, pomocníkem při řešení problémů v běžném životě duševně nemocného. Duševně nemocní se setkávají se sociálním pracovníkem v psychiatrické nemocnici, v domovech se zvláštním režimem, v léčebných komunitách, v posledních letech i v rámci komunitní péče, která se rozvíjí, tj. v chráněném bydlení, chráněných dílnách, existují terénní pracovníci apod. Snahou veškeré této péče je pomáhat lidem s duševním onemocněním obnovit jejich normální sociální role. Sociální pracovníci se snaží se svými klienty vytvářet vztah založený na respektu a přátelství, plnit roli jakéhosi vyslance, advokáta, tvůrce vztahů, spojky mezi duševně nemocným a komunitou, snaží se ovlivňovat prostředí, aby bylo citlivější a humánnější vůči jeho potřebám, mapuje zdravotně-sociální potřeby klienta, podporují jeho sociální integraci (Probstová 2005, s 135-136).

V současné době probíhá tzv. reforma psychiatrie. Byl vytvořen strategický dokument Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče. Hlavním cílem reformy psychiatrie je zlepšit kvalitu života duševně nemocných. Zmiňovaný dokument stanovuje cíle, úkoly a rozpočtový rámec pro roky 2014-2023. Dokument vychází z Deklarace o duševním zdraví, Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu, Zelené knihy Komise evropských společenství a zprávy z roku 2012 Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí), na které se podílel tým odborníků psychiatrie. Pilířem této strategie jsou 4 oblasti péče o duševně nemocné: ambulantní péče, centra duševního zdraví, psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické nemocnice/léčebny. Ve všech těchto plánovaných typech péče o duševně nemocné je sociální pracovník plánován jako nezbytná součást týmu (Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče 2014).

Sociální pracovníci v psychiatrických nemocnicích jsou členy multidisciplinárního týmu. Jsou to specialisté na sociální oblast života duševně nemocných, jejich úkolem je podporovat zdravé sociální návyky, obnovovat sociální dovednosti, udržovat nebo zvyšovat úroveň interpersonálních vztahů klientů. Cílem

jejich práce je dosažení co největší samostatnosti klienta, přičemž musí být přihlédnuto k jeho individuálním možnostem a potřebám.

Jak již bylo uvedeno, jednou ze základních a nejdůležitějších dovedností sociálního pracovníka je komunikace. *Práce s duševně nemocným klade hodně velký důraz na komunikaci s pacientem, která nebývá úplně jednoduchá... Znamená to na pacienty nespěchat a hodně pomalu, dopodrobna vysvětlovat, co se s nimi děje, co by se mohlo a mělo dělat dál... Moje sociální práce je směřována podle toho, co klient potřebuje. Jenže to člověk s duševní nemocí někdy těžko umí vyjádřit... Hlavní slovo v řešení problémů konkrétního klienta má vždy klient sám a jeho ošetřující lékař. Moje pravomoci sahají k poradnímu hlasu... Úkoly mám stanoveny pracovní náplní.... V pracovní náplni mám další úkoly, které se odvíjejí od potřeb klientů. Ti se na mne obrazejí se širokou škálou problémů od začlenění do sociální sítě až po nalezení dopravního spojení* (Bajer 2008, s. 28-29). Toto jsou slova zdravotně sociální pracovnice z Psychiatrického centra v Praze Bohnicích z lůžkového oddělení. Popisují postavení, činnosti a cíle sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici, tak jak je cítí ona sama, jako sociální pracovník. I sociální pracovnice z Psychiatrické kliniky v Trenčíně říkají, že základem činnosti sociálního pracovníka na psychiatrické klinice je vytvoření vztahu spojení a důvěry. Dle těchto sociálních pracovnic je základem samostatnost, schopnost vcítit se, flexibilita, znalosti práva, sociálního zabezpečení, psychologie a vědomosti o duševních nemocích. Za jediný svůj pracovní nástroj považují svou osobnost. I tyto sociální pracovnice uvádějí, že úzce spolupracují v rámci celého ošetřujícího týmu, jsou zodpovědné za úsek sociální práce, svoje kroky ale konzultují s ošetřujícím lékařem a respektují pohled klienta/pacienta. Společně hledají optimální cíle a řešení a pacienta spíše provázejí při plánování, řešení a realizaci vytčených cílů (Bajer 2008a, s. 31). I ony uvádějí, že spektrum jejich činností se liší pacient od pacienta a je velmi široké: sociální poradenství v pracovně-právních vztazích, problémy nezaměstnanosti, problémy s pojišťovnami, soudy, úřady, pomáhají při konfliktech v rodině, řešení rozvodových situací, hmotného a sociálního zabezpečení klientů. Snaží se vést klienty/pacienty k zodpovědnosti. Je-li to možné a v schopnostech klienta, pomáhají klientům zůstat v přirozeném prostředí, není-li to již možné, snaží se případně aktivizovat sociální síť pomoci, atd. Spektrum činností je pestré (Bajer 2008a, s. 31-32).

Z výpovědi sociálních pracovníků ať v České, či Slovenské republice je zřejmé, že jejich pracovní náplň je opravdu velmi pestrá a individuální dle potřeb každého klienta. Aby mohly tyto potřeby svých klientů dobře naplňovat, musí mít odborné znalosti nejen z oblasti sociální práce (teorií a metod sociální práce, práva, sociálního zabezpečení, psychologie, sociologie atd.), ale musí mít i znalosti z oblasti psychiatrie, duševních nemocí, prognózy duševního onemocnění. Nezbytné jsou i znalosti z oblasti somatické medicíny, protože somatická onemocnění se duševně nemocným nevyhýbají.

4.4 Zdravotně sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

Péče o klienta ve zdravotnickém zařízení dnes vyžaduje propojení spolupráce, znalostí a dovedností odborného týmu, do kterého patří bezpochyby i zdravotně sociální pracovník. Potřeba zdravotně sociálního pracovníka při uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientů je zřejmá ve všech vyspělých zemích, umožňuje zajištění komplexní péče o pacienty a klienty. Pozice zdravotně sociálního pracovníka bývá v mnoha zdravotnických zařízeních stále ostatními zdravotníky nedoceňována. Zda se zdravotně sociální pracovník začlení do týmu a získá tam pevnou pozici, záleží i na jeho osobnosti, odborných znalostech a schopnostech. Přesto v mnoha zdravotnických zařízeních se již daří překonávat bariéry a zdravotně sociální pracovníci se stávají samozřejmou a nepostradatelnou součástí týmů a holistické péče o pacienty a klienty. Ukázky dobré praxe lze zaznamenat i v České republice, především v zařízeních, kde mají dobře propracovaný systém sociální pomoci pro své klienty a pacienty. Zde úzce spolupracují zdravotně sociální pracovníci s dalšími odborníky z oblasti medicíny, ošetrovatelství, psychologie, psychoterapie, pedagogiky, speciální pedagogiky, fyzioterapie, ergoterapie, nutriční terapie aj. (Kuzníková 2011a, s. 23-25). Při péči o pacienty v psychiatrických nemocnicích se setkávají nejčastěji tyto odborníci: psychiatr, psycholog, zdravotní sestry, terapeuti, psychiatrické sestry, a ostatní odborníci z řad somatické medicíny aj. (Čadková-Svejkovská 2008, s. 60-63)

Zdravotně sociální pracovníci jsou součástí multidisciplinárních týmů zdravotnických zařízení. Multidisciplinární tým znamená všeoborové zastoupení v týmu, kde členové tohoto týmu mají své specifické role. Míra zastoupení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu se odvíjí od systému práce a stanovené náplni práce v dané organizaci. Zdravotně sociální pracovníci se účastní týmových setkání, porad k řešení situace klienta, účastní se vizit, propojují medicínskou léčbu,

ošetřovatelský proces se sociální prací. Praxe, především ze zahraničí, ukazuje, že je velmi důležitý pro komplexní péči o pacienta a úzkou spolupráci týmu i fyzický prostor, stálá přítomnost zdravotně sociálního pracovníka na klinice či oddělení, kde je v blízkosti pacientů a spolupracovníků týmu (Beránková in Kuzníková, s. 24-25).

Sociální pracovník v týmu má často roli koordinátora činností a cílů týmu, který organizuje i činnost týmu ve spolupráci s profesemi a organizacemi vně týmu. Součástí této koordinace je i aktivizace sociální sítě klienta, jeho zapojení do léčebného procesu a do zdravotně sociální rehabilitace (Kuzníková 2011a, s. 25).

Teorie v souvislosti s pracovními týmy hovoří i o interdisciplinárním týmu. Rozdíl mezi multidisciplinárním a interdisciplinárním týmem je minimální. O interdisciplinárním týmu hovoříme tehdy, pokud jsou přítomny alespoň minimálně dvě odlišné profese, je charakteristický svou pomocí postavenou na integrovaném plánu péče orientovaného na klienta, s jasně vymezenými cíli a vzájemnou provázaností všech oborů zastoupených v tomto týmu. Multidisciplinární tým se odlišuje tím, že nemají jednotný plán intervencí. Vzhledem k odlišným prioritám odborníků, mají členové týmu své specifické role a nejsou dostatečně kooperující (Kuzníková 2011a, s. 25). Autorka této práce se domnívá, že vzhledem k popisovanému rozdílu mezi interdisciplinárním a multidisciplinárním týmem, může interdisciplinární tým přecházet v multidisciplinární a opačně. Je to spíše o vedení takového týmu, vypracovaných postupech pro řešení situací pacientů a jednotlivých členech týmu, jak dokážou a chtějí spolupracovat na řešení situace pacienta. *Důležitá je vždy ochota spolupracovat, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči, a to napříč odbornostmi i postavením v péči. Důvěru a respekt k týmu musí mít i management zařízení nebo instituce,...* (Čadková-Svejkovská 2008, s. 63). Pro tuto práci je zvolen pojem multidisciplinární tým ve významu mezioborový tým. Pro použití termínu multidisciplinární tým hovoří i fakt, že zdravotně sociální pracovník spolupracuje nejen v rámci týmu uvnitř organizace, ale je i koordinátorem a spolupracovníkem s odborníky vně týmu, s jinými organizacemi. Pro účinný způsob pomoci při uspokojování potřeb pacientů/klientů je nezbytná součinnost a provázanost mnohých odborníků, což je podstatou multidisciplinární práce (Čadková-Svejkovská 2008, s. 63)

4.5 Klient nebo pacient?

Jedním z dilemat v praxi zdravotně sociálních pracovníků je užívání termínu klient nebo pacient. Je to o úhlu pohledu. Ve spojení s lékařskou péčí a ošetrovatelskou péčí a v různých zákonech o poskytování zdravotní péče se vždy hovoří o pacientech. Máme i práva pacientů, svaz pacientů apod. V souvislosti s poskytováním sociální péče se ale spíše hovoří o klientovi. Pojem klient do sociální práce zavedli především představitelé nedirektivní, na klienty zaměřené terapie C. Rogerse (Hartl, Hartlová 2004, s. 257). Pojem klient ve zdravotní péči v České republice se objevil po revoluci se zavedením plateb zdravotního pojištění a ještě více se zavedením plateb regulačních poplatků ve zdravotnictví. Přesto se v praxi v souvislosti se zdravotnictvím více využívá termín pacient.

V této práci je používán termín klient i pacient. Klient v souvislosti se sociální prací a vztahem zdravotně sociálního pracovníka a pacienta/klienta, a to proto, že v sociální práci o člověku, který užívá služeb sociálního pracovníka, hovoříme jako o klientovi, který vystupuje v roli spolupracovníka a rovnocenného partnera (Mahrová 2008, s. 27). Termín pacient bude používán v přímých citacích zákonů a případně ve vztahu lékař, ošetřující personál, hospitalizace, tehdy bude používán termín pacient. V souvislosti se sociální prací bude používán termín klient. Použití obou termínů je dle mínění autorky správné, neboť některé teorie hovoří o nerovném vztahu mezi pomáhající profesí a pacientem, ale o vyrovnanějším vztahu mezi pomáhající profesí a klientem. Vztah k pacientovi či klientovi by měl dle nových trendů být stejný, rovný, demokratický, ať pacient, či klient, vždy mají stejná práva, termín to nezmění, pacient či klient přichází se zakázkou a je na sociálním pracovníkovi, lékaři, zdravotní sestře, psychologovi aj., zda se bude snažit a dokáže vytvořit vztah co nejvíce subjekt-subjektový. I když to je na další diskuzi, zda vztah v této subjekt – subjektové rovině, kdy jeden je závislý na pomoci druhého, je vůbec možný. Ale měli by se o to alespoň účastníci v těchto vztazích snažit.

5 Ochranná léčba

5.1 Ochranná opatření obecně

Právní řád České republiky zná dva zákonné typy trestních sankcí, sloužících k ochraně před páčáním trestné činnosti, kterými jsou tresty a ochranná opatření.

Právním následkem za spáchaný trestný čin je trest, jeho charakter je především represivní. Ochranné opatření se však ukládá za trestný čin nebo čin jinak trestný pachateli, který není trestně odpovědný, ať už pro nepřičetnost, nedostatek věku nebo rozumovou či mravní nevyspělost. Obě sankce plní jednu z nejdůležitějších funkcí trestního práva, a to ochrannou. Jsou vynutitelná státní mocí a ukládá je pouze soud. Na rozdíl od trestu ochranné opatření neobsahuje negativní hodnocení pachatele. Ochranné opatření má především charakter sankce preventivní ochrany. Prvotním účelem ochranných opatření je zajistit ochranu společnosti prostřednictvím nejrozumnějších výchovných, terapeutických, zabezpečovacích a jiných prostředků (Kalvodová 2009, s. 542-543).

Konečným účelem ochranných opatření je odstranění nebo alespoň snížení nebezpečí dalšího porušení nebo ohrožení zájmů chráněných trestním zákonem, ale také léčba a izolace osob nepřičetných nebo zmenšeně přičetných, která vystupuje do popředí právě u zabezpečovací detence (Kalvodová 2009, s. 543).

Do ochranných opatření náleží ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci nebo jiné majetkové hodnoty a ochranná výchova (tu lze uložit pouze mladistvým).

5.2 Institut ochranné léčby

Ochranné léčení spadá do skupiny sankcí v rámci trestně právního řízení, skupiny ochranných opatření. Na rozdíl od trestů je u ochranných opatření včetně ochranného léčení rozhodující výchovné či terapeutické působení. Jejich cílem je léčba a výchova pachatele. Jedním ze základních cílů ochranné léčby, podobně i zabezpečovací detence, není pouze ochrana společnosti před nebezpečím hrozícím ze strany pachatele, ale jedním z hlavních cílů je i ochrana pachatele a jeho léčba (Kalvodová 2009, s. 547).

Ochranná opatření včetně ochranného léčení mohou být uloženy následkem trestného činu, ale i činu jinak trestného, což v praxi znamená, že je lze uložit jak osobám trestně odpovědným, tak i osobám, jež nejsou trestně odpovědné z důvodu nedostatku věku či přičetnosti.

Ochranné léčení může být uloženo samostatně, vedle jiného ochranného léčení, vedle trestu nebo jako alternativa k potrestání. Zákon vylučuje uložení ochranného léčení vedle zabezpečovací detence. Zákon ale umožňuje za trestním zákoníkem stanovených podmínek přeměnu ochranného léčení na zabezpečovací detenci a obráceně, a to i opakovaně.

Ochranné léčení, stejně jako ostatní ochranná opatření, nemůže být promlčeno, rovněž nemůže být zahlazeno, nemůže být ani amnestováno či prominuto individuální milostí prezidenta republiky. Neznalost těchto pravidel ochranného léčení se stalo v posledním době důvodem trestního stíhání některých odsouzených, kteří nenastoupili nařízený výkon ochranného léčení po 1. 1. 2013, kdy byla vyhlášena amnestie prezidenta republiky. Mnozí odsouzení k výkonu ochranné léčby se domnívali, že byl amnestován nejen jejich trest, ale i nařízení ochranné léčby.

5.2.1 Základní cíle ochranného léčení

Uložení ochranného léčení a jeho výkon by mělo splnit základní cíle ochranného léčení (Šámal 2008, s. 349:

- *léčení duševní poruchy, kterou pachatel trpí a na jejímž základě spáchal trestný čin,*
- *izolaci společensky nebezpečného pachatele trestného činu,*
- *prevence opakování trestného činu v důsledku duševní poruchy pachatele,*
- *resocializace a zařazení pacienta do běžného života.*

Tomuto modelu více odpovídá i praxe, kdy ústavní ochranné léčení je vykonáváno po výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody. Výkon trestu splňuje funkci izolační, postižení za spáchání trestného činu a odtržení pachatele od dosavadního způsobu života. Systém ochranného léčení, které následuje po výkonu trestu odnětí svobody, je potom založen na postupném získávání výhod na základě splněných úkolů. Celé ochranné léčení je zaměřeno nejprve na motivaci ke změně a později na začlenění pacienta do běžného života. Součástí integrace je i zajištění existenčních podmínek a obnovení narušených vztahů v rodině (Šámal 2008, s. 349-350).

V Psychiatrické nemocnici v Bohnicích a podobně i v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech (kde bylo prováděno šetření) je výkon ochranného léčení rozdělen do čtyř fází (Šámal 2008, s. 351):

- *seznamovací a přípravná fáze* – období seznámení se terapeutického týmu s postojem pacienta k léčení, stanovení terapeutických záměrů, pacient se seznamuje s cílem a pravidly léčby, prvotní sebepoznání,

- *motivační fáze* – cílem motivace pacienta k změně dosavadního způsobu života,
- *sebepoznávací a resocializační fáze* – hlubší sebepoznání, hledání možných změn, důraz kladen i na samostatné plnění úkolů (pracovní povinnosti, řešení existenčních záležitostí apod.),
- *výstupní fáze* – dominantní zařazení se do běžného života, zajištění navazujícího léčení, finanční zabezpečení, zabezpečení ubytování, obnovení vztahu s rodinou, je-li to možné.

5.2.2 Zákonná úprava ochranného léčení

Ochranné léčení, jeho výkon, podmínky ukládání, druhy ochranných léčeb, trvání výkonu ochranné léčby, proces ukládání ochranného léčení apod. upravují především zákony:

- č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen trestní zákoník),
- č. 141/1961 Sb. zákon o trestním řízení soudním, ve znění pozdějších předpisů (dále jen trestní řád),
- č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen zákon o specifických zdravotních službách),
- č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.³

Výkon ochranného léčení nalezneme též v zákoně č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů, ve kterém je objasněn výkon ochranného léčení za současného uložení výkonu trestu odnětí svobody.

Nařízení výkonu ochranného léčení, místo výkonu a jeho samotný výkon je více specifikován následně v ustanoveních vyhlášky Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy, ve znění pozdějších předpisů, a předpisů, a v Instrukci Ministerstva spravedlnosti ze dne 3. prosince 2001, č. j. 505/2001–Org, kterou se vydává vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské

³ Zákon č. 218/2003 Sb. upravuje mimo jiné ukládání ochranného léčení mladistvým, tato diplomová práce se věnuje výkonu ochranného léčení dospělých, tento zákon uveden pro úplnost, ale dále se práce ukládáním a výkonem ochranné léčby u mladistvých zabývat již nebude.

a vrchní soudy, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vnitřní a kancelářský řád pro soudy).

Jako poslední zákon nelze nezmínit usnesení č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních lidských práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Listina základních práv a svobod), která ukládá zákonodárným orgánům, tedy i soudům, chránit základní lidská práva a svobody, případně aby byly stanoveny sankce za porušení těchto chráněných zájmů.

V naší zemi neexistuje kompletní samostatná úprava pro ochranné léčení, na rozdíl od ukládání zabezpečovací detence. Do nedávné doby nebyla nijak upravena ani práva a povinnosti osob vykonávajících ochranné léčení, ani osob poskytujících péči ve zdravotnických zařízeních při výkonu ochranného léčení. Toto se alespoň částečně změnilo zákonem o specifických zdravotnických službách, jenž nabyl účinnosti 1. 4. 2012.

5.2.3 Základní zásady ukládání ochranného léčení

V souvislosti s institutem ochranné léčby je nutné ještě uvést nezbytnost dodržování základních zásad ukládání trestních sankcí:

- *zásada zákonnosti* - trestní sankce lze ukládat jen na základě trestního zákona (listina základních práv a svobod, čl. 39),
- *zásada humánnosti* - výkonem trestní sankce nesmí být snížena lidská důstojnost, dále nelze uložit pachateli krutou a nepřiměřenou trestní sankci, především u ochranných léčení a zabezpečovací detence, kdy jde o velmi závažné zasažení do práv člověka (Kalvodová 2009, s. 545),
- *zásada přiměřenosti* - trestní sankce má být uložena přiměřeně k povaze a závažnosti spáchání trestného činu (trestní zákoník, § 38, odst. 1).
- *zásada individualizace trestních sankcí* - významná při ukládání ochranného léčení, kdy je důležité zvážit druh a výměru trestní sankce, přitom vzít v úvahu polehčující a přitěžující okolnosti. Zároveň je nezbytné přihlídnout k poměrům pachatele, možnosti následného návratu a znovuzařazení pachatele do společnosti (Jelínek, aj. 2010, s. 32-33).
- *zásada personality sankce* - poslední zásada, která je důležitá konkrétně při ukládání ochranného léčení. Trestní sankce (trest i ochranné opatření) by měla

dopadat jen na pachatele trestného činu, dopad na třetí osoby (okolí pachatele, zejména rodinu) by měl být co nejvíce omezen (Jelínek, aj. 2010, s. 65-67).

Existuje ještě několik zásad pro ukládání trestních sankcí, např. zásady účelnosti, zákazu dvojího přičítání z hlediska trestů, zákazu analogie trestního zákona k tíži pachatele z hlediska trestu apod., byly vybrány ty, které jsou nejdůležitější především při ukládání ochranného léčení (Kalvodová 2009, s. 544-545).

5.3 Uložení ochranného léčení

Jak již bylo výše uvedeno, ochranné léčení lze uložit při splnění zákonných podmínek na základě trestního zákoníku. Lze je uložit samostatně, spolu s jiným ochranným opatřením, vedle trestu nebo na místo trestu, jako tzv. alternativu k potrestání. Alternativu k potrestání je třeba chápat tak, že soud sice rozhodne o vině pachatele ze spáchání trestného činu, ale neuloží mu žádný trest, uloží ochranné léčení, které lépe než trest zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti (Ščerba 2011, s. 32).

Soud rozhoduje o ochranném léčení (i všech ochranných opatřeních) vždy podle zákona účinného v době, kdy se o ochranném léčení rozhoduje (trestní zákoník, § 3, odst. 2). *To znamená, že i když trestnost činu byla posouzena kupříkladu podle zákona účinného v době, kdy byl čin spáchán (podle dřívějšího zákona byla vyslovena vina a trest), ochranné opatření je nutno vždy ukládat podle zákona účinného v době rozhodování soudu* (Jelínek, aj. 2010, s. 424-425).

Soud ukládá ochranné léčení na základě trestního zákoníku:

- dle § 99, odst. 1 trestního zákoníku: pokud pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a zároveň jeho pobyt na svobodě je nebezpečný,
- dle § 99, odst. 2, písm. a) trestního zákoníku: pokud pachatel spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný,
- dle § 99, odst. 2, písm. b) trestního zákoníku: pokud pachatel zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním, (nově od roku 1991) ochranné léčení soud neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout. K této úpravě došlo na tlak z odborných medicínských kruhů, protože léčit závislost na látkách bez vůle léčeného je velmi problematické, ne-li nemožné,

- dle § 40, trestního zákoníku ochranné léčení soud uloží pachateli v případě zmenšené přičetnosti, pokud spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, ale tento stav si ani z nedbalosti nepřivodil vlivem návykové látky, přičemž toto zohlední při ukládání trestu v dolní hranici jeho výměry a uloží zároveň ochranné léčení, má-li za to, že by tím vzhledem k zdravotnímu stavu pachatele bylo možno lépe dosáhnout nápravy kratším trestem (trestní zákoník, § 40),

- soud může dle § 47, odst. 1 trestního zákoníku upustit od potrestání a uložit ochranné léčení (nebo zabezpečovací detenci), pokud pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a soud má za to, že uložení ochranného léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest. Toto nelze použít, pokud si pachatel stav zmenšené přičetnosti nebo duševní poruchu přivodil, byť i z nedbalosti, vlivem návykové látky.

Jedním ze základních předpokladů pro uložení ochranného léčení je nebezpečnost pachatele. K nebezpečnosti, nepřičetnosti, míře ovládacích a rozpoznávacích schopností se vyjadřuje znalec ve znaleckém zkoumání. Jedná se o znalecký posudek z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie, sexuologie a psychologie, provedený na základě vyšetření duševního stavu obviněného. Teorie práva v souvislosti s ukládáním ochranného léčení hovoří o přesných podmínkách uložení ochranného léčení. Ochranné léčení je ukládáno obligatorně nebo fakultativně.

5.3.1 Obligatorní uložení ochranného léčení

Ochranné léčení může být uloženo obligatorně, jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Soud může upustit od potrestání, jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti a soud má za to, že ochranné léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než případný výkon trestu, jestliže si však pachatel stav zmenšené přičetnosti, byť i z nedbalosti, nepřivodil požitím návykové látky.

Obligatorně je soudem uloženo ochranné léčení (Blatníková 2010, s. 17):

- jde-li o pachatele činu jinak trestného, který dle § 26 trestního zákoníku pro nepřičetnost není trestně odpovědný, pokud je jeho dle § 99, odst. 1 trestního zákoníku pobyt na svobodě nebezpečný. V tomto případě soud zjišťuje, zda

duševní porucha pachatele je takového rázu, že při jeho ponechání na svobodě je vysoce pravděpodobná hrozba závažného útoku na zákonem chráněné zájmy,

- pokud pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou a soud dospěje k závěru, že lze upustit od potrestání, protože ochranné léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest dle § 47, odst. 1 a § 99 odst. 1 trestního zákoníku. Tento stav si ale nesmí přivodit sám pachatel, a to ani z nedbalosti požitím návykové látky,

- jedná-li se o pachatele, jenž spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, a soud dospěje k závěru, že by vzhledem k jeho zdravotnímu stavu bylo možno za současného uložení ochranného léčení dosáhnout účelu trestu i trestem kratším. Trest je snížen pod dolní hranici trestu a zároveň uloženo ochranné léčení dle § 99, odst. 1 a § 40, odst. 2 trestního zákoníku.

5.3.2 Fakultativní uložení ochranné léčby

Ochranné léčení fakultativně je uloženo, jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný nebo jestliže pachatel, který se oddává nadměrnému požívání návykových látek, spáchal trestný čin pod jejich vlivem nebo v souvislosti s jejich zneužíváním.

Fakultativně je soudem uloženo ochranné léčení (Blatníková 2010, s. 17-18):

- jde-li o pachatele, jenž spáchal trestný čin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a zároveň je jeho pobyt na svobodě nebezpečný dle § 99, odst. 2, písm. a) trestního zákoníku. V tomto případě soud uloží vedle ochranného léčení i trest v rámci zákonné trestní sazby.

- jde-li o pachatele, jenž zneužívá návykové látky, spáchal trestný čin buď pod vlivem návykové látky, nebo v souvislosti s jejím zneužíváním. Zneužívání návykové látky musí být trvalého rázu, musí jít o chorobný návyk. Nově pokud soud dospěje k názoru, že vzhledem k osobě nelze dosáhnout účelu ochranného léčení, ochranné léčení neuloží dle § 99, odst. 2, písm. b) trestního zákoníku.

5.4 Formy a místo výkonu ochranného léčení

Ochranné léčení dle povahy nemoci a léčebných možností pachatele může být dle trestního zákoníku uloženo v podobě ambulantní nebo ústavní. Ochranné léčení

ústavní může být rozhodnutím soudu změněno na ambulantní a opačně. Pokud je uloženo ochranné léčení ústavní zároveň s nepodmíněným trestem odnětí svobody, ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu tohoto trestu ve věznici. Nelze-li vykonat ochranné léčení v rámci výkonu trestu, vykonává se ve zdravotnickém zařízení před nástupem výkonu nepodmíněného trestu, pokud se tím lépe zajistí splnění účelu léčení. Jinak se vykonává ochranné léčení po výkonu nepodmíněného trestu (trestní zákoník, § 99, odst. 4). Toto říká zákon, v praxi je však ochranná léčba ústavní v rámci výkonu trestu vykonávána velmi výjimečně. Mnohdy je přímo v nařízení soudu uvedeno, aby ochranné léčení bylo vykonáno v rámci trestu odnětí svobody, v praxi tomu tak téměř není, protože ve věznicích nejsou vytvořeny podmínky pro výkon ochranného léčení. Proto zpravidla k výkonu ochranné léčby ústavní dochází až po výkonu nepodmíněného trestu. Odsouzení jsou k výkonu ochranné léčby eskortováni přímo z věznic do zdravotnických zařízení.

Ambulantní ochranné léčení je zpravidla vykonáváno buď v rámci výkonu nepodmíněného trestu, nebo až po výkonu trestu odnětí svobody v zdravotnickém zařízení (trestní zákoník, § 99, odst. 4). V praxi je skutečně vykonávána ochranná léčba ambulantní jak během výkonu nepodmíněného trestu, tak i po tomto trestu. Často trvá ochranné léčení v ambulantní formě i po vykonání nepodmíněného trestu.

5.5 Druhy ochranného léčení

Soud ukládá ochranná léčení ve formě ústavní či ambulantní. Dále specifikuje v rozsudku a následně i v nařízení ochranné léčby, jaký druh léčení je uložen. Může být uloženo ochranné léčení psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické, sexuologické, případně kombinace těchto léčení.

Tabulka 1 - Přehled počtu uložených ochranných léčení v ČR v letech 2011-2013

		2011	2012	2013
Celkem počet uložených ochranných léčeb		665	741	835
ÚSTAVNÍ	protialkoholní	105	116	97
	protitoxikomanické	85	86	96
	sexuologické	43	66	72
	ostatní ⁴	65	54	66
	celkem počet ústavních	298	322	331
AMBULANTNÍ	protialkoholní	131	125	178
	protitoxikomanické	89	80	96
	sexuologické	50	89	115
	ostatní	97	125	115
	celkem počet ambulantních	367	419	504

zdroj: Portál Ministerstva spravedlnosti ČR, InfoData statistika a výkaznictví, Statistické přehledy podle hlav a paragrafů za roky 2011, 2012 a 2013 – vlastní zpracování, dostupné z: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>

Pro porovnání je níže uvedena tabulka pacientů přijatých k výkonu ochranné léčby ústavní dle druhů léčby do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, kde bylo prováděno šetření. Z těchto statistik a statistiky evidovaných pacientů k přijetí v budoucnosti je zjevné, že počet přijímaných pacientů k výkonu ochranné léčby se snižuje. Což je částečně v rozporu s počtem stále více soudem ukládaných ochranných léčeb v celostátním měřítku.

Tabulka 2 - Pacienti přijatí do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy v letech 2009-2013

Druh ochranné léčby	2009	2010	2011	2012	2013
Protialkoholní	4	3	10	3	5
Protitoxikomanická	6	4	7	7	10
Psychiatrická	13	20	7	11	6
Sexuologická	14	9	10	9	5
Kombinovaná	4	6	2	4	2
Celkem	41	42	36	34	28

zdroj: Ručně vedené statistiky oddělení ochranných léčeb Psychiatrické nemocnice za roky 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 – vlastní zpracování

⁴ Mezi ostatní řazeno ochranné léčení psychiatrické, ve statistikách Ministerstva spravedlnost není uváděno samostatně.

5.5.1 Ochranné léčení psychiatrické

Ochranné léčení psychiatrické je ukládáno osobám, které trpí duševní poruchou, spáchaly trestný čin pod vlivem duševní poruchy nebo ve stavu zmenšené přičetnosti nebo spáchaly čin jinak trestný ve stavu nepřičetnosti. Přičemž duševní poruchou dle § 123 trestního zákoníku se rozumí *mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti, nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka*.

Ochranná léčba psychiatrická ústavní je zpravidla vykonávána na psychiatrických odděleních zdravotnických zařízení, nejčastěji v psychiatrických nemocnicích⁵. Jak již bylo výše uvedeno, může být vykonána i na specializovaných odděleních ve věznicích, je to ale velmi zřídka. Ambulantní psychiatrická léčení jsou vykonávána v psychiatrických ambulancích.

Ochranné léčby psychiatrické ústavní jsou vykonávány především v psychiatrických nemocnicích, v kterých většinou bývají specializovaná oddělení pro ochranné léčby, ale není to pravidlem. Způsob výkonu ochranné léčby není nijak zákonem či jiným nařízením upraven. Především u ochranných léčeb psychiatrických je výkon veden dle individuálních potřeb pacienta, druhu jeho duševního onemocnění. Součástí léčby je léčba medikamentosní, psychoterapeutická a sociální pomoc. Účelem výkonu ochranné léčby je stabilizovat onemocnění, pomoci pacientovi získat náhled na onemocnění, získat mu dovednosti potřebné pro znovuzачlenění zpět do běžného života. Součástí léčby je pomoc pacientovi v sociální oblasti: hmotné zabezpečení, obnovení vztahu s rodinou, kontaktování komunitních služeb, zajištění zaměstnání např. v chráněných dílnách, zajištění bydlení apod.

5.5.2 Ochranná léčba sexuologická

Ochranná léčba sexuologická je ukládána osobám, které se dopustily sexuálně motivovaného trestného činu nebo činu jinak trestného, trpících poruchou sexuální preference, tzv. sexuálním deviantům.

Z forenzně sexuologického hlediska při ukládání ochranných sexuologických léčeb je třeba rozlišovat, zda trestný čin byl spáchán sexuálním delikventem trpícím poruchou sexuální preference nebo tím, který poruchou sexuální preference netrpí

⁵ V červenci 2013 na podkladě žádosti z řad odborníků došlo na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR k přejmenování psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice. Název psychiatrická léčebna si ponechaly pouze Psychiatrická léčebna Červený Dvůr a Psychiatrická léčebna Šternberk. V případě, že bude v této práci použit název psychiatrická nemocnice, budou tím myšlena všechna zdravotnická zařízení mající v názvu „psychiatrická nemocnice“ i „psychiatrická léčebna“.

a sexuálních deliktů se dopouští „pouze“ v rámci většinou osobnostní patologie (Blatníková 2010, s. 72-73). MKN-10 jsou mezi sexuální deviace řazeny: exhibicionismus, fetišismus, pedofilie, sadismus, mnohočetné (kombinované) poruchy sexuální preference, tušérství, frotérství, nekrofilie aj. (WHO 2014, s. 113). Ochranná léčba sexuologická je ukládána osobám, u nichž byla znaleckým zkoumáním diagnostikována porucha sexuální preference, dále se při ukládání ochranné léčby samozřejmě posuzuje nebezpečnost delikventa atd., jako v případě ostatních ochranných léčeb.

Při rozhodování o nebezpečnosti delikventa a uložení ochranného léčení mohou pomoci níže uvedená kritéria, přičemž se uvádí, že jsou-li splněna alespoň dvě z těchto kritérií, je velmi těžké vést ochrannou léčbu ambulantně (Pavlovský, aj. 2001, s. 140):

- *přítomnost poruchy sexuální preference,*
- *věk do 35 let s výjimkou pedofilů, kteří jsou nebezpeční doživotně,*
- *chybějící nebo špatně fungující partnerský vztah,*
- *již jeden nebo více sexuálních deliktů v anamnéze,*
- *mentální defekt,*
- *přítomnost dissociální poruchy osobnosti nebo smíšené poruchy s dissociálními rysy,*
- *soustavné nadměrné užívání alkoholu (zneužívání jiných návykových látek se u sexuálních deliktů často neuplatňuje).*

Ochranná léčba sexuologická ústavní je vykonávána na specializovaných odděleních v několika našich psychiatrických nemocnicích (Psychiatrická nemocnice Praha - Bohnice, Havlíčkův Brod, Kosmonosy, Horní Beřkovice, Opava, Dobřany, Brno).

Základním konceptem sexuologické léčby je sociosexuální adaptace. Tato adaptační léčba spočívá v psychoterapeutickém a socioterapeutickém působení na pacienta. Ve většině případů je třeba léčbu doplnit i biologickými léčebnými metodami, např. hormonální útlumovou léčbou antiandrogeny, léčbou neuroleptiky a jinými psychofarmaky. V České republice v úvahu přichází a je využívána za přesně stanovených podmínek i léčba tzv. kastrací, která je velmi diskutována. Tento chirurgický zákrok je v České republice možný jen na základě žádosti pacienta, po schválení komisí odborníků Ministerstva zdravotnictví České republiky a se souhlasem soudu místně příslušného poskytovateli zdravotní péče. Přesně upravuje

podmínky tohoto zákroku zákon o specifických zdravotních službách v platném znění v § 17-20. Pouze biologická léčba nezmění kvalitativně narušenou sexuální motivaci pacienta, ta jen snižuje jeho spontaniету, a tím mu umožňuje lépe kontrolovat své chování (Pavlovský, aj. 2001, s. 140-141).

Základním úkolem léčby sexuální deviace je, aby pacient pochopil, že je postižen sexuální poruchou, pomoci mu se s tímto vyrovnat, aby se naučil se svou poruchou žít a nepřicházel do konfliktu s normami společnosti (Pavlovský, aj. 2001, s. 141).

Léčba může být uložena ve formě ústavní i ambulantní. Obě formy musí být vykonávány na specializovaných pracovištích.

5.5.3 Ochranná léčba protialkoholní a protitoxikomanická

Ochranná léčba protialkoholní a protitoxikomanická je ukládána též ve formě ambulantní i ústavní. Je ukládána pachatelům, kteří spáchali trestný čin pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím užíváním (dle druhu zneužívané návykové látky uložen druh ochranného léčení).

Tyto dva druhy ochranného léčení mají mnoho společného, proto byly zařazeny do jedné kapitoly. Společným znakem je páchaní trestné činnosti pod vlivem nebo v souvislosti s užíváním návykové látky. I výkon ochranné léčby probíhá u obou druhů obdobně. Zpravidla jde o režimovou léčbu, spojenou s psychoterapií, socioterapií a medikamentosní terapií.

Jedním ze základních předpokladů úspěšného zvládnutí léčby je nutný alespoň částečný souhlas a motivace k léčbě u odsouzeného. V současné době soudy při ukládání především ústavních ochranných léčeb protialkoholních a protitoxikomanických více zvažují možnost úspěšnosti vykonání této léčby. Více přihlížejí k osobnosti odsuzovaného (Pavlovský, aj. 2001, s. 49).

Cílem těchto léčeb je pracovat s pacientovou závislostí, utvořit si náhled na svou závislost, náhled na chování pod vlivem návykové látky, změnit dosavadní životní styl, motivovat pacienta k abstinenci. Výkon ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické je velmi podobný výkonu dobrovolné léčby závislosti. Mnohdy, např. v Psychiatrické léčebně Červený dvůr, je vykonávána ochranná léčba přímo na oddělení dobrovolných léčeb závislosti.

Ambulantní ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické jsou potom vykonávány v psychiatrických ambulancích nebo v AT poradnách⁶.

V praxi jsou právě ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanická typem ochranných léčeb, které bývají ukončovány pro tzv. nevykonatelnost. Pacienti maří výkon léčby nespoluprací, požíváním návykové látky, útěky ze zařízení apod. Pacienti většinou s léčbou nesouhlasí, nechtějí pracovat se svou závislostí, nejsou osobnostně vhodní k léčbě. V těchto případech zdravotnická zařízení mohou podat a podávají návrh k místně příslušnému soudu na ukončení léčby pro nevykonatelnost. Soud může rozhodnout o ukončení tohoto ochranného léčení pro nevykonatelnost a zároveň uložit odsouzenému dohled nad jeho chováním prostřednictvím Probační a mediační služby ČR, nejdéle na pět let (trestní zákoník, § 99, odst. 6).

5.6 Místo výkonu ochranného léčení

Ochranné léčení ústavní, jak již bylo uvedeno výše, může být vykonáváno v rámci výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody ve věznici. Ovšem počet odsouzených, kterým bylo uloženo vedle trestu odnětí svobody i ochranné léčení, je vyšší, než dovoluje kapacita oddělení ve věznicích určená k výkonu ochranné léčby. Věznice, v kterých je možné vykonávat ochranné léčení, upravuje vnitřní a kancelářský řád pro soudy, přesně upraveno v příloze č. 8, na s. 154-156 tohoto řádu pro soudy. V roce 2012 byl výkon ochranného léčení v ústavní formě ve výkonu trestu zrušen vnitřním opatřením Vězeňské služby ČR. Důvodem tohoto opatření bylo, že věznice nezajišťují 24 hodinovou nepřetržitou lékařskou péči. Tato informace byla telefonicky ověřena a potvrzena tiskovou mluvčí Věznice Opava paní Barborou Šumberovou. (Instrukci, kterou byl výkon ochranné léčby v ústavní formě ve věznicích zrušen, se bohužel jako podklad pro tuto diplomovou práci nepodařilo získat.) Nutno konstatovat, že instrukce vydaná Vězeňskou službou ČR není v souladu s trestním zákoníkem a vnitřním a kancelářským řádem pro soudy, neboť obě tyto zákonné normy prozatím stále uvádějí možnost výkonu ochranné léčby ústavní i ambulantní v rámci výkonu trestu.

Níže v tabulce č. 3 uvedeny věznice, v kterých by v současné době pouze teoreticky měly být vykonávány ochranné léčby v ústavní formě.

⁶ AT poradna – ambulantní poradna pro uživatele návykových látek

Tabulka 3 - Přehled věznic zajišťujících výkon ochranné léčby

Název Věznice	Druh vykonávaného ochranného léčení
Věznice Opava	protitoxikomanické ústavní (mladiství muži) protitoxikomanické, protialkoholní a patologické hráčství ústavní (ženy ve věznici s dohledem, s dozorem a s ostrahou)
Věznice Rýnovice	protitoxikomanické ústavní (muži ve věznici s dozorem a s ostrahou)
Věznice Znojmo	protitoxikomanické ústavní (muži ve věznici s dozorem)
Věznice Kuřim	protitoxikomanické ústavní (muži ve věznici s ostrahou)
Věznice Heřmanice	protialkoholní ústavní (muži ve věznici s ostrahou)

zdroj: vnitřní a kancelářský řád pro soudy, příloha č. 8, s. 156 – vlastní zpracování, dostupné z: http://www.nkcr.cz/doc/VKR_k_1_1_2011.pdf

V tabulce č. 4 uvedena zdravotnická zařízení, v kterých jsou v současné době vykonávány ochranné léčby v ústavní formě.

Tabulka 4 - Přehled zdravotnických zařízení zajišťujících výkon ochranné léčby ústavní

Název	Druh oddělení pro výkon ochranného léčení
Psychiatrická léčebna Červený Dvůr	protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická léčebna Šternberk	psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	sexuologické, psychiatrické (muži), protialkoholní, protitoxikomanické (pouze muži)
Psychiatrická nemocnice Praha - Bohnice	psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Dobřany	psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Lnáře	psychiatrické,
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice	psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Petrohrad	psychiatrické,
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Brno - Černovice	psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Jihlava	psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Kroměříž	psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Opava	psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické
Psychiatrická nemocnice Bílá Voda	psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické

zdroj: vnitřní a kancelářský řád pro soudy, příloha č. 8, s. 154-156 – vlastní zpracování, dostupné z: http://www.nkcr.cz/doc/VKR_k_1_1_2011.pdf

5.7 Trvání ochranného léčení

Priměřeností uložení a trvání ochranného léčení se podrobněji zabýval i Ústavní soud ČR ve svém nálezu IV. ÚS 502/2002 ze dne 3. 11. 2004. V tomto nálezu mimo jiné Ústavní soud ČR konstatuje: *Ochranné léčení v ústavní formě je mimořádně závažným omezením osobní svobody léčeného, které někdy může znamenat větší újmu než nepodmíněný trest odnětí svobody, a to zejména díky neurčitosti svého trvání. Vzhledem k této skutečnosti je nutno zjišťovat zákonné podmínky pro uložení ochranného léčení v ústavní formě s mimořádnou pečlivostí. Jelikož právě hrozba nebezpečí ze strany pachatele je hlavní skutečností, která tento závažný zásah do jeho základních práv opravňuje, je zřejmé, že mezi těmito dvěma zájmy musí existovat určitá proporcionalita; tedy čím vyšší nebezpečí ze strany nepřičetné osoby hrozí, tím vyšší je možnost omezení její osobní svobody.*

U ochranného léčení není v zásadě stanovena doba jeho trvání. Dle nového trestního zákoníku však má ochranné léčení trvat nejdéle dvě léta. Pokud do této doby léčba nesplní svůj účel, rozhodne místně příslušný soud před skončením této doby o jejím prodloužení na základě návrhu zdravotnického zařízení⁷, v kterém je ochranná léčba vykonávána. Zdravotnické zařízení nebo státní zastupitelství je povinno podat návrh na prodloužení výkonu ochranné léčby nejdéle dva měsíce před uplynutím dvouleté lhůty od započetí výkonu ochranné léčby (trestní řád, § 353, odst. 1) k místně příslušnému soudu, dle místa výkonu ochranné léčby. O prodloužení je možné rozhodovat opakovaně, ale vždy nejdéle o další dvě léta. Nynější právní úprava reflektuje vývoj v Evropě, kdy je snahou, aby jakékoliv omezení osobní svobody bylo časově omezeno a v pravidelných intervalech přezkoumáváno soudem.

5.8 Změna ochranného léčení

V průběhu výkonu ochranného léčení, jak již bylo výše zmíněno, mohou formy ochranného léčení ústavního a ambulantního v sebe vzájemně přecházet, a to i opakovaně. O změně formy ochranného léčení je rozhodováno na základě návrhu státního zástupce, zdravotnického zařízení nebo osoby, která vykonává ochranné léčení, anebo i bez takového návrhu u místně příslušného soudu, v jehož obvodu je zdravotnické zařízení, kde je ochranná léčba vykonávána. Ochranné léčení může

⁷ Zdravotnickým zařízením se zde rozumí i zdravotnické zařízení věznice, pokud je vykonávána ochranná léčba v rámci nepodmíněného trestu.

za zákonem stanovených podmínek být změněno i v zabezpečovací detenci na základě návrhu zdravotnického zařízení, které popíše průběh a výsledky dosavadní ochranné léčby. K přeměně ochranného léčení dochází, pokud průběh a výsledky dosavadní léčby nevedly ke splnění jejího účelu a je třeba prostředků zabezpečovací detence k účinné ochraně společnosti a nutnosti působení na osobu, na níž se ochranné léčení vykonává (trestní řád, § 351a, odst. 1).

Ústavní ochranné léčení může soud dle § 100 odst. 1 nebo 2 trestního zákoníku změnit na zabezpečovací detenci, pokud neplnilo ochranné léčení svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména pokud pachatel utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům nebo jiným osobám, opakovaně odmítl vyšetřovací či léčebné výkony, či jinak projevil negativní postoj k výkonu ochranného léčení (trestní zákoník § 99 odst. 5). Na základě tohoto znění zákona lze změnit ochranné léčení na zabezpečovací detenci i u osob, jimž bylo nařízeno ochranné léčení před 1. 1. 2009, o čemž se vedly dlouhou dobu diskuze v odborných kruzích, vzhledem k retrospektivě zákona. Zákon říká, že soud *o ochranném opatření rozhodne vždy podle zákona účinného v době, kdy se o ochranném opatření rozhoduje* (trestní zákoník, § 3, odst. 2).

5.9 Ukončení a propuštění z ochranného léčení

Ochranné léčení může být na základě návrhu zdravotnického zařízení, kde je vykonáváno, místně příslušným soudem ukončeno. Návrh na ukončení ochranného léčení může podat i státní zástupce nebo osoba, na níž je ochranné léčení vykonáváno, nebo může být rozhodováno i bez takového návrhu. Ukončeno zpravidla bývá, jakmile dosáhne svého účelu (trestní řád, § 353, odst. 1). *Takový závěr může soud učinit jen po náležitém zhodnocení odborné lékařské zprávy o průběhu a výsledcích léčení. Pouhé sdělení zdravotnického zařízení, že ochranné léčení skončilo, pokud není podloženo podrobnou lékařskou zprávou, k propuštění z ochranného léčení nestačí* (Šámal 2010, s. 104). Stejně je postupováno, ať jde o ochranné léčení formou ambulantní nebo ústavní.

Při ochranném léčení protialkoholním a protitoxikomanickým může být podán zdravotnickým zařízením i návrh na ukončení pro jeho nevykonatelnost. Při ukončení ochranného léčení pro jeho nevykonatelnost, pokud hrozí nebezpečí páchání další trestné činnosti, může soud vedle rozhodnutí o ukončení ochranné léčby rozhodnout

o uložení dohledu Probační a mediační služby nad chováním odsouzeného, a to až na dobu pěti let. Takový závěr soud může učinit na základě podrobné zprávy zdravotnického zařízení o průběhu a výsledcích léčení a odůvodnění navrhovaného postupu ze strany zdravotnického zařízení včetně návrhu na případné uložení dohledu nad chováním osoby, nad níž je ochranné léčení vykonáváno (Šámal 2010, s. 104).

5.10 Upuštění od ochranného léčení

O upuštění od výkonu ochranného léčení může rozhodnout soud, který léčení uložil, a to tehdy, pominou-li před jeho započítáním okolnosti, pro něž bylo uloženo. Rozhodováno je na základě návrhu státního zástupce nebo osoby, jíž bylo ochranné léčení uloženo, anebo i bez takového návrhu. Upuštěno může být od ochranného léčení ústavního i ambulantního (trestní zákoník, § 99, odst. 7, trestní řád, § 352). *Důvodem k upuštění od výkonu ochranného léčení je např. okolnost, že vývojem duševní poruchy pominula nebezpečnost pachatele při pobytu na svobodě, i když duševní porucha, která odůvodnila závěr o jeho nepřičetnosti, jinak nadále trvá* (Šámal 2010, s. 105).

6 Zabezpečovací detence

Potřebnosti a možnosti vzniku institutu zabezpečovací detence byla věnována v České republice pozornost již od sedmdesátých let minulého století, a to jak mezi odborníky právníky, tak i psychiatry. Výbory Psychiatrické a Sexuologické společnosti České lékařské společnosti se od roku 1990 snaží prosadit projekt speciálního ústavu. V roce 1995 byl zpracován Ministerstvem zdravotnictví záměr pro vytvoření zařízení pro ochrannou léčbu společensky zvlášť nebezpečných pacientů, toto zařízení mělo vzniknout v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. K uskutečnění tohoto návrhu z důvodu nedostatku finančních prostředků nedošlo, ačkoliv byla zvolena nejúspornější varianta. V druhé polovině devadesátých let se této problematice začalo intenzivně věnovat Centrum pro rozvoj péče a duševního zdraví. Tato činnost vyústila v konkrétní návrhy řešení a v zřízení meziresortní Komise ochranné léčby při Ministerstvu zdravotnictví. V roce 2003 expertní skupina vytvořila vizi detenčního zařízení, která by byla reflektována i v novém trestním zákoníku, členové skupiny hovořili i o specializovaném zařízení s kapacitou 150-180 lůžek. Ustanovení o zabezpečovací detenci obsahoval již návrh trestního zákoníku v roce 2004, který však nebyl schválen Parlamentem ČR.

Zabezpečovací detence a její způsob výkonu byl zaveden zákonem č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o zabezpečovací detenci). Tento zákon vešel v platnost od 1. 1. 2009.

Zabezpečovací detence je formulována jako nové ochranné opatření, které dle vzoru zahraničních úprav má vyřešit letitý problém s výkonem ochranné léčby zvláště nebezpečných pacientů v psychiatrických nemocnicích (u nás použity úpravy především dle německého vzoru). Jde o pacienty nepodrobivé, nespolupracující, sociálně těžce maladaptované a agresivní, kteří odmítají či dokonce sabotují léčbu a v negativním smyslu ovlivňují i ostatní pacienty. Dále jde o osoby s chorobou, jejíž léčitelnost je za současných medicínských podmínek nemožná nebo alespoň pochybná. Jde o osoby s těžkou poruchou osobnosti, často i se souběhem několika anomálií současně (např. specifické poruchy osobnosti, nízkého intelektu a sexuální deviace). Tyto případy nejsou řešitelné v podmínkách psychiatrických nemocnic. Psychiatrické nemocnice poukazují, že zdravotnická zařízení díky postupné humanizaci a liberalizaci nejsou uzpůsobeny k zacházení s těmito pacienty. Poukazují i na napadání ošetřujícího personálu, útoky nebezpečných sexuálních deviantů a agresorů s hrozbou a často i dokonaným závažným protispolečenským jednáním (Šámal 2008, s. 355-356).

Zařízení pro výkon zabezpečovací detence jsou v současné době v Brně a Opavě při věznicích.

6.1 Právní vymezení zabezpečovací detence

Institut zabezpečovací detence byl tedy zaveden do českého trestního práva od 1. 1. 2009. Jejím základním účelem je léčebné působení na osoby, které vzhledem ke své duševní poruše mohou být velmi nebezpečné svému okolí i celé společnosti. Zabezpečovací detence ve srovnání s ochranným léčením je charakteristická podstatně intenzivnějšími opatřeními pro zajištění ostrahy zařízení, v němž je vykonávána. To souvisí především s tím, že zabezpečovací detence je určena pro extrémně nebezpečné osoby (Ščerba 2010, s. 429).

Zabezpečovací detence může být uložena samostatně, při upuštění od potrestání, anebo i vedle trestu. Pokud je zabezpečovací detence uložena spolu s nepodmíněným trestem odnětí svobody, je realizována po jeho vykonání. Byl-li nepodmíněný trest

uložen v době výkonu zabezpečovací detence, je její výkon přerušen (trestní zákoník, § 100, odst. 3, Kratochvíl 2009, s. 551).

Zabezpečovací detence podobně jako ochranné léčení může být uložena i mladistvému na základě zákona č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

6.1.1 Obligatorní uložení zabezpečovací detence

Soud uloží obligatorně zabezpečovací detenci, pokud (Ščerba 2010, s. 429-430):

- *jde-li o pachatele činu, který naplňoval znaky zvlášť závažného zločinu, který není pro nepřičetnost odpovědný, pokud je jeho pobyt na svobodě nebezpečný* a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti (trestní zákoník, § 100, odst. 1),

- *jde-li o pachatele, který spáchal zločin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou* a soud dospěje k závěru, že lze upustit od potrestání, neboť zabezpečovací detence zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest (trestní zákoník, § 100 odst. 1, trestní zákoník, § 47, odst. 2).

V obou těchto případech je uložení zabezpečovací detence subsidiární vůči ochrannému léčení a je zřejmé, že uložení ochranného léčení nemůže vést k dostatečné ochraně společnosti (Ščerba 2010, s. 430).

6.1.2 Fakultativní uložení zabezpečovací detence

Fakultativně zabezpečovací detenci soud ukládá v případě (Ščerba 2010, s. 430-431):

- *pokud se jedná o pachatele, který spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou*, při splnění předpokladu, že jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Musí jít o pachatele zločinu, nikoliv přečinu. Vedle zabezpečovací detence je ukládán i trest,

- *pokud se jedná o pachatele, který se oddává zneužívání návykové látky, a opětovně spáchal zvlášť závažný zločin, přičemž tento předchozí zvlášť závažný zločin spáchal buď pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím*

zneužíváním a byl za něj odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody nejméně na dvě léta (trestní zákoník, § 100, odst. 2, písm. b). Jedná se tedy o postižení pacifického typu zvláště závažné recidivy, přičemž tento zločin musí být spáchán pod vlivem návykové látky nebo v souvislosti s jejím zneužíváním.

I u obou těchto fakultativních důvodů uložení zabezpečovací detence je společná subsidiarita vůči ochrannému léčení, které by nepostačovalo k dostatečné ochraně společnosti (Ščerba 2010, s. 431).

6.2 Výkon a průběh výkonu zabezpečovací detence

Zabezpečovací detence se vykonává v ústavu pro výkon zabezpečovací detence, kde je zvláštní ostraha spolu s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy (trestní zákoník, § 100, odst. 4). Oba tyto ústavy jsou pod správou Vězeňské služby ČR. Její výkon je upraven na rozdíl od ochranného léčení zvláštním zákonem, zákonem o zabezpečovací detenci. Osoba/odsouzený umístěná/ý v tomto zařízení je dle zákona o zabezpečovací detenci nazývána/ý chovancem. Tímto zákonem v hlavě II. jsou přesně stanovena nejen práva a povinnosti chovanců, ale i jejich omezení. V § 6-15 jsou vymezena práva z oblasti obecných ustanovení, rovnosti práv, korespondence, užívání telefonu a dalších komunikačních prostředků, návštěvy, duchovní služby, uspokojování kulturních potřeb, doplňkové nákupy, přijímání balíčků a ochrany práv. Některá práva jsou naopak omezena, např. právo na stávku, právo podnikat atd. (zákon o zabezpečovací detenci, § 16).

Základní povinnosti chovanců jsou potom upraveny v § 17 zákona o zabezpečovací detenci, např. podrobit se prohlídce, umožnit zaměstnancům Vězeňské služby kontrolu svých osobních věcí, dodržovat zásady hygieny, zákaz vyrábět, přechovávat a konzumovat alkoholické nápoje a jiné návykové látky, zákaz užívat léčiva bez indikace nebo souhlasu lékaře a především účastnit se programů, do nichž byl zařazen, a plnit úkoly z nich vyplývající atd.

Zákonem jsou dále stanoveny i podmínky výkonu zabezpečovací detence, zdravotní služby a sociální podmínky, zaměstnávání chovanců, zacházení s chovanci, odměny, kázeňské tresty a zabránění věci, opatření k zajištění bezpečnosti včetně podmínek pro možnost využití omezovacích prostředků

6.3 Trvání a ukončení zabezpečovací detence

Doba trvání zabezpečovací detence podobně jako u ochranného léčení není omezena, trvá, dokud to vyžaduje ochrana společnosti (trestní zákoník, § 100, odst. 5, Ščerba 2010, s. 431, Kratochvíl 2009, s. 551). Soud je však povinen jednou za dvanáct měsíců, u mladistvých jednou za šest měsíců přezkoumat důvody trvání zabezpečovací detence (trestní zákoník, § 100, odst. 5, Ščerba 2010, s. 431, Kratochvíl 2009, s. 551).

Zabezpečovací detence může být dle § 100 odst. 6 trestního zákoníku přeměněna na ochranné léčení, pokud pominou důvody, pro něž byla uložena, a jsou zároveň splněny podmínky pro ústavní ochranné léčení.

Může být i upuštěno od výkonu zabezpečovací detence, pominou-li před započítáním výkonu okolnosti, pro něž byla nařízena (trestní zákoník, § 100, odst. 7, Ščerba 2010, s. 431, Kratochvíl 2009, s. 551).

6.4 Ochrana osob poškozených

Protože často trestnou činností došlo k poškození osob a svědků a vzbuzení důvodných obav nebezpečí po propuštění pachatelů z výkonu ochranné léčby nebo zabezpečovací detence nebo výkonu trestu, umožňuje nyní zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o obětech trestných činů) dle § 11, odst. 3 a 4, aby zdravotnická zařízení, ústavy výkonu zabezpečovací detence nebo věznice byly povinny v případě propuštění či útěku pachatele (pacienta, chovance) písemně vyrozumět oběť nebo svědka bezodkladně, nejpozději v den následující po dané skutečnosti. Oběť o toto může požádat i po proběhlém trestním řízení, nejen v jeho průběhu. Soud je potom povinen informovat o této povinnosti zařízení, v němž se pachatel (pacient, chovanec) nachází a sdělit kontakt na poškozeného.

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části práce bude objasněn způsob provádění výzkumného šetření a zpracování jeho výsledků. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na popis metodologické strategie, stanovení cíle a předmětu výzkumu, popis techniky sběru dat, vymezení výzkumného problému a výzkumných otázek. Nedílnou součástí této části práce je popsání etických zásad výzkumu, popsání metod analýzy dat, vyhodnocení výzkumných otázek, závěrečné shrnutí, diskuze k problematice a navrhovaná doporučení pro praxi.

7 Základní východiska výzkumu

Základním cílem výkonu ochranné léčby je nejen léčba a izolace pachatelů, kteří spáchali trestný čin, ale též prevence opakování trestného činu, resocializace a zařazení pacienta zpět do běžného života. Toto nelze realizovat bez zajištění řádného sociálního zázemí pro pacienta. Zajištění sociálního zázemí a obnovení vztahů s rodinou a okolím spadá právě do činností zdravotně sociálního pracovníka. Proto se tato práce snaží zmapovat činnosti, které jsou zdravotně sociálními pracovníky vykonávány, a zjistit, zda jsou též žádány samotnými klienty, zda je třeba nabídnout jiné činnosti, které by klientům více vyhovovaly apod. Pacienti na oddělení ochranných léčeb jsou klienti nedobrovolní, trestní justicí indikovaní k hospitalizaci. Z tohoto pohledu by zdravotně sociální práce, obdobně jako např. práce s klienty s nařízeným dohledem Probační a mediační služby ČR, mohla být vykonávána především prostřednictvím kontroly. To se však již neslučuje s trendy v sociální práci. Dnes je již všeobecně známo, že je důležité, žádoucí a efektivnější navázání vztahu s klientem a provádění intervencí na základě zakázky klienta, tedy provádět takové intervence, které klient požaduje. Potom je práce mnohem účelnější a prospěšnější pro klienta, jeho okolí, společnost a instituci, která intervenci nařídila, v tomto případě trestní justici. Na oddělení ochranných léčeb vzhledem k umísťování pacientů s mentální retardací, psychotickými duševními onemocněními v akutní fázi apod. je třeba mít na zřeteli, že ne vždy je klient schopen zvážit, co potřebuje, říci si o pomoc, vybrat si z nabízených možností apod. V té době lze u popisovaných klientů intervenci zdravotně sociálního pracovníka považovat za pomáhání, nikoliv za kontrolu.

Činnosti zdravotně sociálních pracovníků na oddělení ochranných léčeb se, pokud je autorce práce známo, nevěnoval prozatím žádný výzkum. Proto se nelze v této práci opřít a zcela srovnávat s žádným provedeným výzkumem. Neexistence mapování činností zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb a očekávání pracovního týmu a klientů byl jeden z důvodů, proč bylo zvoleno toto téma práce.

Jediným výzkumem, který proběhl na téma činnosti zdravotně sociálních pracovníků, byla Analýza činností zdravotně sociálních pracovníků v roce 2008, která byla prováděna Sekcí zdravotně sociální České asociace sester. Tato analýza byla prováděna v několika zdravotnických zařízeních včetně psychiatrických nemocnic. Celkem se zúčastnilo 213 respondentů. Hlavními cíli této analýzy bylo (ČAS, sekce zdravotně sociální 2008):

- zjistit pracovní náplň a činnosti sociálních pracovníků⁸ ve zdravotnictví,
- zjistit postavení a kvalifikace sociálních pracovníků ve zdravotnictví,
- zjistit, jaká je opora sociální práce ve zdravotnických zařízeních,
- vytvoření minimálních počtů a činností sociální práce ve zdravotnictví,
- vytvoření koncepce sociální práce ve zdravotnictví – dlouhodobý cíl.

Bližší pozornost výsledkům této analýzy bude věnována v diskuzi nad výsledky výzkumného šetření.

Základním východiskem pro tuto práci budou zákonné normy, výsledky interview a expertního dotazování. Získané informace z rozhovorů budou srovnávány s obsahovou analýzou zákonných norem a náplní práce zdravotně sociálního pracovníka. Srovnáváno bude s těmito zákonnými normami:

- zákonem o nelékařských zdravotnických pracovnících,
- vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků,
- náplní práce zdravotně sociálního pracovníka v zařízení, kde výzkum probíhal.

8 Cíl výzkumu a zvolená výzkumná strategie

Tato diplomová práce se věnuje sociální práci ve zdravotnictví se zaměřením na sociální práci s klienty v ochranné léčbě. Empirická část práce se bude nejprve snažit zmapovat činnosti, které zdravotně sociální pracovník vykonává v rámci své práce

⁸ v roce 2008 ještě neexistoval zákonem vymezená pracovní pozice zdravotně sociálního pracovníka, ale byli to sociální pracovníci, jiní odborní pracovníci, sociální sestry apod.

na takovémto oddělení a porovnat s náplní práce a činnostmi, které ukládají zdravotně sociálnímu pracovníkovi zákonné normy a náplň práce. Druhá část tohoto dílu práce je zaměřena na zjištění očekávání od činností zdravotně sociálních pracovníků samotnými zdravotně sociálními pracovníky, multidisciplinárním týmem a klienty.

Pro zpracování vybrané problematiky byla zvolena kvalitativní metoda. Tento přístup byl zvolen vzhledem ke zkoumanému tématu a vzorku. Pro zjišťování daného problému není důležitá pouze a především četnost, míra či rozsah určitých jevů. Jak říká Gavora, *pro kvalitativní výzkum je typické, že se zdráhá kvantifikovat skutečnost* (2000, s. 32). „*Slova se nepočítají, ale váží.*“ české přísloví (Gavora 2000, s. 142). Ale půjde o sblížení s respondenty a zjištění jejich názorů na práci zdravotně sociálního pracovníka, potřeby klientů a členů týmu. Nejčastější metodou, pro získávání dat, zvolenou v kvalitativním výzkumu, je interview a pozorování (Gavora 2000, s. 32). V této práci byly zvoleny metody polostrukturované interview, expertní dotazování a analýza dokumentů.

Slabinou kvalitativního výzkumu je jeho reliabilita. U kvalitativního výzkumu se spíše zkoumají specifické, než typické situace, proto lze těžko výzkum opakovat za úplně stejných podmínek (Goetzová, LeCompteová in Gavora 2000, s. 146).

Silnější stránkou kvalitativního výzkumu je jeho validita, která se zabezpečuje jeho dlouhodobostí, přímým kontaktem s realitou a rozsáhlým, konkrétním, výstižným a přesným popisem výzkumu, s využitím přímých citátů zkoumaných osob (Gavora 2000, s. 146). Tématem validity tohoto výzkumu se autorka blíže zabývá v diskuzi.

9 Metoda tvorby dat

Pro naplnění cíle empirické části práce byly jako metody získávání dat zvoleny metoda studie dokumentů a interview. *Interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat* (Miovský 2006, s. 155). Interview je nazýván takový typ rozhovoru, který je prováděný za určitým cílem a účelem výzkumné studie. Termín interview je používán pro rozhovor jako výzkumnou metodu, aby byl odlišen od rozhovoru v běžné lidské komunikaci (Miovský 2006, s. 156). V této práci bylo zvoleno polostrukturované interview. Při vedení interview se skupinou zdravotně sociálních pracovníků a členy multidisciplinárního týmu je třeba hovořit o specifické podobě interview, tzv. expertním rozhovoru.

Expertní rozhovor je strukturovaný hloubkový rozhovor s respondentem, který je expertem ve specifické oblasti a současně je to jedna z metod sociologického výzkumu (Sociologické projekty, 2014). Cílem takového dotazování je získat informace od odborníka, experta na zkoumanou problematiku, *tedy nositele kvalifikované, odborné informace, který má v určitém oboru jak teoretické znalosti, tak praktické zkušenosti a průběžně se v oboru dále vzdělává. Přičemž akademická kvalifikace není nutností.* (WIKIPEDIE – otevřená encyklopedie, 2014, Hendl 2008, s. 189-190). Bogner Littig a Menz (WIKIPEDIE – otevřená encyklopedie, 2014) říkají, že informaci získanou expertním dotazováním nelze zjistit jinou výzkumnou metodou. V expertním rozhovoru je jednou z možností typu tazatele varianta, že i tazatel je expertem v dané problematice, zajímá se o hlubší kontext problematiky a v tomto případě je jeho odbornost výhodou jak při sběru dat, tak i při jejich vyhodnocování. Expertní dotazování bylo z výše uvedených důvodů vyhodnoceno jako nejvhodnější metoda získání potřebných informací pro výzkumné šetření⁹.

Při interview jsou důležité nejen sdělované informace, *u interview můžeme sledovat i některé vnější reakce respondenta... je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů...* (Gavora 2000, s. 110). Ale hraje zde též roli možnost pozorování interventa, jeho neverbální komunikace, gestikulace, posturologie atd.

Interview s respondenty byla prováděna jedním výzkumníkem, byla pořizována na záznamové zařízení. Po jejich ukončení byla relevantní část rozhovorů přepsána. Respondentům byly pokládány otevřené otázky a umožněno volně sdělit své názory na dotazovanou problematiku.

Pro získávání dat bylo zvoleno polostrukturované interview, které dle Miovského (2006, s. 160-161) má definované jádro interview, minimum otázek a témat, které chce výzkumník s respondentem probrat. Toto jádro se často v průběhu interview rozšíří o doplňující otázky, které logicky vyplývají z průběhu rozhovoru a sdělovaných informací. Pro výzkumníka je polostrukturované interview důležité vzhledem k jistotě probrání všech potřebných témat.

Za důležitou validační techniku při sběru dat je považováno také volení různých strategií, metod a technik. Jednou z nejvýznamnějších z nich je *propojování*

⁹ Bude-li dále v práci používán termín expertní rozhovor či interview, polostrukturované interview či rozhovor, bude vždy myšlena zvolená metoda sběru dat pro toto zkoumání – polostrukturované interview (u klientů), expertní dotazování (u ZSP a členů multidisciplinárního týmu).

podávaných informací s konkrétní zkušeností (Miovský 2006, s. 167). Významnými považuje Miovský (2006, s. 168) při vedení interview *zralost a zkušenost tazatele, aby dokázal odhadnout, co si může v průběhu interview dovolit jak vůči účastníkovi, tak vůči sobě samému*. Toto muselo být zohledněno při interview především s klienty a již při jejich výběru.

Jako druhá metoda získávání dat byla použita metoda studia textových dokumentů. Studium dokumentů je specifická oblast aplikace kvalitativního výzkumu. Její specifičnost je v tom, že dokumenty existují nezávisle na výzkumné činnosti, nejsou vytvářeny výzkumníkem. Jde o data existující, které musí výzkumník shromáždit a interpretovat. To má své výhody i nevýhody. Nevýhodou je, že výzkumník nemůže ovlivnit podobu dat (Miovský 2006, s. 189). Naopak výhodou studie dokumentů lze spatřovat v tom, že data nejsou vystavena zkreslení, které může vzniknout např. při interview či pozorování. Subjektivita výzkumníka hraje roli ve výběru dokumentů, nikoliv v informacích, které jsou v dokumentu, mluvíme o nereaktivním způsobu sběru dat (Hendl 2008, s. 130). V tomto výzkumu jako zdroje dat byly využity zákony a vyhlášky vztahující se k tématu činnosti sociálního pracovníka, náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v zařízení, v kterém probíhalo výzkumné šetření, zdravotnická a soudní dokumentace o klientech, sociální záznamy klientů.

10 Metoda analýzy dat

Po provedeném získání dat výše uvedenými způsoby byla provedena obsahová analýza dat formou analýzy dokumentů, prostým výčtem a vytvářením trsů.

Analýza probíhá u každé výzkumné metody, ve které se pracuje se slovem, u protokolů z pozorování, záznamů interview, dotazníků, atd. V této práci je obsahová analýza myšlena jako speciální výzkumná metoda. *Jde o analýzu a hodnocení obsahu písemných textů...je i vhodným výzkumným nástrojem na ověřování (validizaci) zjištění uskutečněných pomocí jiných výzkumných metod* (Gavora 2000, s. 117).

Pro srovnání existujících zákonných norem, které nějakým způsobem vymezují činnosti zdravotně sociálních pracovníků v zdravotnickém zařízení, byla aplikována obsahová analýza dat. Prostřednictvím těchto dokumentů bude zkoumáno, jak se tato vymezení činností shodují s náplní práce a sdělením jednotlivých zkoumaných skupin o činnostech, které zdravotně sociální pracovník vykonává.

Činností zdravotně sociálních pracovníků na oddělení ochranných léčeb pro zodpovězení první výzkumné otázky byly sumarizovány pomocí metody prostého výčtu. Jde o metodu na hranici kvantitativního a kvalitativního přístupu. I kvantitativní ukazatel může být důležitý v kontextu kvalitativní analýzy. Kvantitativní ukazatel může mít např. významný vliv na návrh preventivních opatření. Kvantita je v případě metody prostého výčtu nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů. Prostřednictvím této metody vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, jak často se tento jev vyskytl, v jakém poměru k jinému jevu apod. (Miovský 2006, s. 222-223).

Poslední zvolenou metodou pro zpracování dat byla vybrána metoda vytváření trsů. Miovský uvádí, že technika vytváření trsů slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali výroky do skupin, trsů. *Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, kdy cíleně vyhledáváme popis všech událostí, které se odehrály na určitém ohraničeném prostoru* (Miovský 2006, s. 221). Základním principem metody vytváření trsů je srovnávání a shlukování. Je určitou hierarchizací, neboť v ní jsou prostřednictvím kategorizace základních jednotek vytvářeny jednotky obecnější (Miovský 2006, s. 221).

V této práci metoda trsování probíhala formou barevného označení v prepisech interview dle jednotlivých zkoumaných oblastí, následně byly odpovědi v jednotlivých zkoumaných oblastech trsovány dle významu pod obsahově shodné kategorie.

11 Popis výzkumného vzorku

Při výběru výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru a to záměrného výběru přes instituci. *Záměrný výběr přes instituci je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činností nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá* (Miovský 2006, s. 238) Zkoumaným tématem byla zdravotně sociální práce na oddělení ochranných léčeb, proto bylo zvoleno záměrně zařízení, kde jsou tyto léčby vykonávány a zdravotně sociální práce prováděna.

Do výzkumného šetření bylo zařazeno 18 respondentů. Respondenti byli rozděleni do tří skupin:

- zdravotně sociální pracovníci na oddělení ochranných léčeb,
- členové multidisciplinárních týmů oddělení ochranných léčeb,
- klienti oddělení ochranných léčeb.

Výběr respondentů v těchto skupinách byl dále specifikován, zvolena kritéria. Kritéria výběru do těchto skupin byla popsána v následujících kapitolách při bližším popisu výzkumného vzorku.

Respondenti jsou označováni v práci počátečním písmenem svého křestního jména. Pokud jsou citováni, citace je identifikována v úvodním textu k citaci nebo za citovaným textem, kdy v závorce za přímou citací je uvedeno zmiňované počáteční písmeno křestního jména. Pokud byli dva respondenti se stejným počátečním písmenem u křestního jména, bylo u jednoho z nich uvedeno i písmeno další.

11.1 Skupina zdravotně sociální pracovníce

V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech v době výzkumného šetření na oddělení ochranných léčeb pracovaly čtyři zdravotně sociální pracovníce. Jedna z těchto pracovníků je autorka této práce. Do výzkumného šetření zařazeny zbylé tři zdravotně sociální pracovníce, jež všechny s účastí na výzkumném šetření souhlasily.

Respondentka L je registrovanou zdravotně sociální pracovnící pracující bez odborného dohledu dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. V Psychiatrické nemocnici Kosmonosy pracuje 29 let, z toho na oddělení ochranných léčeb sexuologických 21 let.

Respondentka P je registrovanou zdravotně sociální pracovnící pracující bez odborného dohledu dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. V Psychiatrické nemocnici Kosmonosy pracuje 5 let, na oddělení ochranných léčeb přímo pracovala 2 roky, nyní zde zastupuje v případě potřeby.

Respondentka M je také registrovanou zdravotně sociální pracovnící pracující bez odborného dohledu dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje 15 let, na oddělení přímo ochranných léčeb pracovala 4 roky, nyní zde zastupuje v případě potřeby.

11.2 Skupina multidisciplinární tým

Respondenti do skupiny členů multidisciplinárního týmu byli vybíráni ze dvou oddělení Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech, která jsou specializována pro výkon ochranných léčeb. Z každého oddělení byl osloven:

- primáři oddělení, kteří jsou zároveň ošetřujícími lékaři na těchto odděleních,

- psycholog oddělení,
- vedoucí ošetřujícího personálu, vrchní a staniční sestra,
- přímý ošetřující personál, všeobecné sestry a ošetřující sestra (ošetřující sestra pouze na jednom z oddělení, na oddělení sexuologických léčeb tato pracovní pozice nebyla obsazena).

Celkem se v této skupině zúčastnilo výzkumného šetření 9 respondentů.

Respondent J je primářem oddělení soudních ochranných léčeb. V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje od ukončení studia 35 let, jeho praxe zde byla přerušena tříletým pracovním poměrem v jiném zařízení. Na oddělení ochranných léčeb pracuje 8 let.

Respondentka Z je primářkou oddělení ochranných léčeb sexuologických v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech. V Psychiatrické nemocnici pracuje 14 let, na oddělení ochranných léčeb 7 let.

Respondent R je psychologem na oddělení ochranných léčeb sexuologických. V Psychiatrické nemocnici pracuje 8 let a po celou dobu na tomto oddělení.

Respondent V je psychologem na oddělení ochranných léčeb 1 rok. V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje 5 let.

Respondentka I je vrchní sestra na oddělení ochranných sexuologických léčeb, zároveň registrovanou všeobecnou sestrou pracující bez odborného dohledu dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Pracuje v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech 36 let, na oddělení ochranných léčeb sexuologických 22 let.

Respondentka IR je staniční sestra oddělení ochranných léčeb, současně registrovanou všeobecnou sestrou pracující bez odborného dohledu dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje 27 let, z toho na oddělení ochranných léčeb 6 let.

Respondentka IV je registrovanou všeobecnou zdravotní sestrou pracující bez odborného dohledu. V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje 4 roky a po celou dobu na oddělení ochranných léčeb sexuologických.

Respondentka S je registrovaná všeobecná zdravotní sestra pracující bez odborného dohledu, která v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje 8 let, na oddělení ochranných léčeb 3 roky

Respondentka V je ošetřovatelkou. V Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech pracuje 34 let, z toho na oddělení ochranných léčeb 18 let.

11.3 Skupina klienti

Do skupiny klientů pro výzkumné šetření byli zařazeni klienti obou zmiňovaných oddělení. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 6 klientů. Byli osloveni klienti dle druhu ochranné léčby a délky jejího trvání. Jako kritérium délky trvání výkonu ochranné léčby byla zvolena zákonná dvouletá lhůta výkonu ochranné léčby. Byli osloveni klienti s ochrannou léčbou psychiatrickou, protialkoholní, protitoxikomanickou a sexuologickou, a to vždy jeden s výkonem ochranné léčby do dvou let a jeden s výkonem nad dva roky. Tato kritéria délky a druhu ochranné léčby byla zvolena vzhledem ke zkušenostem autorky práce, kdy se autorka práce domnívala, že budou mít vliv na očekávání klientů od činností ZSP. Výběr klienta pro výzkumné šetření vždy konzultován s multidisciplinárním týmem z důvodu ochrany zdraví klientů, konzultováno vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta a schopnostem se výzkumného šetření zúčastnit:

- respondent s uloženou ochrannou léčbou protitoxikomanickou ústavní s výkonem léčby do dvou let: klient M, ochranná léčba uložena pro trestný čin nebezpečné vyhrožování dle § 353 trestního zákoníku, výkon ochranné léčby započat 28. 7. 2014, podrobnější informace o klientovi viz příloha č. 7,
- respondent s uloženou ochrannou léčbou protitoxikomanickou ústavní s výkonem léčby nad dva roky: toto kritérium se nepodařilo naplnit, v době prováděného výzkumného šetření nebyl hospitalizován žádný pacient, který by vykonával ochrannou léčbu protitoxikomanickou ústavní déle než dva roky,
- respondent s uloženou ochrannou léčbou protialkoholní ústavní s výkonem léčby do dvou let: klient V přijat k ochranné léčbě dne 19. 07. 2014. Ochranná léčba mu byla uložena pro přečin nebezpečné vyhrožování podle § 353, odst. 1 trestního zákoníku, bližší informace viz příloha č. 8,
- respondent s uloženou ochrannou léčbou protialkoholní s výkonem léčby nad dva roky: klient M, ochranná léčba uložena pro zločin opilství podle § 360, odst. 1 trestního zákoníku a dále pro trestný čin pohlavního zneužívání § 242, odst. 1 trestního zákoníku, výkon léčby započal dne 26. 08. 2011, podrobnější informace viz příloha č. 9,
- respondent s uloženou ochrannou léčbou psychiatrickou s výkonem léčby do dvou let: klient P přijat k výkonu ochranné léčby dne 25. 4. 2014, léčba uložena pro zločin těžkého ublížení na zdraví dle § 145, odst. 1 trestního

zákoníku ve stadiu pokusu dle § 21, odst. 1 trestního zákoníku, Klient s poskytnutím rozhovoru souhlasil, při jeho započetí však bylo zjištěno, že není schopen porozumět pokládaným otázkám, není orientován časem, sděloval, že zdravotně sociální pracovnice na oddělení není, nikdy se s ní nepotkal apod. Rozhovor vzhledem k zdravotnímu stavu klienta byl ukončen, informace nebyly validní. S terapeutickým týmem řešena možnost oslovit jiného klienta, vyhovujícího stanovenému kritériu výkonu ochranné psychiatrické léčby do dvou let. Tomuto kritériu vyhověl ještě jeden z klientů, ten ale účast na výzkumném šetření odmítl. Bohužel již žádný z dalších klientů vyhovujících formou a délkou výkonu ochranné léčby nebyl dle rady s týmem schopen vzhledem k svému aktuálnímu zdravotnímu stavu rozhovor absolvovat,

- respondent s uloženou ochrannou léčbou psychiatrickou s výkonem léčby nad dva roky: klient J, ochranná léčba uložena na základě návrhu okresního státního zastupitelství, které zastavilo trestní stíhání dle § 172, odst. 1, písm. e trestního zákoníku pro nepřičetnost, trestní stíhání zahájeno pro přečin nebezpečné vyhrožování podle § 353, odst. 1, výkon léčby započat 27. 6. 2012, bližší informace viz příloha č. 10,
- respondent s uloženou ochranou léčbou sexuologickou ústavní s výkonem léčby do dvou let: klient ST, výkon léčby zahájen 6. 11. 2012, ochranná léčba uložena pro trestný čin pohlavní zneužití dle § 187 odst. 1-2 trestního zákoníku, podrobnější informace o klientovi viz příloha č. 11,
- respondent s uloženou ochranou léčbou sexuologickou ústavní s výkonem léčby nad dva roky: klient RO, ochranná léčba uložena pro trestný čin pokus znásilnění dle § 241, pro trestný čin loupeže § 234, odst. 1 trestního zákoníku ve stadiu pokusu dle § 8, odst. 1 trestního zákoníku, výkon léčby započat dne 2. 8. 2005, více informací o klientovi v příloze č. 12.

12 Místo a průběh realizace výzkumu

Výzkum byl prováděn v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech na dvou odděleních ochranných léčeb mužů, oddělení soudem nařízených ochranných léčeb (zde vykonávány ochranné léčby psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické, sexuologické a kombinované) a oddělení sexuologickém (zde vykonávány ochranné léčby sexuologické a kombinované). Psychiatrická nemocnice v Kosmonosech je státní

příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. V současné době má nemocnice kapacitu 600 lůžek, z toho 510 lůžek v Kosmonosech a 90 lůžek na dislokovaném pracovišti v Sadské. V celé České republice je 16 psychiatrických nemocnic nebo léčeben. Nemocnice Kosmonosy je čtvrtou největší. Poskytuje péči ve spádové oblasti přes 1 milion obyvatel. Je to část kraje Středočeského, Královéhradeckého a Libereckého.

Polostrukturované interview a expertní dotazování byly prováděny v tomto zařízení v rozmezí měsíců červenec až září 2014.

Při provádění rozhovorů byla zohledněna důležitost prostředí, kterou Miovský (2006, s. 160) zmiňuje jako věc, které obvykle při tomto typu interview dáváme větší váhu. Gavora (2000, s. 111) přímo říká, že prostředí musí být tiché, klidné, podle možností izolované od jiného dění, bez přítomnosti jiných osob. Interview probíhala po pracovní době v kanceláři zdravotně sociální pracovnice. V této odpolední době účastníci rozhovorů již nebyli rušení běžným děním na oddělení. Vzhledem k tomu, že někteří respondenti, s nimiž byla interview natáčena, nemohou opustit oddělení, se prostor zařízení a konkrétně kanceláře zdravotně sociální pracovnice jevil jako nejlepší varianta. Zdravotně sociální pracovnice rozhovor prováděla v civilním, nikoliv služebním oblečení a respondentům bylo nabídnuto malé pohoštění, což zjevně při jejich příchodu do místnosti vedlo k uvolnění. Dalším pozitivním aspektem bylo i to, že se respondenti nacházeli v pro ně známém prostředí. Nejdelší rozhovor trval 37 minut, nejkratší 9 minut. Jeden rozhovor byl s klientem ukončen předčasně, viz kapitola 11.3 klient P.

Rozhovory probíhaly dle scénáře témat, která bylo potřeba s respondenty probrat. Respondenti, pokud se výrazně neodklonili od tématu, nebyli v povídání omezováni. Interview bylo přizpůsobováno respondentům, jejich schopnostem a možnostem dotazům porozumět. Výhodou pro autorku této práce byla dlouholetá zkušenost v komunikaci s těmito klienty. Při expertním dotazování již nebylo třeba se tolik soustředit na pochopení obsahu dotazů jako u klientů.

13 Etické aspekty výzkumu

V průběhu výzkumu autorka dodržovala všechny etické zásady nezbytné pro řádně prováděný výzkum. V první řadě bylo požádáno vedení nemocnice, nadřízený autorky práce a primáři jednotlivých oddělení o souhlas s prováděným výzkumem

s klienty a na pracovišti nemocnice. Tento souhlas byl vyžádán již v době úvahy o volbě tématu diplomové práce. Následně při zahájení samotného výzkumu byli respondenti seznámeni s důvodem oslovení, s cílem a tématem diplomové práce. Respondenti byli podrobně poučeni a ujištěni o anonymitě šetření, byl jim vysvětlen i způsob jejich identifikace při publikaci výsledků šetření v diplomové práci. Všichni respondenti byli informováni, že budou v práci vystupovat pod prvním písmenem svého křestního jména, čímž bude zachována jejich anonymita. Respondenti byli předem seznámeni s tím, jak, kdy, kde a jakou formou bude rozhovor probíhat, na jaké téma bude probíhat. Dva z klientů požádali o možnost seznámit se s otázkami, které jim budou kladeny. Těmto klientům bylo vyhověno a tematické okruhy jim byly předány cca 4 hodiny před samotným rozhovorem. Všichni respondenti byli ujištěni o mlčenlivosti ve vztahu k podaným informacím a jejich nepoužití v jiné souvislosti než pro výzkum v této diplomové práci. Respondenti byli také srozuměni s tím, že rozhovor mohou kdykoliv ukončit a odstoupit od účasti na výzkumném šetření. Jako projev souhlasu se sdělenými formacemi a s účastí na výzkumném šetření byl každý respondent požádán o podpis na dokument s názvem „Informovaný souhlas“. Hendl (2008, s. 153) považuje poučený (informovaný) souhlas za důležitou zásadu etického jednání při výzkumu. Podepsání takového souhlasu *znamená, že osoba se zúčastní studie, pouze pokud s tím souhlasí. Předtím musí být plně informována o průběhu a okolnostech výzkumu* (Hendl 2008, s. 153). Podepsání informovaného souhlasu všemi respondenty bylo naplněno obecné pravidlo, že výzkum smí být proveden pouze s osobami, které k účasti na něm udělily informovaný souhlas, a toto nelze nijak ve výzkumu obcházet (Miovský 2006, s. 280).

14 Výzkumný problém

V této práci je zkoumán tzv. deskriptivní výzkumný problém, který hledá odpověď na otázky „jaké to je?“ *Při takovém výzkumu se obvykle používá jako výzkumná metoda pozorování, škálování, dotazník nebo interview* (Gavora 2000, s. 26). Úkolem v případě deskriptivního výzkumného problému je zmapování činností, získání informací o stavech a jevech, zjišťování jejich kladů a nedostatků.

Činnosti zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb nejsou nikde přesně popsány. Jsou dány zčásti zákonem a vyhláškou, zčásti náplní práce, lze je vyvodit z teorie o sociální práci, z kompetencí sociálního pracovníka, ale přesně nejsou

vymezeny ani v rámci zařízení. Proto si tato práce stanovuje za cíl zkoumat dva základní výzkumné problémy

1. zmapovat činnosti, které zdravotně sociální pracovník vykonává na oddělení ochranných léčeb,
2. zkoumání očekávání multidisciplinárního týmu, klientů a samotných zdravotně sociálních pracovníků od činností zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb.

15 Výzkumné otázky

Dle stanoveného výzkumného problému byly stanoveny i dvě základní výzkumné otázky:

1. Jaké činnosti vykonávají zdravotně sociální pracovníci na oddělení ochranných léčeb?
2. Jaké činnosti očekávají jednotlivé zkoumané skupiny od zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb?

16 Vyhodnocení výzkumných otázek

16.1 Výzkumná otázka č. 1

Jaké činnosti vykonávají zdravotně sociální pracovníci (dále jen ZSP) na oddělení ochranných léčeb?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jako metody sběru dat byly vybrány metody: studium dokumentů, polostrukturované interview a expertní rozhovor. Jako způsob zpracování získaných dat byly zvoleny metody analýza dokumentů a prostý výčet.

Zdrojem dat o činnostech ZSP byl zvolen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Dalším dokumentem sloužícím k mapování činnosti ZSP je vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků. Posledním dokumentem byla náplň pracovní činnosti ZSP v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech.

Tabulka 5 - Jaké činnosti vykonávají ZSP na oddělení ochranných léčeb? Zdroje dat

Jaké činnosti vykonávají ZSP?	
Zdroje dat	Prostý výčet činností
zákon o nelékařských zdravotnických povoláních	viz kapitola 4.2.1
vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků	viz kapitola 4.2.2
náplň práce	viz příloha č. 6
výpověď ZSP	viz níže výčet činností dle interview se ZSP
výpověď členů týmu	viz níže výčet činností dle interview s členy týmu
výpověď klientů	viz níže výčet činností dle interview s klienty

Dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních jsou vymezeny činnosti zdravotně sociálních pracovníků velmi stroze: preventivní, diagnostické, rehabilitační a ošetrovatelská péče v oblasti sociálních potřeb pacienta. Do tohoto vymezení lze zařadit všechny činnosti a lze je též minimalizovat dle individuální „ochoty“ pracovat každého jednotlivého ZSP. Podrobnější popis činností ZSP je již dle vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků. Zde jsou činnosti specifikovány mnohem podrobněji a zjevně se činnosti dle tohoto zákona promítly do náplně práce ZSP v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech. Do náplně práce byly vloženy další činnosti dle potřeb zařízení a to: účast na vizitách a komunitách, nákupy pro pacienty, vydávání kapesného pacientům, činnosti dle metodických pokynů a standardů zařízení, zapracovávání nových ZSP, dodržování práv pacientů a etického kodexu zdravotnického pracovníka, dodržování směrnic BOZP¹⁰, spolupráce v týmu, vypracovávání podkladů a hodnocení pro návrhy k soudům a jiným institucím, evidence a administrativní úkony spojené s vystavením dočasné pracovní neschopnosti pacientům. Co je naopak vypuštěno v náplni práce ve srovnání se zmiňovanou vyhláškou, je vyučování na školách. S výjimkou činnosti ZSP vyučování ve školách je **náplň práce ZSP v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech v souladu s vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních.**

¹⁰ BOZP – obecná zkratka pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci

Činnosti ZSP vyplývající z interview a expertního dotazování s respondenty:

➤ **ZSP jako činnosti, které vykonávají na oddělení ochranných léčeb, uvedly:**

- administrativní činnosti spojené s výkonem ochranné léčby (dále jen OL): seznámení se s dokumentací, zkontrolování správnosti zaslané dokumentace, stanovení termínu přijetí, zavedení do pořadníku objednávek, dotazy k délce trvání OL, hlášení spojená s 2letou lhůtou výkonu OL, změny termínů nástupů k OL, podmíněčná propuštění z výkonu trestu, hlášení soudu přijetí k výkonu OL, hlášení útěků a maření výkonu OL, odesílání návrhu na změnu či ukončení výkonu OL, hlášení propuštění z OL apod.,
- ostatní administrativa: kontaktování a korespondence s opatrovníky, korespondence s úřady, soudy, exekutory, korespondence s úřady práce ve věci dávek hmotné nouze, příspěvku na péči, vyřizování jakýchkoliv došlých dotazů z různých úřadů, korespondence při zajišťování dokladů (občanského průkazu, průkazu pojištěnce, rodného listu apod.), korespondence ve věci exekucí pacientů, hlášení přijetí a propuštění úřadům práce (na odd. evidence uchazečů, dávek hmotné nouze, příspěvku na péči), vystavení dočasné pracovní neschopnosti, její ukončení a korespondence související s pracovní neschopností (hlášení o trvání, hlášení změn, porušování léčebného režimu apod.), oznámení rodině o přijetí, podklady pro návrhy na přezkoumání svéprávnosti, zajišťování různých podkladů dle potřeb pacientů (např. pro žádost o invalidní důchod, odvolání, žádosti o umístění do zařízení následné péče),
- přímá práce s pacientem: doprovázení k jednáním u soudu a jiných organizací, pomoc při kontaktování a navázání vztahu s rodinou, pomoc při hospodaření s finančními prostředky, dosílky finančních prostředků, zajištění trvalých plateb, řešení dluhové problematiky, spolupráce s organizacemi následné péče (komunitní organizace, domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory, organizacemi domácí péče, chráněné bydlení, chráněné dílny apod.), zajištění běžných nákupů (hygiena, cigarety, přilepšení ke stravě) a občasných nákupů (oblečení, obuv, mobilní telefon, rádio, kredit, zdravotní pomůcky (nejčastěji brýle aj.), pomoc při zajištění zaměstnání a ubytování po propuštění, zajištění

dokladů (občanský průkaz, průkaz pojištěnce, rodný list, výuční list, výpis z rejstříku trestů aj.), mnohdy při přijetí zajištění bytu, domu, zvířat, automobilu apod.,

- každodenní úkony: účast na vizitě a komunitě, zajištění odeslání pošty a donáška pošty pro oddělení, kompletace chorobopisů po propuštění.

➤ **Dle členů týmu ZSP vykonávají tyto činnosti:**

- dle lékařů a s lékaři: přijímá, kontroluje a zajišťuje všechny náležitosti doslané dokumentace potřebné před přijetím k výkonu OL, vyřizuje doplnění dokumentace, po přijetí pacienta vše, co se týká dočasné pracovní neschopnosti, zasílání invalidního důchodu, v případě omezení ve svéprávnosti kontaktuje opatrovníka, zjišťuje, jak bude pacient finančně zajištěn, žádá o sociální dávky, dávky hmotné nouze, v průběhu léčby mapuje sociální situaci pacientů, sestavuje společně plán péče do budoucna, pomáhá hledat zaměstnání a ubytování po propuštění, sjednává pacientům návštěvy úřadů, rodiny, opatrovníků a případně je i doprovází na tato jednání, komunikuje se soudy a jinými organizacemi, hospodaří s penězi pacientů, provádí nákupy, po propuštění odesílá různá hlášení soudům, úřadům, zajišťuje ukončení pracovní neschopnosti, odesílá po propuštění zprávy ošetřujícím lékařům, pomáhá pacientům při vyřizování dluhů, pomáhá s vyjednáváním splátkových kalendářů, odpovídá na dotazy jak směřované na nemocnici, tak i pomáhá s odpověďmi pacientům, je zdrojem důležitých informací pro celý tým, spolupracuje na psychoterapeutických aktivitách na oddělení,
- dle psychologů a s psychology: účastní se konzultací a porad celého týmu, komunit s pacienty, lékařských vizit, informuje o sociální situaci pacientů, kontaktuje rodiny pacientů, spolupracuje při kontaktování komunitních služeb, zajišťuje finanční prostředky pacientů, pomáhá pacientům s hospodařením s finančními prostředky, pomáhá při zajištění pacientů invalidním důchodem, řeší různé vzniklé problémy (např. ztrátu klíčů od bytu), řeší dluhy s pacienty, účastní se soudních jednání souvisejících nejen s výkonem OL, zajišťuje lékařské zprávy např. z výkonu trestu o předchozí léčbě, zajišťuje možnost výslechu policií na oddělení, účastní

se terapeutických aktivit, vede tzv. racionální skupinu (psychoedukace o různých sociálních záležitostech),

- dle středního zdravotnického personálu a s ním: zajišťuje finance pacientům, obstarává nákupy, pomáhá s ubytováním po propuštění, kontaktuje rodinu, doprovází pacienta k soudu, vyřizuje mu potřebné doklady, zabezpečuje jim to, co si sami nemohou obstarat, stará se o soudní administrativu, zajišťuje vše při propuštění (ubytovnu, peníze), spolupracuje na vycházkách pacientů, spolupracuje s komunitními službami, řeší útky pacientů, ...*hodně důležitý je, když přijdou a nevědí, tak ta sociálka jim pomůže, tady to takhle funguje...*, zjišťuje, kdy byli očkovaní, seznamuje je s věcmi, které pro ně může udělat, pomáhá jim s hospodařením s penězi, splácením dluhů, když chtějí, zajišťuje úhradu škody, pokud tu pacienti něco provedou (myšleno poškodí).

➤ **Klienti uvedli jako činnosti, které pro ně ZSP vykonává, tyto činnosti:**

- *zařídila mi dávky, vysvětlila úřední dopisy, vysvětlila mi, jak to tady chodí, řekla mi, co můžu a nemůžu dělat, pomohla s dluhy, financemi, půjčkami, zařídila neschopenku, pomohla mi k invalidnímu důchodu, pomáhala mi se soudními řízeními a psát dopisy, předává mi dopisy, jela se mnou k soudu a na úřad práce, mohu si od ní zavolat, zařídila mi doklady, občanku, rodný list, pomáhala mi s exekucemi a stornováním poplatku za soud a obhajobu, řešila se mnou problémy s přítelkyní, sehnala mi telefonní číslo na bratra, řešili jsme zdravotní pojišťovnu.* Sumarizováno z autentických odpovědí všech klientů.

Při srovnávání činností uvedených přímo respondenty s činnostmi vymezenými zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních, vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a náplní práce lze konstatovat, že se s dobrou vůlí všechny respondenty uvedené činnosti dají zařadit do činností, které zmiňované dokumenty obsahují. Jak se ukáže v další části práce, sporné se jeví většině respondentů zajišťování nákupů pro pacienty. ZSP jako činnosti, které nespadají do jejich kompetence, uvádí nejen zmiňované nákupy, ale i vystavování pracovních neschopností, kompletaci chorobopisů po propuštění a zajišťování odesílání pošty pro celé oddělení.

Dále samotné ZSP uvádějí jako velmi obtížně zvladatelné a zatěžující množství administrativy. *Tam většina té práce je spíš o tom papírování, to je na té práci to nejvíc,*

všechno, aby bylo vše, veškeré souhlasy, všechno napsaný, udělaný, kdyby si potom pacient stěžoval, takže komunikace s pacientem je až taková druhořadá, což si myslím, že je docela problém...

I lékaři nejčastěji uváděli jako náplň činností ZSP různé administrativní úkony a úkony spojené s obstaráváním finančního zabezpečení pacientů.

Střední zdravotnický personál na prvním místě jako náplň práce ZSP uváděl administrativu a nákupy. Až na další doplňující dotazy následně uváděl další činnosti.

Klienti jednoznačně na prvním místě uváděli hmatatelné praktické činnosti ZSP, zabezpečení finančními prostředky, ať již důchodem, či dávkami hmotné nouze (*Vyřizovala mi dávku hmotný nouze, to je všechno.*), jako činnosti, které pro ně ZSP vykonala. Opět až na další podrobnější doptávání uváděli další činnosti – exekuce, zajištění dokladů, vysvětlení úředních dopisů apod.

Z výše uvedeného šetření bylo zjištěno, že ZSP vykonávají především administrativní činnosti spojené s výkonem OL (např. zákonem daná hlášení o výkonu OL, korespondence spojená s 2letou lhůtou výkonu OL apod.), **ostatní administrativní činnosti spojené s péčí o klienty** (např. korespondence s opatrovníky, úřady práce, vyřizování dávek hmotné nouze, osobních dokladů, oznámení rodinám, úřadům apod.), **přímou práci s klienty** (např. doprovázení klientů k jednáním, poradenství a pomoc v oblasti dluhové problematiky, pomoc při zajištění klientů po propuštění, zprostředkování kontaktu s rodinou apod.) a **běžné každodenní činnosti**. **Náplň práce ZSP na oddělení ochranných léčeb Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech a respondenty uvedené činnosti ZSP jsou v souladu se zkoumanými zákonnými normami. Náplň práce ZSP je rozšířena o některé specifické činnosti dle potřeb organizace a daného oddělení. Ze strany personálu jsou především jako činnosti ZSP uváděny činnosti spojené s administrativními úkony prováděnými v souvislosti s výkonem OL, dále jiné administrativní úkony. Členy týmu byly zdůrazňovány i činnosti spojené se zabezpečením základních potřeb pacientů nákupů pro pacienty, finančních prostředků a kontakt s rodinou. Činnosti související se zajištěním finančních prostředků pro klienty byly uváděny též samotnými klienty jako první a mnohdy jediné činnosti ZSP. Obsah činností sdělovaných samotnými ZSP byl obsáhlejší. Byly uváděny nejen činnosti spojené s administrativními úkony, ale ve větší míře i činnosti z oblasti přímé práce s klienty.**

16.2 Výzkumná otázka č. 2

Jaké činnosti očekávají jednotlivé zkoumané skupiny od zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb?

V druhé výzkumné otázce bylo zkoumáno, zda a případně jaká mají očekávání od činností ZSP jednotlivé skupiny, a to samotné ZSP, ostatní členové týmu a klienti. Takovéto rozvržení skupin pro zkoumání očekávání od činností ZSP bylo zvoleno proto, aby mohlo dojít k srovnání toho, co si myslí a chtěli by klientům nabízet samotné ZSP, které činnosti považují ve své práci ZSP za důležité jak pro klienty, tak i pro společné plnění potřeb klientů v rámci týmu, co si myslí, že by měly plnit v rámci své pracovní pozice v multidisciplinárním týmu. Jako důležitý se jevil i pohled členů multidisciplinárního týmu na péči o klienty a jejich očekávání od pracovní pozice ZSP. A v neposlední řadě autorku zajímal i názor samotných klientů na jejich očekávání a potřeby od činností ZSP.

U všech třech zkoumaných skupin: ZSP, multidisciplinárního týmu a klientů byly zkoumány čtyři oblasti, které byly formálně označeny hesly, jejichž obsah je níže specifikován a v jednotlivých výzkumných podotázkách dále specifikován vždy dle jednotlivých skupin:

- **„Nejdůležitější činnosti ZSP“** – v této oblasti bylo zkoumáno, co by nejvíce respondentům scházelo, pokud by ZSP na oddělení nebyla, v čem je pro ně (je-li) ZSP nepostradatelná, důležitá, které činnosti ZSP vnímají ve své práci jako nejdůležitější, jak je situace řešena v případě, že ZSP na oddělení není, zda je pro ně zástup dostačující apod.
- **„Spolupráce v týmu, denní harmonogram“** – zde byly pokládány otázky na vnímání fungování spolupráce v rámci týmu jednotlivými respondenty, případné prolínání činností mezi jednotlivými pracovními pozicemi, otázky kladené i na strukturu denního harmonogramu, potřebu jeho změny, klienti byli dotazováni na možnost, místo, četnost kontaktu ZSP, navrhované změny v možnostech kontaktu se ZSP apod.
- **„Odborné a zbytečné činnosti“** – v této oblasti byly zkoumány názory respondentů na činnosti, které považují u ZSP za odborné, činnosti, které by jim zřejmě dle jejich názorů nikdo jiný v rámci týmu neposkytl, byla zkoumána z jiného úhlu, obdobně jako v první oblasti, případná nezastupitelnost ZSP, dále bylo zkoumáno, zda respondenti naopak

považují některé činnosti ZSP za zbytečné, postradatelné, zastupitelné, neodborné apod.

- **„Očekávání, co schází, navrhované změny“** – poslední zkoumanou oblastí bylo očekávání respondentů od pozice ZSP, naplnění jejich očekávání, zda existují činnosti, které v nabídce ZSP chybí, které by ostatní uvítali, respondenti byli požádáni o návrh změn ve spolupráci se ZSP.

Výzkumná otázka č. 2 byla dle jednotlivých skupin rozdělena na podotázky:

1. Jaké činnosti očekávají od ZSP samotné ZSP?
2. Jaké činnosti očekávají od ZSP členové multidisciplinárního týmu?
3. Jaké činnosti očekávají od ZSP samotní klienti?

16.2.1 Podotázka č. 1

Jaké činnosti očekávají od ZSP samotné ZSP?

Úkolem této podotázky bylo zjistit, co si ZSP myslí, že je očekáváno od jejich pracovní pozice, co považují za důležité ve své práci, v čem jsou pro tým a klienty důležité, zda mají čas na všechny činnosti, o nichž si myslí, že by jako ZSP měly vykonávat nebo naopak, zda vykonávají některé činnosti, které do jejich kompetencí dle nich nespádají, apod. Jak již bylo uvedeno v kapitole 16.2, téma zkoumání bylo rozděleno do čtyř oblastí, které byly ještě dále členěny.

- **Oblast zkoumání: „Nejdůležitější činnosti ZSP“**

Pro oblast zkoumání „Nejdůležitější činnosti ZSP“ byly ZSP pokládány otázky: Které činnosti považujete ve své práci za nejdůležitější? V čem myslíte, že jste pro oddělení nepostradatelná? Na co jste ve své práci pyšná? Které činnosti za vás musí kolegyně vykonávat v době zástupu?

Jako důležité ve své práci všechny ZSP uvedly oblast všeobecné pomoci klientům při řešení jejich problémů, jedna ze ZSP přímo uvedla: *Myslím si, že každá sebemenší pomoc, která se pacientovi udělá, kterou spolu zvládneme udělat, už to je pro mě strašně důležitý, protože jsem alespoň o kousíček tomu pacientovi ulehčila, vypomohla* (P). ZSP pomoc při řešení problémů klientů vnímaly jako základní náplň své práce, poukazovaly, že ale ze strany organizace je kladen větší důraz na zajištění administrativy, termínů, razítek a dobře vedené dokumentace, což ony vnímají jako

důležité, ale mnohem důležitější je pro ně přímá práce s klientem na řešení jeho problémů. Do oblasti těchto problémů řadily zajištění klienta finančními prostředky, dluhové poradenství, evidence na úřadu práce, žádost o invalidní důchod, kontaktování rodiny apod. Dále ZSP uváděly, že administrativa jim zabere nejvíce času.

Jako další dvě důležité oblasti ve své práci považují ZSP zajištění klienta po propuštění a vedení pacienta k samostatnosti, nácviku sociálních dovedností (vyplňování tiskopisů, orientaci v systému dávek a různých zákonných povinností, jednání s úřady apod.). Zajištění klientů považovaly všechny tři pracovnice jako věc, na kterou jsou ve své práci pyšné, pokud se jim podaří. Všechny tři pracovnice uváděly, že umístění klientů do zařízení následné péče je velmi složité vzhledem k jejich diagnóze a nařízené OL. *Mám problém umístit ty lidi potom dál do nějakého domova, doma je nechtějí, nefungují domovy na půl cesty. U našich pacientů by bylo potřeba, aby měli na začátek lehký dohled, ale pro nás tyhle domy nefungují, jakmile je tam psychiatrická nálepka, tak naše pacienty nikdo nechce, ještě k tomu mají nařízenou ochrannou léčbu, tak to už teprve ne. Je to vlastně bezvýchodná situace, oni nemají kam jít.* Toto sdělila pracovnice L, která pracuje na oddělení OL sexuologických.

ZSP vnímají za důležité i navázání vztahu s klientem, získání jeho důvěry. P sdělila: *Důležitá je vhodná komunikace s pacientem, bez toho by se člověk neobešel.* ZSP M přímo řekla: *Úplně nejdůležitější v mé práci je navázání vztahu s pacientem a získání jeho důvěry, pocitu respektování pacienta, respektování jeho názorů a rozhodnutí.*

Poslední důležitou oblast ve své práci, kterou ZSP uvedly, je spolupráce s rodinou, navázání a obnovení vztahů v rodině. Dle pracovnice M rodiny s pacienty často už nechtějí mít nic společného, zavrhlý je, bojí se jich apod. *Ne vždy se obnovení značně narušených vztahů ovšem podaří.*

ZSP z oddělení sexuologických léčeb L uvedla jako nejdůležitější ve své práci *Pracovat na tom, aby si uvědomili svůj problém a byli ho schopni nějak zvládnout a pracovat a žít venku.*

Ve věci nepostradatelnosti ZSP P přímo uvedla: *no já si myslím, že se to týká té sociální práce celkově, protože člověk nebo to okolí, alespoň na mě to tak působí, si myslí, že to sociální není důležité, ale potom postupně se může zjistit, že když nejsou správně vyplněné papíry, není vyřízená dávka, může nastat problém...když má dávka zpoždění, pacienti jsou netrpěliví, nepříjemní, i když za to nemůžeme my...většina*

pacientů si to nedovede vyřídit sama. Takže to je všechno hodně podstatný. Nepostradatelné pro oddělení a nezastupitelné ve své pracovní pozici se ZSP považují pro své znalosti v oblasti práva, práva z trestní oblasti, znalosti systému sociálního zabezpečení, v oblasti finanční gramotnosti (uváděly především oblast dluhové problematiky), v oblasti znalosti kontaktů na různé úřady a umění tyto úřady propojovat a vést jejich vzájemnou spolupráci a provázanost. Jako potřebné se vnímají i v oblasti vyřizování různé administrativy. V tom všem si myslím, že jsem nepostradatelná, protože pro zdárný návrat pacientů zpět do běžného života je důležitá nejen úprava a stabilizace jejich zdravotního stavu, ale i vhodné sociální prostředí (M).

ZSP prostým výčtem uvedly činnosti, které vykonávají v roli zastupující ZSP za nepřítomné kolegyně (např. z důvodu čerpání dovolené nebo pracovní nemoci atd.). Ze zkušeností, které získaly v době zastupování, poukazovaly na to, že jako nejdůležitější ze strany klientů a týmů vnímají požadavky na zajištění pacientů výplatou finančními prostředky a zajištění nákupů pro pacienty. Ony samy tyto požadavky jako prioritní a nezbytně nutně vykonatelné ihned nevnímají. Až jako další, méně důležitý požadavek ze strany klientů a členů týmu vnímají požadavky na splnění různých administrativních povinností, které jsou však z jejich pohledu v době zástupu důležitější, neodkladné, vzhledem k různým zákonným povinnostem spojeným s výkonem OL.

Jednotlivé odpovědi pro oblast zkoumání „Nejdůležitější činnosti ZSP“ shrnuty do tabulky č. 6.

Tabulka 6 - podotázka č. 1, oblast zkoumání „Nejdůležitější činnosti ZSP“

Oblast zkoumání: „Nejdůležitější činnosti ZSP“		
ZSP za důležité považují	vztah a komunikace s klientem, jeho důvěra	M, P
	pomoc při řešení problémů	M, P, L
	podpora samostatnosti klienta - zmocňování	M, P, L
	zajištění pacienta po propuštění	M, L, P
	obnovení vztahu s rodinou	M, L
Nepostradatelné na oddělení jsou pro	znalost systému sociálního zabezpečení	M, L, P
	finanční gramotnost	M, L, P
	znalost práva	M, L, P
	znalost trestního práva	M, L, P
	síťování	M, L, P
V době nepřítomnosti je třeba řešit	administrativa	L, P
	administrativní úkony spojené s přijetím a propuštěním	M, L, P
	administrativní úkony spojené s výkonem OL	M, L, P
	kapesné pro pacienty	M, L, P
	komunikace s úřady	P

• **Oblast zkoumání: „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“**

V oblasti zkoumání „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“ byly ZSP pokládány otázky: Jak vypadá vaše spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu? Je dané, co kdo máte dělat, pokud ano, čím? Jsou některé práce na pomezí vaší práce a ostatních členů týmu, pokud ano, které? Jak se potom domlouváte na rozdělení této práce, péče o klienty? Je to různé u jednotlivých klientů? Určujete si sama svůj časový harmonogram, co kdy budete dělat? Potřebovala byste pro svou práci určité změny v harmonogramu režimu oddělení? Které činnosti vám zaberou nejvíce času?

Další oblastí zkoumání názorů na činnosti ZSP byla zvolena oblast „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“. Autorku práce zajímalo, jak vidí ZSP sebe jako součást týmu, jak vnímají spolupráci týmu, zda se setkávají v pro ně vhodné době a dostatečně často, jak jim vyhovuje denní harmonogram oddělení a zda ho mohou a chtěly by nějak změnit. Poslední otázka z této oblasti směřovala na existenci, potřebnost fungování supervize v jejich týmu.

Bylo zjištěno, že supervize je prováděna pouze na oddělení výkonu OL sexuologické, a to v rámci pouze užšího týmu lékař, psycholog, vrchní sestra, ZSP. Na druhém oddělení výkonu OL není prováděna v současné době žádná supervize.

ZSP uvedly, že denní harmonogram na obou odděleních je dán denním harmonogramem aktivit pacientů. Obě oddělení jsou režimová, což znamená, že je přesně stanoven denní režim, který by měl být klienty a musí být zaměstnanci dodržován. *Naše oddělení je režimové a je přesně dán denní rozvrh, porady, čtení deníků, komunita a tak (L).* Tento denní režim do značné míry určuje i denní režim ZSP. V rámci tohoto každodenního harmonogramu jsou stanoveny i doby pro společná setkávání multidisciplinárního týmu a setkávání týmu s klienty. Denní režim uvedly všechny ZSP shodně: v 6 hodin setkání s noční směnou a předání informací z předešlého dne a noci, 7.30 hodin porada užšího týmu (primář, lékař, psycholog, vrchní či staniční sestra, ZSP), 8 hodin komunita s pacienty, 8.30-9.30 hodin vizita, 10 hodin odnos pošty, 12 hodin porada s ošetřujícím personálem. V mezidobích ZSP uvedly, že vyřizují korespondenci, mají pohovory s klienty, pokud nejsou klienti na některé z terapeutických aktivit. Denní harmonogram se pro ZSP mění pouze v případě aktuálních potřeb oddělení, např. útěk pacienta, soudní jednání, sociální šetření, výslech klientů Policií ČR nebo znalcem na oddělení, při neklidu na oddělení apod. Problém v denním režimu viděla pouze jedna ZSP v době zástupu: *Problematické je to v době zástupů na jiných odděleních, kdy dojde ke kumulaci většího množství aktuálních problémů, které se musí řešit ihned. Ale vždy, vzhledem k dobré spolupráci týmu, se situace podaří vyřešit. Změny harmonogramu vzhledem k nezbytnosti skloubení všech aktivit nejsou možné (M).* Nemožnost změny denního harmonogramu potvrdily i ostatní ZSP.

Spolupráci v rámci týmu ZSP hodnotí jako bezproblémovou. Myslí si, že tým spolupracuje, předává si informace. ZSP nevnímají ani problém v oblasti možnosti komunikovat s kýmkoliv v rámci týmu v případě potřeby. ZSP P uvedla: *setkávat se i během dne to není problém...myslím si, že ta spolupráce funguje jak ze strany psychologa, tak ze strany lékaře i sester.* Dle ZSP M: *v rámci týmu si myslím, že si vždy vyhovíme a domluvíme se, máme v sobě vzájemnou oporu. Co bych uvítala, by byla týmová supervize.*

Autorku práce dále zajímalo, zda mají a čím jsou určeny kompetence jednotlivých členů týmu, případně zda jsou nějaké činnosti na pomezí práce s jednotlivými členy

týmu. Všechny ZSP sdělily, že jejich činnosti a kompetence jsou dány náplní práce a standardy jejich zařízení. ZSP M k tomuto tématu uvedla: *V posledních čtyřech letech se toto dle mého názoru výrazně zlepšilo. Dříve to hodně fungovalo tak, že když nebylo jasné, kdo to udělá, tak to vždy udělala sociální pracovnice. Co se komu nechtělo, udělala sociální pracovnice. Bylo na ní, jak dalece bude ochotná. Od doby, co došlo k akreditaci¹¹ naší nemocnice, začaly se vytvářet standardy na jednotlivé oblasti práce a jednotlivé úkony. Bylo těmito standardy přesně stanoveno a vymezeno, kdo má co dělat. A bylo to sjednoceno pro všechna oddělení nemocnice. Tím se jasně vymezily kompetence každého z nás. My jako sociální pracovnice se máme již o co opřít a čím argumentovat. Myslím si, že to prospělo nám všem v rámci týmu.* Pokud jsou některé činnosti na pomezí s ostatními kolegy, nevnímají to nijak úkorně, vždy se s ostatními členy domluví. *Nelze úplně vše určit, předvídat (M).* Dle jejich sdělení jde o činnosti především v oblasti kontaktu s rodinou klientů, kdy se domlouvají především s psychologem, např. pokud někdo z nich kontaktuje rodinu a druhý též potřebuje zjistit informaci, kontaktuje rodinu pouze jeden z nich, přitom *tam záleží hodně na domluvě (P).* Případně, je-li to možné a klient je problematický, v některých oblastech využívají možnosti, že s klientem jedná ten, který s ním má navázaný lepší vztah (pokud to téma jednání dovoluje). *Určitě je to na domluvě...prostě existuje ta spolupráce týmu (P).*

Dvě ze ZSP se vyjádřily samy, aniž byly přímo tázány, že si myslí, že kolegové na ně nahlíží jako na odborníky ve své oblasti.

¹¹ Psychiatrická nemocnice Kosmonosy získala v květnu 2010 certifikát kvality a bezpečí poskytovaných služeb na základě externího auditu Spojené akreditační komise ČR a splnila kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle Národních akreditačních standardů. Tento certifikát musí každé 3 roky obhájit. Základem akreditačních kritérií je důsledné dodržování platné legislativy a úplnost i průkaznost zdravotnické a nezdravotnické dokumentace. Byly vytvořeny standardy popisující jednotlivé procesy a činnosti při poskytování péče včetně kompetencí jednotlivých pracovníků.

Odpovědi ZSP k oblasti zkoumání „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“ jsou sumarizovány níže do tabulky č. 7.

Tabulka 7- podotázka č. 1, oblast zkoumání „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“

Oblast zkoumání: „Spolupráce v týmu, denní harmonogram		
Denní harmonogram	dán terapeutickým programem oddělení	P, L, M
	změna vzhledem k programu není možná	M, L, P
	problém v případě zástupu na jiném oddělení, (kumulace více problémů)	M
Spolupráce týmu	spolupracující, bez problému	P, M, L
	dána náplní práce a standardy	P, M, L
	kontakt možný s kýmkoliv kdykoliv	P, M, L
	práce na pomezí oborů - domluva	P, M, L
	myslím, že tým na mě nahlíží jako na odborníka, mé práce si váží	P, M,
Supervize	ano, probíhá	L
	ne, neprobíhá	P, M

• **Oblast zkoumání: „Odborné a zbytečné činnosti“**

Pro oblast zkoumání „Odborné a zbytečné činnosti“ byly ZSP pokládány otázky: Které činnosti ve své práci považujete za odborné a nemůže je poskytnout nikdo jiný v rámci týmu? Které činnosti považujete ve své práci za zbytečné? Které činnosti by bylo možné delegovat na někoho jiného? Na co by vám potom zbylo více času? Jsou odborné činnosti, kterým nemáte čas se věnovat? Jak se liší vaše faktická činnost na oddělení od toho, co byste podle vašeho názoru měla jako ZSP vykonávat?

ZSP v této části rozhovoru byly požádány, aby samy sdělily, co považují ve své práci za odborné činnosti, které jsou specifické pro jejich profesi, a nemůže je dle jejich názoru nabídnout nikdo jiný. V protikladu k tomuto se měly vyjádřit k činnostem, které naopak považují za zbytečné, nebo uvést činnosti, které nespadají do jejich kompetencí a jsou v nich případně zastupitelné někým jiným z terapeutického týmu. ZSP byly zároveň požádány o vyjádření, které činnosti by chtěly či měly vykonávat místo činností „zbytečných“.

K tématu odborných činností ZSP sdělily, že za nejvíce odborné činnosti ve své práci považují sociální šetření, jednání s úřady sociálního zabezpečení, znalost a orientaci v právní problematice a diagnostiku sociální situace klienta. Všechny tři ZSP se vyjádřily, že sociální šetření považují za velmi důležitou a odbornou část své práce, ale bohužel pro nedostatek času a finančních prostředků ji téměř nevykonávají. *Se zmapováním sociální situace se pojí i sociální šetření, která jsou dle mého názoru též*

odborná a specifická pro naši pracovní pozici. Bohužel na ně není téměř čas a finanční prostředky (M). ZSP P o možnostech sociálního šetření sdělila: ...sociální šetření je jedno z věcí, které nikdo jiný nemůže, sociální šetření třeba do prostředí toho pacienta, tak tam by měla jezdit sociální pracovnice, může s nějakým doprovodem, ale myslím, že ona by tam měla jezdit..., ale vzhledem k tomu, že tady je i velký rozptyl dosahu naší organizace, tak ono to i časově je takové nevykonatelné.

Jako další výčet činnosti, které nemůže vykonávat nikdo jiný z týmu než ZSP, sdělila ZSP P: *Myslím si, že komunikace s úřady ohledně dávek, jsou to dávky hmotné nouze, dávky z úřadu práce, ale i příspěvky na péči, to si myslím, že je opravdu v kompetenci sociální pracovnice. To by opravdu měla dělat ona a nikdo jiný by to třeba ani nevěděl.*

U dotazů na činnosti zbytečné ZSP odpovídaly, že si myslí, že úplně zbytečně nedělají nic, že vše je potřeba, ale v něčem jsou zastupitelné, případně by to mohl vykonávat někdo jiný. *Zbytečné činnosti, asi žádné, ... nákupy, výplata drobného kapesného, sepisování nákupů, kompletování spisů, pravidelná hlášení, některé administrativní úkony, nevnímám jako nezbytnost, abych to dělala já (M).* Respondentka P uvedla, že jsou činnosti, které by mohl vykonávat někdo jiný. *Každopádně jsou to třeba ty nákupy, nevím to kapesný, tam si myslím, že by to mohli mít jiní v kompetenci, to kapesný je takový hraniční (P).* Podobně se vyjádřily všechny tři dotazované pracovnice. ZSP L jako další činnosti, které nepatří do jejich kompetencí a bylo by možné je delegovat na někoho jiného, prozradila: *administrativu jako kompletaci chorobopisů, což může být práce dokumentaristky. Z každého něco, co v jiných nemocnicích zajišťuje někdo jiný, mi tak jako malinko každému odebíráme. A tak kdo to udělá? Sociálka. ...určitě je těch činností víc, neschopenka, některé lékařské zprávy, odesílání dopisů, to já dostanu na stůl a vlastně to jen zandám do obálky, to by mohla dělat dokumentaristka.*

V případě snížení jejich zatížení odebráním výše uvedených činností by se ZSP chtěly věnovat především těmto aktivitám: *ráda bych se věnovala nácviku sociálních dovedností a sociálním šetřením i v rodině (M), ...tam by to byla ta práce s pacientem, jet s ním domů, jen tak se tam s ním podívat, nebo vyloženě ta hlubší sociální práce, i s tou rodinou pracovat...zjistit, jestli je vůbec možné, aby se tam on vrátil.* Též ZSP P uvedla jako první možnost, čemu by se ráda věnovala, sociální šetření v rodinách klientů.

Odpovědi k tématu „Odborné a zbytečné činnosti“ jsou sumarizovány do následující tabulky č. 8.

Tabulka 8 - podotázka č. 1, oblast zkoumání „Odborné a zbytečné činnosti“

Oblast zkoumání: „Odborné a zbytečné činnosti“		
Odborné činnosti ZSP	diagnostika sociální situace klienta	M, P
	návrh řešení sociální situace klienta	M
	pomoc dle potřeb a přání klienta	M
	jednání s úřady sociálního zabezpečení	M, L, P
	právní problematika	M, L
	sociální šetření	M, L, P
	finanční poradenství	L
Zbytečné činnosti ZSP	žádné	M, P, L
	rovnání chorobopisů	M, L
	drobné nákupy klientům	M, L, P
	výplata kapesného klientům	M, L
Kdyby měly ZSP více času, dělaly by	přímou práci s klienty	M, L
	nácvik sociálních dovedností	M, P
	sociální šetření	M, P, L

• **Oblast zkoumání: „Očekávání, co schází, navrhované změny“**

Pro oblast zkoumání „Očekávání, co schází, navrhované změny“ byly ZSP pokládány v rozhovorech tyto otázky: Co podle vás nejvíce očekávají jednotliví členové týmu lékař, psycholog, sestry, ošetřovatelé? Co podle vás nejvíce očekávají klienti od spolupráce s vámi? Co postrádáte ve své práci? Jaké změny byste uvítala?

Autorku této práce zajímalo, co si myslí ZSP, že od nich očekávají ostatní členové multidisciplinárního týmu a klienti, případně i organizace, co jim chybí při výkonu jejich profese a jaké navrhuje změny, které by jim pomohly v lepší péči o klienty, ve výkonu jejich práce.

Zajímavé při tomto dotazování bylo, že všechny ZSP mají pocit, že klienti po nich chtějí často zázrak. *Mnohdy si myslí, že mám řešení na každý problém a to ještě bez práce (M), ...peníze a že vše bude hotové. Někdy nerealné věci. Že jim zařídím dostatek peněz, bydlení, že je propustím a nikdo po nich nebude nic chtít. Že jim zařídím takovéto nerealné věci (L).* Klienti dle názoru ZSP očekávají i spolehlivost: *třeba vezmu nějakou věc, kterou chtějí zajistit a je to v mých možnostech a silách, tak očekávají, že to sprostě bude zařízený. Očekávají to, i když to v mých silách a možnostech není (P).* ZSP uváděly, že lékaři a psychologové od nich zřejmě očekávají zajištění pacientů,

právní poradenství, zajištění kontaktu s rodinou, zajištění pacientů po propuštění, *prostě to, co je moje práce* (P). Jako specifické bylo u psychologů, že si myslí, že jsou pro ně zdrojem jiného pohledu na pacienty a zdrojem informací o pacientech. Což se potvrdilo i při výpovědi samotných psychologů. ZSP si myslí, že ošetřující personál od nich očekává především finanční zajištění pacientů a nákupy pacientům, jiné odborné činnosti u této skupiny ZSP neuváděly. Dle názoru ZSP organizace od nich očekává péči o klienty až na druhém místě. Na prvním místě je pro organizaci dle jejich mínění dodržení všech hlášení, termínů, razítek a správné vedení dokumentace.

V oblasti dotazů na to, co ZSP chybí v jejich práci, uváděly: vyšší finanční ohodnocení, ... *protože si myslím, že je ta naše práce odborná, že je natolik odborná, že by jsme si zasloužily jako sociálky nějakou samostatnou platovou třídu...* (P), pochvalu a ocenění a lepší prestiž profese. *Sociální pracovnice nemá správnou prestiž, pořád je to ta sociálka, která je ta hyena...* (L). ZSP L uvedla na prvním místě k této problematice: *Nejvíce mě ubíjí, že postrádám motivaci toho člověka, že vlastně nechce.*

ZSP na rozdíl od ostatních respondentů, jak bude patrné dále v textu při vyhodnocování podotázky č. 2-3, měly spoustu návrhů na změny ve výkonu jejich profese. Nejčastěji se vztahovaly k přenesení kompetencí na jiné pracovníky v oblasti nákupů (ošetřující personál) a požadavek na administrativní pracovníci pro výkon některých administrativních úkonů. Dále ZSP, které nemají možnost supervize, vznesly požadavek na supervizi. Jedna z respondentek uvedla i požadavek na lepší zajištění bezpečnosti personálu.

Výše citované výsledky odpovědí ZSP jsou sumarizovány v tabulce č. 9.

Tabulka 9 - podotázka č. 1, oblast zkoumání „Očekávání, co schází, navrhované změny“

Oblast zkoumání: „Očekávání, co schází, navrhované změny“			
Co si ZSP myslí, že od ní tým očekává	lékař	finanční zabezpečení klientů	M, L
		kontakt s rodinou	M
		zajištění klienta po propuštění	M, L
		finanční a právní poradenství pro klienty	M, L
		povinnosti spojené s OL	M, L
		to, co je má práce	P, L
	psycholog	jsem zdrojem informací	M
		spolupráci při jednání s rodinou	M, L
		spolupráci při jednání s komunitními organizacemi	M, L
		jiný pohled na klienta	M
		to, co je má práce	P
	ošetřující personál	peníze pro klienta	M
		nákupy	M
		to, co je má práce	P, L
	klienti	zážrak	M, P, L
že mám řešení na každý problém		M	
peníze		M, L	
že vše bude hotové		M, P	
že to bude hned		P	
ZSP si myslí, že od ní organizace očekává		dodržení všech hlášení, termínů, razítek	M, P
		vedení řádné dokumentace	M, P
		to, co je má práce	L
ZSP postrádají		pochvalu a ocenění	M, P
		lepší finanční ohodnocení	M, P, L
		lepší prestiž profese	M, L
		přístup k informacím o klientech	P
		možnost poskytovat informace o klientech	P
		lepší vybavení	P
		motivaci klienta	L
Návrh změn		chtějí supervizi	M, P
		opatření pro lepší bezpečnost personálu	M
		někdo jiný nákupy	L, P
		někdo jiný kapesné	L
		někdo jiný rovnání chorobopisů	L
		někdo jiný některé administrativní úkony	L

16.2.2 Podotázka č. 2

Jaké činnosti očekávají od ZSP členové multidisciplinárního týmu?

Cílem této podotázky bylo zjistit, jaká očekávání od pracovní pozice ZSP mají členové multidisciplinárního týmu. Podobně jako samotné ZSP, byli i členové týmu dotazováni na shodné oblasti: které činnosti považují u ZSP za důležité, v čem by ZSP nejvíce postrádali, kdyby na oddělení nebyla, které její činnosti považují za odborné a nepřenositelné na jiného člena týmu, zda jsou činnosti, které by ZSP vykonávat nemusely, jaké navrhuji změny ve spolupráci s ní a v činnostech, které vykonává.

• Oblast zkoumání: „Nejdůležitější činnosti ZSP“

Pro tuto oblast zkoumání byly členům týmu pokládány otázky tohoto znění: Kdyby na oddělení zdravotně sociální pracovnice nebyla, co byste nejvíce postrádal? V čem je pro vaši práci činnost zdravotně sociální pracovnice nepostradatelná/důležitá, je-li nepostradatelná? Co je pro vás nejdůležitější ve spolupráci s ní? Čím vám zdravotně sociální pracovnice nejvíce šetří čas?

Šest z devíti oslovených respondentů někdy v průběhu rozhovoru alespoň jednou uvedli, že si to bez ZSP na oddělení neumí představit, že by to bez nich nešlo. ZSP vnímají jako důležitou a nezbytnou součást komplexní péče o klienty. *Nejpodstatnější je asi to, že jednotlivé složky toho života pacienta nebo jeho osobnosti se nedají od sebe oddělit. To znamená, že já když pečuji o duši, lékař o tělo, tak k tomu patří i ta sféra sociální práce a ta je vlastně v kompetenci toho sociálního pracovníka. Takže je to takový komplexní balíček péče o pacienta, bez toho to nejde* (R). Obvyklá vyjádření byla *...tak to si nedovedu představit, kdo by to s pacienty řešil...* (V), *...sociálka je tady nezbytná...* (IR), *...to si neumím představit, to bych se zastřelila. Ne, ne to nejde...* (Z) apod. Je tedy zřejmé, že ZSP je na oddělení potřebná a žádoucí. Žádoucí, dle vyjádření respondentů z řad týmu, je především při zajištění sociálních záležitostí pacientů. Zde nejčastěji uváděli zajištění invalidním důchodem, dávkami hmotné nouze, bydlení, kontaktu s rodinou apod. Jako další důležitou oblast, kdy by ostatní členové týmu ZSP postrádali, je vyřizování administrativních činností a znalost *kam to odeslat...* (V, Z), *...ona je velmi šikovná v tom, že ví kam a jak má vypadat odpověď na dotazy, jak to vyplnit...* (Z). Jeden z lékařů uvedl *Jako lékař bych byl bezradný v těch sociálních věcech kolem pracovních neschopností, jednání se sociálními úřady a hlavně toto, korespondence se soudy, ta by bylo enormně zatěžující pro lékaře a vlastně by to ani neměla být naše hlavní náplň,...* Takže by mi chybělo zabezpečení pacientů a přibýlo by

mi obrovské množství administrativy a těžko by to bylo nahraditelné prostou administrativní silou, protože těmto věcem nerozumí (J). Lékařka na stejné téma uvedla: já s tou administrativou bojuju a stejně to nezvládám. Já jsem studovala medicínu a nikdy jsem nepředpokládala, že budu v každém dnu ve svém životě z velké části administrativní pracovník. A kdyby tady paní sociální nebyla, tak by v podstatě moje práce lékaře mohla víceméně jít do kopru (Z).

Podobně jako se vyjádřili respondenti, v čem je pro ně ZSP nepostradatelná, se vyjadřovali i k činnostem, kterými jim ZSP šetří čas: vyřizováním administrativy, oslovováním různých organizací, osob, členů rodiny apod. Psycholog, staniční sestra a vrchní sestra uvedli, že jim osobně ZSP práci nijak nešetří, protože oni mají jinou náplň práce a vzájemně si vypomáhají např. v době nepřítomnosti, ZSP je ale pro ně nepostradatelná součást péče o pacienta, ale jim přímo práci nešetří.

Ošetřující personál jako pro ně a pacienty nepostradatelnou vidí ZSP především v oblasti zajištění finančních prostředků a nákupů pacientům. Např. ošetřovatelka VE uvedla: *no to co jsem již vyjmenovala nákupy, finanční prostředky pro pacienty, kontakt s rodinou, ...pacienti jsou potom klidnější, jinak jsou nespokojený, naléhavý...* Ošetřující personál, ač na to přímo nebyl dotazován, sděloval, že v době nepřítomnosti v případě nemoci a podobně je sice na oddělení dostačující zástup, ale *ty pacienti nemají k jiným důvěru, pro ně to jsou cizí lidi, ony se děvčata snaží, ale...*(VE).

Další důležitou zkoumanou částí bylo, co je nejdůležitější pro jednotlivé členy týmu ve spolupráci se ZSP. Nejčastěji respondenti uvedli, že pro ně je důležitý jiný pohled na pacienta, pohled jinýma očima. *Mně osobně by to ztěžovalo práci v tom, že v rámci týmu by chyběl člověk, který ty pacienty nějak vidí, to by mě ochudilo. Chyběl by celý ten kontext, jaký ten pacient je, jak vystupuje, co chce...* (V). *...v podstatě se jedná o to, že ten sociální pracovník má možnost vidět toho pacienta v jiných situacích než já. Pro mě to jsou velmi cenné informace...*(R). To jsou odpovědi psychologů. Ošetřující personál vypovídal obdobně.

Dále se více členů týmu shodlo, že je pro ně důležitá odbornost ZSP, spolehlivost a schopnost vzájemná komunikace. *...že je to člověk, na kterého se mohu spolehnout...* (IR), *...abych se mohl spolehnout, že to bude* (J), *...komunikace a pomoc tomu pacientovi...* (S), *...dobrý vztah, řekneme si všechno, takže ta spolupráce. Já ji důvěřuji, takže důvěra...*(I). Dále byla uváděna osobnost jako taková a vlastnosti: ochota,

vstřícnost, lidskost, důvěra. Bylo i uvedeno ...*hlavně to, abychom měli jednotný postoj k pacientům...*(J).

Odpovědi respondentů ze skupiny týmu pro oblast „Nejdůležitější činnosti ZSP“ jsou shrnuty do tabulky č. 10.

Tabulka 10 - podotázka č. 2 - oblast zkoumání „Nejdůležitější činnosti ZSP“

Oblast zkoumání: „Nejdůležitější činnosti ZSP“		
Kdyby ZSP na oddělení nebyla, nebylo by zajištěno/y	zabezpečení sociálních záležitostí pacientů	V, J, R S, VE
	to by nešlo	V, R, Z, I, IR, IV
	administrativní činnosti	J, Z, IR, I, IV
	znalost struktury jiných organizací a problematiky koho kontaktovat	J, Z, IR, I, IV, IR
	peníze a nákupy pro pacienty	S, IV, VE
Nepostradatelnost ZSP pro vaši profesi pro	kontaktování osob, organizací, rodiny	V, IV, VE
	mou profesi ničím	R, IR, S
	vyřizováním administrativy	J, Z, S, IV
	zajištění finančními prostředky a nákupy pacientům	IV, VE
Důležité při spolupráci se ZSP	vzájemná komunikace	J, S, VE
	jednotný postoj k pacientům	J
	spolehlivost	J, IR, I, Z
	osobnost a další osobnostní vlastnosti	Z, I
	odbornost	Z, IR, I, S
	jiný pohled na pacienta	V, R, Z, I, IV, VE, IR
	komplexní péče o pacienta	R, IV
	nákupy pacientům	VE

• **Oblast zkoumání: „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“**

Pro oblast zkoumání „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“ byl členům týmu kladen tento okruh otázek: Jak vypadá vaše spolupráce v multidisciplinárním týmu? Je dané, co kdo máte dělat, pokud ano, čím? Jsou nějaké činnosti na pomezí vaší práce a práce zdravotně sociální pracovnice, pokud ano, které? Jak se potom domlouváte na rozdělení této práce, péči o klienty? Je to různé u jednotlivých klientů? Jak vypadá vaše typická spolupráce v běžném pracovním dnu?

K dennímu harmonogramu respondenti této skupiny uvedli, že harmonogram je jasně dán a přizpůsoben terapeutickým aktivitám pacientů. Podobně jako ZSP uvedli, že jeho změna je prakticky vzhledem k na sebe navazujícímu programu nemožná a není ani třeba. V tomto se obě skupiny ZSP a členové týmu shodli.

Podobně jako ve skupině ZSP i zde sdělili intervenenti, že supervize probíhá pouze na oddělení s výkonem sexuologické léčby v užším týmu, na druhém oddělení supervize neprobíhá. Většina interventů se vyjádřila v tom smyslu, že by možnost supervize uvítali.

Poslední zkoumanou částí v rámci této oblasti byla spolupráce v týmu. Osm z devíti respondentů uvedlo, že jejich náplň práce a náplň práce ZSP je přesně dána standardy, náplní práce a ošetřující tým ještě uváděl denní harmonogram. Denní harmonogram při bližším dotázání vysvětlili jako manuál, co, kdo a kdy v rámci jednotlivých služeb na svém pracovním místě má vykonávat. Tento denní harmonogram je určen střednímu zdravotnímu personálu (sestrám, ošetřovatelům a sanitářům). Jsou jím přesně dány povinnosti pro sestru, která má tzv. vyšetřovnu apod.

Interventi z této skupiny uvedli, že se mohou s kýmkoliv a kdykoliv během dne v případě potřeby setkat. Spolupráci v týmu též hodnotí pozitivně. *Spolupráce je na dobré úrovni... (VE), ...je to týmová práce, já bych řekla, že jeden spolupracujeme s druhým, třetím a že je to týmová práce. Jeden bez druhého, to je problém, každý jsme platný. A já bych řekla, že to funguje... (IV), ...jsem přesvědčená, že to funguje, ...vždy se to řeší na poradě. Ale ta spolupráce a ta návaznost musí fungovat, spolupracujeme spolu prakticky neustále... (IR), ...radíme se společně jako terapeutický tým... (V).* Všichni členové jmenovali stejný denní harmonogram a existenci porad a způsoby předávání informací v rámci týmu jako ZSP. Jako nedostatečné předávání informací uvedla jedna ze sester, vznesla požadavek na lepší komunikaci, *aby sestry věděly, co zrovna ta sociální sestra pro toho pacienta zařizuje nebo co už má vyřízený. Chtěla bych být více informována... (S).*

K oblasti práce na pomezí dvou profesí se většina členů týmu vyjádřila, že takové práce nejsou. Pokud připustili, že ano (což byli lékaři a psycholog), potom je to vždy na domluvě, přičemž ale vyslovili důvěru ve schopnosti ZSP. Např.: *Tak může to být někdy v komunikaci se soudy, někdy ty zprávy pro soud jsou tak na pomezí, co by měl psát lékař, co sociální pracovnice a potom je to na ochotě sociální pracovnice..., ale v podstatě pokud je sociální pracovnice dostatečně kvalifikovaná, stačí pouze jenom konzultace a je schopna to napsat sama. To se domlouváme (J).* Lékařka ke shodné problematice se vyjádřila obdobně: *Domlouváme se, asi se to prolíná, je to i tím, že k ní mám obrovskou důvěru. Tak možná některé věci, které bych měla dělat já, tak jí svěřím...jsem s tím vždy maximálně spokojená...(Z).* Psycholog uvedl jako činnosti

na rozhraní práce ZSP a jeho oblasti kontaktování rodiny a spolupráci s následnými komunitními službami.

Všechny odpovědi k tématu spolupráce týmu a denního harmonogramu jsou sumarizovány do tabulky č. 11.

Tabulka 11 - položka č. 2 oblast zkoumání „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“

Oblast zkoumání: „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“		
Denní harmonogram	je dán	I, IR, VE, IV, V, R, S, Z, J,
	změna vzhledem k programu není možná	I, IR, J, I,
	změna není třeba	VE, IV, S
Spolupráce týmu	dána náplní a standardy	I, IR, VE, IV, S, R, Z, J
	práce na pomezí není	I, IR, IV, VE, S, R
	práce na pomezí - domlouváme se	V, Z, J
	kontakt s ostatními členy týmu kdykoliv	I, IV, V, R, Z, J, IR, VE
	vše se řeší týmově	IR, IV, V, R, Z, J
	spolupracujeme, funguje to	I, VE, IV, R
	předávání informací funguje	VE, IV, V
	předávání informací nefunguje	S
Supervize	ano, probíhá	Z, R, I
	ne, neprobíhá	IR, IV, S, J, V, VE

• **Oblast zkoumání: „Odborné a zbytečné činnosti“**

Pro oblast zkoumání „Odborné a zbytečné činnosti“ byly týmu pokládány tyto otázky: Které z činností považujete v její práci za odborné a nemůže je poskytnout nikdo jiný v rámci týmu? Které činnosti naopak v její práci považujete za zbytečné? Mohl by je případně vykonávat někdo jiný v týmu?

Odborné činnosti v práci ZSP tým vidí ve všech činnostech ze sociální oblasti. Při bližším dotazování na konkrétní činnosti interveni uváděli především administrativní činnosti spojené s výkonem OL, znalost právní problematiky výkonu OL, komunikaci s úřady a soudy a administrativu. Psycholog R uvedl: *Rozhodně komunikace s úřady v těch sociálně právních věcech, prodloužení dvouleté lhůty, korespondence s úřady a soudy..., to je pro mě neznámé.* Lékařka sdělila k tomuto tématu: *Já mám pocit, že všechno co ona dělá, takže je to oblast, které nikdo z nás moc nerozumí...přehled o těch organizacích, komunikace s nimi, v tom mi přehled prostě nemáme...(Z).* Druhý lékař k této problematice uvedl: *...téměř všechny věci týkající se*

té sociální oblasti, komunikace s úřady a komunikace se soudy. Tam není žádná jiná alternativa než sociální pracovníce. Ostatní personál se v tomto neorientuje (J). Též ošetřující personál uváděl administrativu a komunikaci s úřady jako odbornou část její práce. Odborné? Já nevím, protože vlastně nevím, co všechno dělá, korespondence se soudy, úřady, zajištění ubytování, volání na úřady...(S), jiná uvedla: ví po právní stránce, co ten pacient může, právní stránku z nás nezná prakticky nikdo...(IR).

Ošetřující tým na rozdíl od lékařů a psychologů jako odbornou činnost ZSP hodnotí hospodaření s finančními prostředky pacientů, zahrnují do toho rovněž nácvik hospodaření s finančními prostředky.

Jako potěšující se jeví, že jako odbornou činnost vidí tým dále komunikační dovednosti a metody sociální práce s klienty jako takové. Tyto činnosti jako odborné uvedli oba psychologové. *Za odborné považují i způsob práce, jak vede klienta, jak s ním konzultuje, strukturuje kontakty. Tam vidím profesionální přístup, komunikační dovednosti. Protože je to odborné, není to instinktivní činnost... jak vyjednávat, jak pracovat s pacientem...(V), obdobně druhý psycholog uvedl:...komunikace, postupy při řešení sociálních otázek...(R).*

Při dotazování na zbytečné činnosti ZSP byl výsledek obdobný jako u ZSP. Jako zbytečnou členové týmu nevnímají žádnou z činností ZSP. *Já myslím, že všechno co sociální pracovníce dělá je ku prospěchu pacientům a myslím, že to vše jednoznačně patří do její odbornosti (I). Ovšem jako přenositelné činnosti na někoho jiného uvádějí kolegové stejně jako ZSP nákupy pacientům, eventuálně výdej peněz pacientům. Zároveň sdělují, že tyto činnosti by případně mohl vykonávat ošetřující personál. Někdy mi přijde přímo komické, aby dělal sociální pracovník nákupy pro pacienty. To by mohl zajistit někdo jiný, kdokoliv z personálu (R), ...Přemýšlím o tom, že by nemusela rozdávat kapesný a nebo dělat nákupy pacientům (V), ...je sporné nakolik ty nákupy věci pacientům musí dělat sociální sestra a nemohl by to udělat někdo jiný, protože to už je pod její kvalifikaci...(J), ...výdej peněz, ale ani to není zbytečný, ale jsou některé věci , kde je ten člověk zastupitelný (Z). Ve věci zmiňovaných nákupů a výdeje finančních prostředků pacientům byl rozdíl ve výpovědích mezi skupinou lékařů a psychologů a skupinou ošetřujícího personálu, který naopak vnímá nákupy a zajištění finančních prostředků jako důležitou věc pro pacienty a jejich psychickou pohodu. Dále dle týmu by si některé činnosti, které ZSP vykonávají, mohli pacienti zajistit sami. Postačovalo by pouze vedení pacientů. Zbytečné? Nadstandardní věci pro ty pacienty*

dělá...to není k odsouzení, ale přidělová si tím práci. ...přes různé karty do mobilů, brýle pro pacienta, kterému se zrovna nechce, tak mu je shání sama...mohli by si sami zajišťovat podporu, mohla by jim to napsat na papír, kam si mají dojít...ty lidi by si to mohli udělat sami...(IR).

Do následující tabulky č. 12 byly shrnuty odpovědi členů týmu z oblasti „Odborné a zbytečné činnosti“.

Tabulka 12 - podotázka č. 2 oblast zkoumání „Odborné a zbytečné činnosti“

Oblast zkoumání: „Odborné a zbytečné činnosti“		
Odborné činnosti	vše ze sociální oblasti	J, Z R, V, IV, IR, I
	komunikace s úřady a soudy	J, Z, R, V, S, IV, VE, I
	jde o nepřenositelnou práci	J, Z, R
	právní oblast související s OL	J, R, IV, VE, IR, I
	metody sociální práce	R, V,
	administrativa	V, S, IV, VE, I
	komunikační dovednosti	V
	nevím, co vlastně dělá	S
	hospodaření s finančními prostředky pacientů	IV, VE, IR, I
Zbytečné činnosti	nic	Z, J, IV, VE, IR
	nákupy pacientům	J, R, V, S, IR, I
	výdej peněz pacientům	Z, V
	vykonávané za pacienty nad rámec povinností ZSP	S, IR, IV, R
Přenos činností na	ošetřující personál	J, R

• **Oblast zkoumání: „Očekávání, co schází, navrhované změny“**

Členům multidisciplinárního týmu v poslední oblasti zkoumání „Očekávání, co schází, změny“ byly pokládány otázky: Co nejvíce očekáváte od spolupráce se zdravotně sociální pracovníci? Co postrádáte ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci? Jaké změny byste uvítal ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci?

K otázce, co očekávají členové týmu od ZSP, se podobně jako u otázky „Co považujete za nejdůležitější ve spolupráci se ZSP?“ objevovaly odpovědi: odbornost, osobnost a osobnostní vlastnosti (vstřícnost, klidnost, stabilita, lidskost apod.). Interventi se nejčastěji shodli, že očekávají od ZSP zabezpečení potřeb pacientů a terapeutický přístup k pacientům. Na druhém místě uváděli samostatnost, odbornost, plnění pracovních povinností a spolehlivost. *Očekávám, že svoji práci bude vykonávat jednak odborně, správně a kvalifikovaně. Potom, že je na ni spolehnutí a také je důležitý*

její přístup, když jde o psychiatrické zařízení a ochranné léčby...(J), ...vím že se mohu spolehnout, nestalo se mi, že by řekla, že to nemá cenu, že je to zbytečný... (V), ...že bude samostatná, bude mít odbornost a bude i do kolektivu vhodná...(I), ...že zabezpečí zázemí těch pacientů, a že se Ti pacienti budou cítit lépe, že vědí, na koho se mají obrátit a kdo jim v určité dané životní situaci pomůže...(IV), ...já jsem to uvedla v těch otázkách, kontakt pacientů s rodinou, jejich potřeby, to je hodně důležitý...(V). Což koresponduje s odpověďmi v jiných částech dotazování multidisciplinárního týmu.

V odpovědích na otázku očekávání od ZSP se objevily i požadavky na osobnostní vlastnosti: *...a víc než tu profesní složku, je to ten lidský kontakt, vzájemná souhra, spolupráce..., tak mi ta lidská složka přijde čím dál víc důležitější (Z).*

Pro psychology, v souladu s odpověďmi i na předcházející otázky, je opět důležitý jiný pohled na pacienta. *Je taky v kontaktu s pacienty v různých situacích, než jsem já, pro mě je důležité sdělení těch informací (R).* Psycholog sexuologického oddělení se odlišil v odpovědích ostatních s očekáváním: *očekávám, s ohledem na naše pacienty na sexuologickém oddělení, kdy péče o ně je problematická...vytváření budoucnosti po propuštění, po ukončení léčby. Tam narážíme na odmítavé postoje okolí a organizací vůči našim pacientům...(R).*

Na rozdíl od ZSP členové týmu nepostrádají od ZSP téměř nic. Dle jejich výpovědí jsou s prací ZSP spokojeni, nenapadají je žádné činnosti, které by ZSP mohly ještě nabízet. Jediným požadavkem směřovaným k ZSP byl požadavek již výše uváděný, tedy lepší předávání informací mezi ZSP a sestrami. *Chtěla bych větší přehled, větší komunikaci mezi personálem a sociální sestrou (S).* Psycholog V jako něco, co mu schází, ale souvisí se spoluprací celého týmu, uvedl: *já bych trochu rozšířil spolupráci toho týmu. Já bych třeba uvítal, když je individuální vizita hodinu a půl, tak stejnou porci času, kdybychom mohli konzultovat všichni s lékařem, staniční a plánovat ten postup, kdybychom měli nějaký společný cíl...*

Na následující otázku na návrhy na změny ve spolupráci se ZSP většina respondentů žádné nesdělila, žádné změny nechtěli, nenapadali je. Myslí si, že nejsou třeba. Návrh na změnu se objevil u sestry s žádostí o větší informovanost a u psychologa na zlepšení spolupráce týmu při stanovování společných cílů.

Odpovědi respondentů jsou sumarizovány do tabulky č. 13.

Tabulka 13 - podotázka č. 2 oblast zkoumání „Očekávání, co schází, změny“

Oblast zkoumání: „Očekávání, co schází, změny“		
Očekávání	samostatnost	I, R, J
	odbornost	I, Z, J
	schopnost týmové spolupráce	I
	osobnost a osobnostní vlastnosti	I, Z
	plnění pracovních povinností	IR, IV, J
	zabezpečení kontaktu s rodinou	VE, S
	zabezpečení potřeb pacientů	VE, IV, S, R
	informovanost pacientů	IV
	možnost konsultování	V, R
	spolehlivost	V, Z, J,
	vytváření budoucnosti pacientům	R
	terapeutický přístup k pacientům	J, Z, V, R,
Chybí	nic	I, IR, VE, IV, R, Z, J
	informovanost ošetřujícího personálu	S
	širší spolupráce týmu	V
Návrh změn	žádné	I, IR, VE, IV, Z, J
	zlepšit přenos informací	S
	větší diskuze nad pacienty	V

16.2.3 Podotázka č. 3

Jaké činnosti očekávají od ZSP samotní klienti?

Úkolem této podotázky bylo zkoumat, jaká očekávání od činností ZSP mají klienti oddělení ochranných léčeb. Klientům, obdobně jako předcházejícím dvěma skupinám, byly pokládány otázky na stejné oblasti: v čem by nejvíce postrádali ZSP, kdyby na oddělení nebyla, zda je na oddělení zástup v době nepřítomnosti ZSP, zda je tento zástup pro ně dostačující. Dále bylo zkoumáno, zda klienti vědí jak, kdy a s čím oslovit ZSP, zda jim to takto vyhovuje nebo by navrhovali nějakou změnu denního harmonogramu. Poslední dva okruhy otázek se věnovaly oblasti očekávání od ZSP, návrhům na změny v činnostech ZSP, zda klienti vnímají nějaké činnosti ZSP jako zbytečné, co vnímají z aktivit, které jim ZSP nabízí jako činnosti odborné a zda nějaké služby od ZSP postrádají, ZSP jim je nenabízí.

- **Oblast zkoumání: „Nejdůležitější činnosti ZSP“**

Při zkoumání oblasti „Nejdůležitější činnosti ZSP“ byly klientům pokládány tyto otázky: Kdyby na oddělení zdravotně sociální pracovnice nebyla, co byste nejvíce postrádal? Když zdravotně sociální pracovnice na oddělení není, např. je nemocná, co

se pro vás změnit? Je pro vás zástup dostačující? Čím vám zdravotně sociální pracovnice nejvíce pomáhá? Je pro vás zdravotně sociální pracovnice v něčem nepostradatelná? Co je pro vás při jednání se zdravotně sociální pracovníci důležité?

Tři klienti při dotazování, co by se stalo, kdyby na oddělení ZSP nebyla, sdělili, že by si museli své věci vyřizovat sami, s tím, že by to patrně zvládli, ale bylo by to pro ně těžké. *Kdyby tu nebyla, zvládl bych to, ale radši bych si nechal poradit, znal názor člověka, který v tom umí chodit* (ST), ...*musel bych si psát všechno sám...*(MR). Dva z klientů se domnívají, že bez ZSP by to na oddělení a nejen na oddělení ochranných léčeb nešlo. Přímou jim by nechybělo nic, ale někteří pacienti by si svoje záležitosti sami nezvládli vyřídit. Vnímají, že jsou tam pacienti omezení ve svéprávnosti, s nižším intelektem apod., že někteří klienti nejsou schopni si vyřídit všechny svoje záležitosti a mnohdy nemají ani nikoho, rodinu apod., kdo by jim případně pomohl. Klient RO uvedl: *Já osobně bych to zvládl, ale jiní pacienti, kteří nezvládají osobně někam zajít, ..., tak s nima paní sociální jezdí. Tady je sociální pracovnice 100% potřeba, bez ní by to tady nemohlo být, ani na jiných odděleních* (RO).

Při dotazování klientů, co by jim nejvíce chybělo, kdyby na oddělení ZSP nebyla, se nejčastěji shodli klienti na odpovědi pomoc při vyřizování korespondence. *Mně by nejvíce chyběl člověk, který umí bojovat s papírama* (J). Jako další činnosti, při kterých by klientům ZSP chyběla, bylo při jednání s úřady, výběru finančních prostředků¹², zajištění finančních prostředků (zajištění dávky hmotné nouze, invalidního důchodu, dávek v pracovní neschopnosti apod.). Jeden z klientů uvedl, že se ZSP potřebuje *akorát řešit ty dávky* (M), to byl jediný důvod, proč by ZSP postrádal.

Samotné ZSP by jistě potěšily odpovědi klientů: *Ona sama by mi chyběla, protože...nikdo se o mě nezajímal..., nikdo, kdo by takto poslouchal, tady není...*(J), ...*no sociální pracovnice...*(V).

Při dotazech na oblast zástupu ZSP v době její nepřítomnosti klienti uváděli, že zástup na oddělení je, je dostačující, ale pokud mohou, raději si počkají na svou ZSP. *Zástup asi je. Ale já bych počkal na naši paní sociální* (MR), druhý z klientů shodně uvedl: *Zástup tu je, ale když to jde, tak čekám na tu svoji* (ST). Vyjádření klientů korespondují s výpovědí členů multidisciplinárního týmu, kteří též sdělovali, že zástup jinými ZSP je ochotný, ale pacienti si špatně zvykají na nové lidi. ... *ty pacienti nemají*

¹² Klientům dochází finanční prostředky na centrální účet nemocnice a jsou ukládány pod jejich rodnými čísly, následně musí být zajištěn jejich výběr a předání některých ze zaměstnanců nemocnice. V psychiatrické nemocnici Kosmonosy to zpravidla bývají ZSP.

k jiným důvěru, pro ně to jsou cizí lidi, ony se děvčata snaží, ale...(VE). Jako nejdůležitější věc při nepřítomnosti ZSP na oddělení, kterou musí zastupující ZSP vyřídit, je dle klientů výdej finančních prostředků a zajištění nákupů. Klient J uvedl: *kdybychom řešili peníze, který jsme řešili, tak se zástupem to nedořešíme, ale na vyzvedávání peněz a nákupy to stačí. Když tu není chvilku, ale na dýl by to nestačilo.* Až na následné dotazování, jak řeší např. dopisy z různých institucí, odvolání apod., když jejich ZSP na oddělení není, uvedli klienti, že využívají zastupující ZSP, pokud je třeba. *Ona vyřídí to, co je potřeba, zkusím se s ní samozřejmě poradit...* (ST).

Na okruh otázek, co je pro klienty důležité při styku se ZSP, nejprve opět sdělili, že to, že jim zajistila finanční prostředky. Ze všech odpovědí i na jiné otázky je zjevné, že zajištění finančními prostředky je pro klienty důležité a potřebné a vnímají to klienti na prvním místě svých potřeb. Jeden z klientů uvedl, že je pro něj důležitá ZSP též proto, že mu tyto finanční prostředky nosí. Při podrobnějším zkoumání a dotazování klienti uvedli, že je pro ně velmi důležité, aby si vzájemně říkali pravdu, a to i v případě, že je nepříjemná. Klient V například uvedl: *Abych nelhal a byl upřímný, aby mi mohla pomoci. A ona taky. Abychom jednali na rovinu.* Další z klientů to vyjádřil slovy: *Všechno si říkat na rovinu, mluvit pravdu, aby mi řekla pravdivé informace, i když je to blbý* (MR). Poslední z klientů se stejným názorem ST, to vyjádřil takto: *To že si říkáme všechno na rovinu. Pravda jak z mé tak její strany. Říct si to na rovinu* (ST). Autorku práce překvapilo, že pro klienty je důležité, jak před ZSP vypadají a motivuje je to k žádoucímu chování. Klient J uvedl: *Nejdůležitější pro mě je, že si u ní nechci udělat špatný jméno, abych dobře vypadal, chovám se tak, abych neudělal žádný průšvih. Záleží mi na tom, co si o mně myslí.*

V nesouladu byla odpověď klienta M, který sice uvedl, že kdyby ZSP na oddělení nebyla, nebyl by to pro něj problém, věci by si dovedl vyřídit sám, ale při dotazu na to, co je pro něj nejdůležitější v kontaktu se ZSP, uvedl: *Pro mě je důležité, že tu je k dispozici.*

Poslední otázka položená klientům v této oblasti byla, v čem je pro ně ZSP nepostradatelná. Zde se opět nejčastěji klienti shodli na důležitosti zajištění finančními prostředky. *Že mi vyřídila dávku hmotný nouze, bez který bych tady asi nevydržel* (MR). Až na dalším místě uváděli, že bez ní by to nešlo, chyběla by jim jako člověk, chyběla by jim její pomoc. Odpovědi korespondovaly s odpověďmi na první otázku, co by jim chybělo, kdyby ZSP na oddělení nebyla. Například klient RO k tématu uvedl: *kdyby*

*tady nebyla, to by bylo hrozný, ...chodíme za pani sociální denně něco řešit. Ta sociálka tady musí být. Klient RO byl jeden z těch, kteří uvedli, že by to bez ZSP zvládli. Také klient M, který v první části uvedl, že by to bez ZSP zvládl a potřeboval od ní pouze zajistit dávku hmotné nouze (což je v rozporu se sociální dokumentací klienta, využil služby ZSP k zhotovení nových dokladů a to dvakrát, žádosti o bezplatnou obhajobu, řešení dluhové problematiky apod.), v této části rozhovoru připustil, že je pro něho důležité, že tu ZSP je, jak bylo výše uvedeno, ale připustil, že by to pro něho bez ZSP bylo těžké: *tak bych si to musel vyřídit sám. Musel bych to zvládnout, ale no nevím, jestli bych věděl, kam se obrátit.**

Všechny odpovědi klientů k tématu „Nejdůležitější činnosti ZSP“ jsou shrnuty do následující tabulky č. 14.

Tabulka 14 - podotázka č. 3, oblast zkoumání „Nejdůležitější činnosti ZSP“

Oblast zkoumání: „Nejdůležitější činnosti ZSP“		
Kdyby ZSP na oddělení nebyla, chybělo by mi	mně nic, ale ostatním	RO, ST
	vybrat peníze	RO, ST
	pomoc při jednání s úřady	RO, V
	pomoc vyřídit korespondenci	RO, J, V,
	vyřídit finanční prostředky	RO, M
	bez ní by to nešlo	RO, V
	museli bychom si vše zařídit sami	RO, M, MR, ST
	ona sama	J
	sociální pracovnice	V
Zástup za ZSP	dostačující	RO, ST
	dostačující jen chvilku	J
	nic se nezmění	M, MR
	počkám si raději na naši ZSP	J, MR, ST, V
	nepotřebuji ho	V
Zástup vyřizuje	možnost telefonu	RO
	vše co je třeba	RO, ST
	vybere peníze	RO, J, ST
Důležité při spolupráci se ZSP	osobnostní vlastnosti	RO, J, V
	že je k dispozici	M
	donese mi peníze	J
	záleží mi, co si o mně myslí	J, ST,
	vyřídila mi peníze	MR, M, J
	říkat si pravdu	MR, ST, V
Nepostradatelnost ZSP	Bez ní by to nešlo	RO, V,
	hlavně v zajištění finančních prostředků	M, J, MR, ST
	ona jako člověk	J
	v tom, že mi pomáhá	ST, V

- **Oblast zkoumání: „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“**

Pro oblast zkoumání tématu „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“ byly klientům kladeny tyto otázky: Jak vnímáte zdravotně sociální pracovníci v rámci celého týmu, který se o vás stará? Jsou nějaké činnosti, aktivity, které potřebujete a nevíte, koho máte v rámci týmu požádat, kdo to má na starosti? Máte možnost kontaktovat zdravotně sociální pracovníci každý den? Víte, s čím za ní můžete přijít? Jak to uděláte, když s ní potřebujete mluvit? Vyhovuje vám to nebo byste potřeboval, abyste se setkávali v jinou dobu a kdy? Kde probíhá vaše setkání? Vyhovuje vám to nebo byste potřeboval se setkávat jinde a kde?

V této oblasti, vzhledem k již zjištěným informacím z dotazování předcházejících respondentů ze skupiny ZSP a členů týmu, byly klientům pokládány již otázky k dennímu harmonogramu přímo k věci: kdy a kde se se ZSP setkávají, zda vědí, s čím za ní mohou přijít, zda je jim známo, jak ZSP kontaktovat, když ji potřebují, a zda jim to vyhovuje.

Z odpovědí bylo zřejmé, že klienti jsou při přijetí poučení jak, kdy a s čím kontaktovat ZSP. *Ano, jsme o tom při přijetí poučení (M, V), ... to je jasný, to vím (MR).* Toto tvrzení potvrdili jinými slovy všichni klienti. Byli schopni i uvést, s jakým problémem za kým z personálu mohou jít. Bylo zřejmé, že v tomto směru jsou klienti orientovaní a dané informace mají.

ZSP je na oddělení dle sdělení klientů (a ověření u členů týmu) každý pracovní den a pokud ví, že nebude, klienty předem informuje. *Ona je tady s náma každý den od rána... (RO).* Klienti mohou ZSP v tyto dny kontaktovat ráno při komunitě, následně na vizitě, pokud není vizita, ZSP sama obchází klienty na pokojích. Případně si klienti mohou nechat zavolat ZSP přes ošetřující personál. *Řeknu to ráno na vizitě. Jinak je k dispozici kdykoliv na ranní komunitě, potom obchází pokoje a speciálně každého se ptá, zda něco nepotřebuje. Nebo případně za ní mohu zajít přes sestřičky (J).* Pro klienty podle jejich vyjádření možnost a četnost setkávání se ZSP dostačuje. Setkání ZSP s klienty probíhá na pokoji klientů, na chodbě, když ji potkají, nebo přímo v její kanceláři. Což klientům dle jejich sdělení též vyhovuje.

Při hlubším dotazování na činnosti, s kterými mohou za ZSP klienti přijít, uváděli nejčastěji: *...prakticky s čímkoliv, skoro se vším (MR, M).* Klient R připustil: *i s tím, s čím bych neměl, co bych měl říct psychologovi.* Většina (pět z šesti) klientů uvedla

alespoň jednu ze dvou odpovědí: *s dopisy, když něčemu nerozumím*. Bylo zřejmé, že klienti využívají služeb a poradu ZSP k čemukoliv, s čím si nevědí rady, čemu nerozumí v došlé korespondenci apod. Klient J uvedl: *Samozřejmě s problémama, který se týkají papírů a kterým nerozumím. A vždycky se mnou všechno konzultuje a konzultovala. A všechno mi bylo jasné, jak to bude*. Klient RO to vyjádřil slovy: *To chodíme za pani sociální, když nevíme. My k ní máme důvěru, ona má zkušenost a poradí*.

K oblasti spolupráce týmu klienti uváděli, že tým vnímají jako spolupracující, informace si předávají. *Spolupracují, určitě si všechno řeknou, což je někdy blbý (MR)*. Zjevně ne vždy řádné předávání informací mezi personálem klienti vnímají jako pozitivum. Polovina klientů pro názor na spolupráci týmu použila přirovnání „táhnou za jeden provaz“. *Tým spolupracuje, táhne za jeden provaz (M)*. To je jistě pozitivní vyjádření o fungování a spolupráci týmu. Pozitivně vypovídající o péči o klienty bylo i vyjádření klienta (J): *...když řeknu že jsem rotnej... Věří tomu, co říkáme my, poslouchají to a nedělají si z toho srandu jako jinde a člověk se k ničemu nedopracuje...* Nutno uvést, že šlo o pacienta s psychotickým onemocněním, pro kterého je přístup k jeho projevům, nezesměšňování, vyslechnutí apod. zjevně důležitý.

Zajímavé a za povšimnutí stojící ve výpovědích klientů k tématu vnímání ZSP v rámci týmu bylo vyjádření klienta V: *Já sociální pracovníci tady vnímám jako takový úřad, že pomáhá s těmahle věcmi. Ti ostatní jsou tady od toho, aby nás léčili*. Zajímavé a o ochotě ZSP vypovídající bylo i vyjádření klienta ST o vnímání ZSP v rámci celého týmu: *Já bych řekl, že je to nejzatíženější osoba. Na mě to tak působí, že je nejvíc zatížená z celého týmu*.

Názory klientů pro výše popisovanou oblast byly sumarizovány do tabulky č. 15.

Tabulka 15 - podotázka č. 3, oblast zkoumání „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“

Oblast zkoumání: „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“		
Spolupráce v týmu	ZSP vnímám jako úřad	V,
	chodíme za ní denně	RO
	je nejzatíženější z týmu	ST
	spolupracují	J, RO
	věří tomu, co říkám, poslouchají mě	J
	táhnou za jeden provaz	M, R, MR
	informace si předávají	V, ST, J, M
Znalost, koho oslovit s problémy	ano, klienti znají, na koho se obrátit	V, ST, J, M, RO, MR
Za ZSP mohu	s dopisy, s úředními záležitostmi	V, ST, J, MR
	potřebuji-li najít něco v počítači	V, MR
	když něčemu nerozumím	V, RO
	s čímkoliv	ST, MR, RO
	byli jsme poučeni s čím	M, V
	potřebuji-li pomoc s hledáním bydlení	RO
	i s tím, s čím bych neměl	RO
Způsob kontaktování ZSP	přes sestry	V, ST, J, M
	na komunitě nebo vizitě	V, S, MR, J, M, RO
	chodí za námi i sama	ST, J
Setkání probíhá	na pokoji	V, MR, J, M, RO
	na chodbě	V, M
	v kanceláři	V, MR, J, M, RO
Denní harmonogram	ZSP k dispozici denně	V, ST, MR, J, M, RO
	místo setkávání vyhovuje	V, ST, MR, J, M, RO
	četnost a čas setkávání vyhovuje	V, ST, MR, J, M, RO

• **Oblast zkoumání: „Odborné a zbytečné činnosti“**

Klientům při zkoumání oblasti „Odborné a zbytečné činnosti“ byl pokládán tento soubor dotazů: Jsou nějaké činnosti, které v práci zdravotně sociální pracovnice považujete za odborné a nemůže je dělat nikdo jiný v týmu? Jsou nějaké činnosti, aktivity, které v její práci považujete za zbytečné? Jsou činnosti, které dělá, a Vám by vyhovovalo více, kdyby je dělal někdo jiný v týmu?

Pět z šesti klientů na dotaz, které poskytované činnosti považují u ZSP za odborné, odpovědělo, že úkony spojené s administrativou, které ZSP vyřizuje. Klient V např. uvedl: *Pomoc s těma dopisama, s úřadama, v tom se vyzná, to by asi ostatní*

nedokázali. Podobně se vyjádřil také klient ST: ty úřední záležitosti, jak jsem říkal na začátku, soudy, úřady, to umí jenom paní sociální. Vždycky mě vodstrčej k paní sociální, že oni to neuměj.

Jako další odbornou činnost ZSP klienti oceňovali znalost jednání se soudy a pomoc ZSP při soudních jednáních. *U soudu je s námi člověk, který ví, co dělat, co říkat, umí se za nás i poprat (J).*

Vedle administrativních úkonů a pomoci při soudních jednáních a znalosti právní problematiky klienti za odborné vnímali též jejich zajištění finančními prostředky a orientovanost ZSP v této oblasti, znalost problematiky sociálního zabezpečení. *Podání žádosti o dávku, vyplnění formuláře apod., úřední věci (MR).* Zajištění finančními prostředky byla první odborná činnost, která klienta J napadla: *To je přesně, ty peníze...*

Dva klienti jako odbornou činnost uvedli u ZSP mimo jiné profesionální jednání. *...vždy na nás má čas...vyslechne nás...pořád mi opakovala, že na to mám nárok, byla to pro mě vyšší dívčí... dá nám vždycky novou šanci. I když jsem na trestním oddělení, nikdy jsem se tu necítil jako trestanec, nikdy jsem se necítil jako špatný kluk... (J).*

Mezi dalšími odbornými činnostmi uváděli klienti dle vlastních zkušeností (jak bylo ověřeno v jejich sociálních záznamech) činnosti: zajištění dokladů, pomoc se zajištěním ubytování, pohovory o tom, co potřebují, pohovory o přítelkyni apod.

Stejně jako u předchozích dotazovaných skupin uvedli také klienti, že zbytečné činnosti ZSP nedělá nebo *snad ani nedělá (M).* Ale jsou věci, které by dělat nemusela, nebo by mohl dělat někdo jiný. Na prvním místě zbytečných činností čtyři klienti uvedli nákupy pro pacienty. *Já si myslím, no nevím, myslím si, že dělá vše, co potřebuji. No dělá některé věci asi navíc, které by dělat nemusela, například tady ty nákupy (M). Třeba ty nákupy, ten jeden tabák by taky nemusela nosit. Chodí taky pro těžké nákupy, což by neměla, měla by si vždycky vzít jednoho chlapa sebou (J).* Zároveň uváděli, že tyto nákupy by mohl dělat ošetřující personál. *Myslím si, že by nemusela chodit nakupovat pro pacienty. Jinak mě nic nenapadá. To by mohly dělat sestry (V).*

Tři z šesti klientů se vyjádřili : *Určitě jsou některý záležitosti, který si člověk může udělat sám bez její pomoci... Někteří pacienti by si to mohli udělat sami a obtěžují s tím paní sociální...(ST).* Mezi činnostmi, které by si pacienti mohli zajistit sami, uváděli vyřízení telefonátů, nákupy, drobné problémy apod.

Oceňující pro ZSP, ačkoliv šlo o vyjádření k zbytečným činnostem, bylo prohlášení klienta RO: *ona s náma sedí, dělá s náma aktivity, to by nemusela. Ona ale*

může dělat všechno a dělá to ráda, nemusela by to dělat, ale dělá to s náma a my jsme rádi.

V níže uvedené tabulce č. 16 jsou shrnuty odpovědi klientů k okruhu „Odborné a zbytečné činnosti“.

Tabulka 16 - podotázka č. 3, oblast zkoumání „Odborné a zbytečné činnosti“

Oblast zkoumání: „Odborné a zbytečné činnosti“		
Odborné činnosti	jednání s úřady	V, RO
	administrativa	ST, MR, J, M, RO, V
	soudní a právní znalosti	ST, J, M, RO
	zajištění finančními prostředky	J, M, MR
	profesionalita jednání	RO, J
	zajištění dokladů, ubytování	M, RO
	pohovory o tom, co potřebujeme	RO
Zbytečné činnosti	nákupy pro pacienty	V, ST, J, M
	telefonáty	ST
	vše, co dělá, potřebuji	MR, M
	je toho hodně, vše vyřídí	J, RO
	některé pohovory	RO
	něco bychom si někteří mohli dělat sami	ST, J, RO
Přenos činností na	sestry	V, M
	samotné klienty	ST, J
	psycholog (rozhovory)	R

• **Oblast zkoumání: „Očekávání, co schází, navrhované změny“**

Klientům pro zjištění informací o činnostech, které od ZSP očekávají, které jim schází, a k zjištění navrhovaných změn byly pokládány otázky: Co jste očekával od zdravotně sociální pracovnice, když jste přišel do nemocnice? Naplnila se vaše očekávání? Co nejvíce očekáváte od zdravotně sociální pracovnice? Co vám chybí v činnostech, které vykonává? S čím by vám ještě mohla pomoci? Co byste ještě potřeboval z toho, co ona nenabízí? Jaké změny byste uvítal ve spolupráci s ní?

Klienti dotazovaní na jejich očekávání od ZSP uváděli obdobně jako v dotazu na nepostradatelnost a kdyby ZSP na oddělení nebyla: *že mi pomůže ty dopisy a zařídí sociální dávky (V), hlavně pomoc s těma všelijakýma exekucema, splácením dluhů, vyřízením dokladů (M)*. Odpověď pomoc s administrativou, to byla odpověď na prvním místě pro dotaz na očekávání od ZSP.

Pro autorku práce bylo zajímavé a překvapující, že pouze klient J očekával především osobnostní vlastnosti, které jsou pro něho důležité: spolehlivost, důvěru,

pravdu. ...*Já vím, že jí nezapadne dopis, protože ona to nemá jenom na stole, ale i v hlavě a to je důležitý. Očekávám, a to ona má, spolehlivost* (J). Jiný z klientů osobnostní vlastnosti neuvedl.

Klienti z obou oddělení se vyjádřili, že jejich očekávání od ZSP, která měli, než nastoupili výkon OL, se naplnila a ve větší míře, než předpokládali. *Tady od pracovnice očekávám samozřejmě spolupráci, pomoc když jdete ven. Pomůže Vám s penězi, zařídí, abyste ty peníze nějaký měl, abychom nekradli, nepáchali trestnou činnost...Očekávání, dostal jsem ještě víc, než jsem čekal* (RO). Klient ST to komentoval slovy: *To, co udělala a dělá pro mě, je nadstandard.*

Značně překvapivé pro autorku této práce bylo, že nejen tým, ale ani klienti nepožadují žádné změny a nabídku jiných činností. Klienti se vyjadřovali: *není nic takového...Změny není třeba, je tu stále* (MR), ... *v tuhle chvíli mi nic nechybí. Ona všechno nabízí* (RO), ...*nic takovýho. To už by mohla vodit každýho za ručičku* (J). *Nic mě nenapadá, až bude propuštění, tak budu potřebovat pomoc. Nic mě to vyhovuje, opravdu.* (M), ...*nic mi nechybí, zatím ne...*(V).

Objevily se však dva návrhy na změnu, a to návrh na zavedení autogenních tréninků, které dle sdělení klienta dříve na oddělení byly a nyní nejsou a on je měl rád. To byl návrh na změnu, který nesouvisel s činnostmi ZSP. Druhý návrh byl návrh klienta z oddělení sexuologických léčeb, který navrhoval: *No tak lepší by bylo setkat se někde v kavárně mimo léčebnu...aby člověk přišel na jiný myšlenky...je pak těžký se rozhodnout...jak je tady člověk dlouho uzavřenej, uzavírá se do sebe...* (ST). Zde lze polemizovat, zda klient chtěl pouze lepší prostředí pro rozhovor, při kterém by se dokázal více otevřít, najít odvahu k řešení pro něho těžkých sociálních záležitostí. Nebo zda toto vyjádření více souvisí s jeho sexuální problematikou a důvodem, proč byla ochranná léčba nařízena.

I tento poslední soubor odpovědí klientů byl zpracován do následující tabulky č. 17.

Tabulka 17 - podotázka č. 3, oblast zkoumání „Očekávání, co schází, změny“

Oblast zkoumání: „Očekávání, co schází, změny“		
Očekávání	spolupráce	RO, MR
	pomoc při propuštění	RO, MR
	pomoc se zajištěním finančních prostředků	RO, V
	pomoc s dluhy	MR, ST, V
	vyřízení dokladů	MR, ST, V
	osobnostní vlastnosti (spolehlivost, důvěru, pravdu)	J
	pomoc s administrativou	MR, ST, V
	pomoc	ST
Naplněnost očekávání	ano	MR, V
	více než to	RO, M, J, ST
	neočekával jsem nic, sociální pracovníci nepracují	J
Chybí	nic, vše nabízí	RO, V, M, J, MR, ST
Návrh změn	žádné	RO, M, J, V
	možnost setkávat se s ní mimo oddělení	ST
	autogenní trénink	MR

17 Diskuze výsledků

V této části práce budou diskutovány výsledky výzkumného šetření. Autorka práce se bude zamýšlet nad validitou výzkumu, srovnávat své výsledky s jinými výzkumnými šetřeními, v jejím případě alespoň tematicky podobnými výzkumy. Dále bude srovnávat své výsledky napříč zvolenými skupinami a porovnávat teoretická východiska práce se zjištěnou reálnou situací. Závěrečná část této kapitoly bude věnována dle autorky zajímavým zjištěním empirického výzkumu.

Validita v kvalitativním výzkumu je na rozdíl od reliability jeho silnější stránkou. Důležitým prostředkem k podpoře validity výzkumu je triangulace. Princip triangulace v oblasti sběru dat, týkající se povahy dat, ve výběru účastníků výzkumu, role výzkumníka, techniky v oblasti analýzy a interpretace dat, techniky týkající se nestrannosti a kritičnosti badatele (Miovský 2006, s. 263-273). V této práci byla zvolena triangulace z oblasti metod získávání a zdrojů dat. Zdrojem dat nejsou pouze rozhovory, ale též dokumenty o činnostech zdravotně sociálního pracovníka a dokumentace o respondentech, aby došlo k co nejmenšímu zkreslení získaných dat. Bylo zvoleno více

zdrojů dat a to: studium a analýza dokumentů v podobě zákona, vyhlášky a náplně práce, studium spisové a zdravotní dokumentace klientů, sociální dokumentace ZSP, interview a expertní dotazování. Snahou o podporu validity výzkumu je i získávání informací od všech osob přicházejících do styku se sociální prací na zkoumaném oddělení: ZSP, multidisciplinárního týmu a klientů.

V první fázi plánování výzkumu, pro podporu validity výzkumu, bylo plánováno provedení interview i v jiné psychiatrické nemocnici na oddělení ochranných léčeb. Na základě oslovení několika kolegů v rámci předvýzkumu ZSP v jiných psychiatrických nemocnicích bylo zjištěno, že ZSP mají v jednotlivých nemocnicích rozdílnou náplň práce, nevykonávají některé činnosti, které vykonávají ZSP v nemocnici, v níž byl výzkum prováděn. Některé činnosti vykonává v těchto nemocnicích ošetřující personál, pracují zde tzv. dokumentaristky, mají centrální příjem apod.

Dalším problémem, na který ZSP jiných nemocnic upozorňovaly, bude ochota klientů spolupracovat, poskytnout rozhovor. Možnou neochotu klientů, ale také spolupracovníků pro poskytování interview, si autorka uvědomovala již při volbě zařízení, ve kterém bude výzkum provádět. Zvolila proto záměrně zařízení, ve kterém pracuje, protože zde již má navázaný kontakt s klienty (zná jejich diagnózy, a tím i možnosti a schopnosti spolupracovat, a následně taktéž, jak vést s nimi rozhovor) a zaměstnanci. Osobní znalost se zaměstnanci a klienty se ukázala v průběhu šetření jako velké pozitivum pro ochotu zúčastnit se výzkumného šetření. Pacienti oddělení ochranných léčeb jsou pacienti specifictí, často těžce navazující kontakt, jsou v zařízeních nedobrovolně a je mnohdy velmi těžké je motivovat k činnostem povinným, natož nepovinným. Mnohdy ani skladba pacientů na oddělení neumožňuje provedení podobných aktivit, jako je interview, vzhledem k jejich schopnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu. Také sami zaměstnanci uváděli, že „pro cizího by to nedělali“.

Validita v oblasti sběru dat byla v práci naplňována podrobným popisem průběhu sběru dat a popisu výzkumného vzorku, doslovným přepisem interview a expertních rozhovorů.

Jak bylo uvedeno v kapitole č. 8, pokud je autorce práce známo, neexistuje prozatím žádný výzkum, který by se přímo věnoval činnostem ZSP na oddělení ochranných léčeb. V roce 2008 proběhl výzkum Analýza činností zdravotně sociálních

pracovníků (dále jen analýza), který byl prováděn sekci zdravotně sociální České asociace sester. Tento výzkum byl věnován analýze činností ZSP ve všech typech zdravotnických zařízení. Názory respondentů této analýzy se shodují s názorem autorky práce, kdy dle této studie pouze 44,6 % respondentů považuje počet ZSP za dostatečný (ČAS, sekce zdravotně sociální 2008). Na nedostatek a potřebnost ZSP poukazováno v teoretické části práce, v kapitole č. 3.1.

Ke shodě názorů respondentů skupiny ZSP tohoto výzkumného šetření i zmiňované analýzy došlo v tématech hospodaření s finančními prostředky klientů, zajišťování dokumentace v souvislosti s dočasnou pracovní neschopností a u tématu supervize. V rámci analýzy byla ZSP položena otázka „Které činnosti by neměly spadat do jejich kompetencí?“ Respondenti uvedli mimo jiné tyto činnosti: vypočítávání částky za pobyt, statistiku pro ÚZIS¹³, vyplácení důchodů pacientům, hospodaření s penězi pacienta, organizování překladů na lůžka následné péče uvnitř zdravotnického zařízení, zpracovávání kalmetizačních karet¹⁴, zajišťování plenkových kalhotek, posílání propouštěcích zpráv, občasné sanitářské služby, nákupy potravin a hygienických prostředků pacientům, vypisování poukazů na ortopedické pomůcky, pracovní neschopnosti, asistence při odebrání dětí z terénu, „sloužit ostatním z personálu“. Při diskuzi nad kompetencí vyplácení finančních prostředků pacientům je zajímavé zjištění v rámci analýzy, že u 28,6 % respondentů spadá hospodaření s finančními prostředky pacientů do jejich kompetencí. Z toho je zřejmé, že jde o kompetenci, která je velmi pravděpodobně přenositelná na někoho jiného v rámci týmu a ve většině zdravotnických zařízení hospodaření s finančními prostředky pacientů není v kompetenci ZSP. Shodně ZSP v rámci šetření v této práci uvedly jako činnosti, které by neměly vykonávat, případně, které by byly přenositelné na někoho jiného: nákupy klientům, vyplácení finančních prostředků a některé administrativní úkony (administrativu spojenou s dočasnou pracovní neschopností, odesílání propouštěcích zpráv, rovnání chorobopisů, odesílání běžné korespondence ostatním členům týmu apod.). Nákupy pro pacienty považují i členové multidisciplinárního týmu, i sami klienti za činnosti, které je možné delegovat na jiné členy spolupracujícího týmu (ČAS, sekce zdravotně sociální 2008).

¹³ ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

¹⁴ kalmetizační karta – karta vedená o pacientech s tuberkulózou

Podobně jako v tomto výzkumném šetření se i v rámci analýzy ZSP vyjádřili, že někteří z nich nemají možnost supervize v rámci výkonu svého zaměstnání (33,3 % respondentů) (ČAS, sekce zdravotně sociální 2008).

Poslední podobnou oblastí zkoumanou v rámci analýzy byly problémy spojené s výkonem činností ZSP. Jako problematické shodně v obou výzkumech ZSP uvedli tyto oblasti: stále přibývající administrativu, nedostatek času na pacienty, nedocení sociální práce ze strany zaměstnavatele, nedostatečnou prestiž profese, nedostatečné financování sociálních činností ve zdravotnictví, nemožnost poskytování a získávání informací o pacientech (omezeno zákonem o svobodném poskytování informací), chybí možnost supervize a konzultací. Uvedeny pouze problémy a oblasti, které se shodují v obou výzkumných šetřeních (ČAS, sekce zdravotně sociální 2008).

Na základě srovnání výsledků výzkumného šetření v rámci této diplomové práce a analýzy z roku 2008 lze konstatovat, že stále přetrvávají i po šesti letech obdobné problémy v práci ZSP, které jsou obecně problémové pro ZSP, nejen pro ZSP oddělení ochranných léčeb.

V rozporu s jiným výzkumným šetřením, s výzkumem Kopřivy, který zkoumal, jaké tři nejdůležitější schopnosti by si přáli klienti domovů pro seniory u sociálních pracovníků, je zjištění autorky práce. V Kopřivově šetření klienti na prvním místě v očekávání a nejdůležitějších schopnostech u sociálních pracovníků uvedli náklonnost (62 %), dále trpělivost (47 %), vcítění (42 %), až na čtvrtém místě se objevila odbornost (36 %) (Kopřiva 2006, s. 15). Pro autorku práce bylo zajímavé a překvapující, že v jejím šetření klienti vůbec neuváděli osobnostní vlastnosti z oblasti náklonnosti, trpělivosti, empatie apod. Z osobnostních vlastností očekávali: spolehlivost, důvěru, pravdu. *...Já vím, že jí nezapadne dopis, protože ona to nemá jenom na stole, ale v hlavě a to je důležité. Očekávám, a to ona má, spolehlivost* (J). Spolehlivost, pravdomluvnost, důvěru jako důležité v kontaktu se ZSP uváděli i ostatní klienti. Lze polemizovat, zda empatické a vstřícné chování pro klienty není důležité, anebo vzhledem k jejich výpovědím je pro ně slušné, příjemné, vstřícné a profesionální chování ZSP samozřejmostí. Dokonce ani členi týmu neuváděli jako důležitou složku práce ZSP s klienty empatii. Ale u této skupiny se tato oblast mohla ukrýt za očekávání vyzrálé osobnosti, schopnosti vhodné komunikace s klienty, terapeutického přístupu k pacientům.

K vyhodnocení první výzkumné otázky, kdy byly mapovány činnosti ZSP na oddělení ochranných léčeb, lze říci, že činnosti jsou zákonnými normami ve srovnání s nedávnou minulostí mnohem lépe vymezeny. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních vymezuje činnosti ZSP pouze obecně v rozsahu: preventivních, diagnostických, rehabilitačních činností a ošetrovatelskou péčí v oblasti sociálních potřeb pacienta. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků již tyto činnosti specifikuje podrobněji, jednak obecně pro všechny zdravotnické pracovníky a následně taxativně určuje činnosti speciálně pro ZSP. Tato vyhláška se promítla do náplně práce ZSP na oddělení ochranných léčeb v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech, kdy byla rozšířena o některé činnosti podle potřeb zařízení. Tyto dokumenty nejsou ve vzájemném rozporu. Diskutovat lze snad jen nad rozšířením náplně práce o nákupy pro pacienty a vydávání kapesného pacientům. Zde lze diskutovat, ke kterým činnostem zákonnými normami popisovanými lze nákup a vydávání kapesného pacientům zařadit. Snad při širším pohledu na potřeby pacientů lze tyto činnosti zařadit mezi ošetrovatelskou péčí v oblasti sociálních potřeb pacienta (dle zákona o nelékařských povoláních). Nákupy pacientům se ukázaly jako oblast k diskuzi o přenositelnosti kompetencí i při dotazování u skupin multidisciplinárního týmu a klientů. Také oni uváděli tyto činnosti u ZSP jako přenositelné na někoho jiného, např. ošetřující tým. Naopak ošetřující tým nákupy a výplatu finančních prostředků kladl vedle zajištění kontaktu s rodinou a vyřizování administrativy na první místa v důležitosti činností, které ZSP vykonávají. Při diskuzi tohoto problému je důležitá z pohledu autorky práce případně otázka obsahu nákupů. Při zvažování možnosti přenositelnosti kompetencí v oblasti nákupů je na zvážení jejich rozdělení mezi ošetřující a ZSP. Klientům jsou zajišťovány, dle výpovědí respondentek, běžné nákupy, např. káva, cigarety, tabák, hygienické potřeby, přilepšení ke stravě, sladkosti, uzeniny apod. Je na zvážení, zda tento typ nákupů by mohl vykonávat ošetřující personál. Nákupy méně časté, finančně náročnější a mimo areál nemocnice, např. oblečení, obuv, kompenzační pomůcky apod., by mohly nadále vykonávat ZSP. Návrhem řešení problematiky se autorka bude zabývat v návrzích pro praxi v kapitole č. 19.

Z vyjádření respondentů je zřejmé, že mezi nejčastější činnosti ZSP patří vyřizování administrativních úkonů, ať již spojených s výkonem OL, nebo s hospitalizací či sociální situací klientů. Tyto administrativní činnosti jsou současně považovány za časově nejnáročnější. Všechny skupiny respondentů administrativní

činnosti uvedly jako důležitou a odbornou součást práce ZSP a jako oblast nepostradatelných činností pro klienty a oddělení.

Podnětným pro další opatření se ukázalo zjištění o pocíťování nedostatku v předávání informací mezi ZSP a ošetřujícím personálem, které vyjádřila jedna z respondentek. Ačkoliv šlo pouze o ojedinělé vyjádření v tomto smyslu, je otázkou, zda si na tento problém nikdo jiný nevzpomněl, nebo je to problém dotazované respondentky. Toto zjištění se promítlo do navrhovaných opatření v kapitole č. 19.

Z oblasti odborných činností ZSP klienti oceňovali znalost jednání se soudy a pomoc ZSP při soudních jednáních. S ohledem na to, že jde o klienty oddělení ochranných léčeb, lze předpokládat, že jde o důležitou část podpory klientům. Klienti pomoc ZSP při jednáních oceňovali jako pro ně důležitou pomoc a podporu. *U soudu je s námi člověk, který ví, co dělat, co říkat, umí se za nás i poprat (J).*

Ve skupině multidisciplinárního týmu zaujalo autorku práce vyjádření všech členů týmu, že vnímají ZSP jako zdroj jiného pohledu na pacienta, který je velmi důležitý pro výkon jejich profese. Tuto nepostradatelnost a důležitost pro tým si uvědomila pouze jedna ze ZSP a i autorku práce překvapila.

Za zamyšlení v této části práce jistě stojí také zjištění při dotazování u skupiny klientů, že přes podrobné doptávání neuvedli spoustu činností, které s nimi ZSP skutečně v průběhu hospitalizace vykonávaly (dle sociální dokumentace o klientech, viz přílohy 7-12, kazuistiky klientů). Důvodem mohla být délka hospitalizace, klienti si na tyto činnosti již nevzpomněli. Jako vysvětlení se nabízí, že některé činnosti považují klienti za samozřejmé, a proto je neuvedli.

Autorku práce dále zaujal názor ZSP, že klienti od nich chtějí *často zázrak. Mnohdy si myslí, že mám řešení na každý problém a to ještě bez práce...*(M). Zde by bylo zajímavé bližší zkoumání, zda jde pouze o pocit ZSP, či zda to takto vnímají i klienti. Dle zkušeností autorky práce z praxe se nabízí ještě vysvětlení tohoto pocitu s ohledem na diagnostickou skupinu klientů oddělení ochranných léčeb, kdy jde velmi často o klienty s těžkou poruchou osobnosti, emočně nestabilní, nezdrženlivé, klienty s maladaptivními vzorci chování apod.

Za zastavení u výsledků výzkumného šetření stojí fakt, že multidisciplinární tým a klienti nepožadovali změny v poskytovaných činnostech, v denním harmonogramu, všeobecně ve spolupráci se ZSP. ZSP ale tuto oblast viděly odlišně, postrádají pochvalu a ocenění, lepší finanční ohodnocení, lepší prestiž své profese. Jedna ze ZSP dokonce

nejvíce postrádá motivaci klientů pracovat na sobě a snahu něco ve svém životě změnit. I opatření a návrhy změn u ZSP zaznělo několik: potřebnost supervize, opatření pro zlepšení bezpečnosti personálu, změny v oblasti kompetencí (návrhy opatření v kapitole č. 19). ZSP projevily zájem i v možnosti více pracovat přímo s klienty, mít časový prostor pro nácvik sociálních dovedností klientů, mít možnost ve větším rozsahu provádět sociální šetření apod. Všechny tyto, v poslední části uváděné činnosti, spadají do jejich činností dle zákonných norem a do činností typických pro odbornost sociálního pracovníka.

18 Shrnutí výsledků

Cílem diplomové práce v empirické části bylo zmapování činností, které ZSP na oddělení ochranných léčeb vykonává na základě existujících zákonných norem, náplně práce ZSP na oddělení ochranných léčeb v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech a výpovědi respondentů ze skupiny samotných ZSP, multidisciplinárního týmu a klientů.

Prvním cílem diplomové práce bylo zmapovat činnosti ZSP na oddělení ochranných léčeb na základě prostudovaných zákonných norem, náplně práce a dat získaných interview a expertním dotazováním jednotlivých skupin. Bylo zjištěno, že náplň práce ZSP na oddělení ochranných léčeb je v souladu s vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Náplň práce je pouze rozšířena o některé činnosti vycházející ze specifických potřeb organizace a oddělení. Z rozhovorů a expertního dotazování zjištěno, že ZSP na oddělení ochranných léčeb vykonávají především administrativní činnosti spojené s výkonem ochranné léčby, ostatní administrativní činnosti spojené s péčí o klienty, přímou prací s klienty a běžné každodenní činnosti. Také tyto respondenty uvedené činnosti ZSP jsou v souladu se zákonnými normami a náplní práce.

Druhý cíl empirické části práce je zaměřen na zkoumání očekávání od činností ZSP na oddělení ochranných léčeb samotnými ZSP, multidisciplinárním týmem a klienty. U všech těchto tří skupin respondentů byly zkoumány čtyři základní oblasti a to: „Nejdůležitější činnosti zdravotně sociálních pracovníků“, „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“, „Odborné a zbytečné činnosti“, „Očekávání, co schází, navrhované změny“.

ZSP za důležité činnosti ve své práci považují všeobecně veškerou pomoc při řešení sociálních problémů klientů. Jako hlavní činnosti uvedly např. zajištění klientů po propuštění, vedení klientů k samostatnosti, nacvičování sociálních dovedností klientů, pomoc při obnovení vztahu s rodinou. To vše vnímají jako základní náplň své práce. Za nepostradatelné a nezastupitelné pro oddělení se považují v oblasti znalostí práva, práva z trestní oblasti, znalostí systému sociálního zabezpečení, znalostí v oblasti finanční gramotnosti a dluhové problematiky, znalostí v oblasti kontaktů na různé úřady a umění tyto úřady propojovat a vést jejich vzájemnou spolupráci a provázanost. Ovšem ze strany organizace je dle jejich názorů kladen především důraz na povinnosti spojené se zajištěním administrativy, termínů, „razítek“ a dobře vedené dokumentace. Což ony vnímají též jako důležité, ale mnohem důležitější je pro ně přímá práce s klientem a řešení jeho problémů.

Spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu považují ZSP za bezproblémovou a fungující. Nevnímají problém v možnosti komunikovat s kýmkoliv a kdykoliv potřebují v rámci týmu. Při cíleném dotazu na možnosti prolínání kompetencí v rámci různých pracovních postů v týmu ZSP sdělily, že takovéto činnosti skutečně existují, ale nepovažují to za problém, vždy se s kolegy domluví. ZSP mají v rámci týmu pocit, že na ně ostatní členové týmu nahlíží jako na odborníky ve své profesi.

K oblasti zkoumání „Odborné a zbytečné činnosti“ se respondentky vyjádřily, že za nejvíce odborné činnosti ve své praxi považují diagnostiku sociální situace klienta, návrh řešení jeho situace, pomoc dle jeho potřeb, znalost právní problematiky klientů, jednání s úřady sociálního zabezpečení, finanční poradenství a sociální šetření. Blíže k tomuto všechny tři pracovnice sdělily, že za velmi důležitou, nezbytnou a odbornou část své práce považují sociální šetření, ale bohužel pro nedostatek času, ale i finančních prostředků je téměř nevykonávají. K činnostem, které naopak vykonávají zbytečně, ZSP uvedly, že si myslí, že úplně zbytečně nevykonávají žádné činnosti. Ovšem jsou činnosti, ve kterých jsou, dle jejich názoru, zastupitelné. Mezi tyto činnosti řadily: nákupy klientům, vyplácení finančních prostředků klientům, rovnání chorobopisů. V jiné části práce uvedly též jejich možnou zastupitelnost v oblasti vyřizování některých administrativních úkonů, např. různá pravidelná hlášení úřadům, odesílání korespondence jiných členů týmu, odesílání propouštěcích zpráv apod. V případě odebrání zmiňovaných kompetencí by ZSP rády vykonávaly ve větší míře přímou práci s klienty, nácvik sociálních dovedností klientů a sociální šetření.

K poslednímu tématu zkoumání, co si myslí, že je od nich očekáváno, a co postrádají ve své práci, případně jaké navrhnou změny, uváděly, že klienti od nich očekávají „zázrak, pokud možno bez práce“, dále finanční zabezpečení (finanční zabezpečení klientů uvedli také respondenti zbývajících dvou skupin). Lékaři, dle jejich názoru očekávají finanční a právní poradenství pro klienty, zajištění klienta po propuštění, zajištění povinností spojených s výkonem ochranné léčby, zajištění kontaktu s rodinou. Dle ZSP pro psychology jsou zdrojem informací a také spolupracovníky při jednání s rodinou a komunitními organizacemi následné péče. Dle názorů ZSP ošetřující tým od nich čeká především zajištění klientů finančními prostředky a nákupy.

Ve své práci ZSP postrádají zejména pochvalu a ocenění, lepší finanční ohodnocení, lepší prestiž profese, snazší přístup k informacím o klientech, lepší vybavení a motivaci klienta na sobě pracovat. Z navrhovaných změn uváděly respondentky zavedení supervize, přenesení některých kompetencí na jiné členy týmu (nákupy klientům, vyplácení kapesného klientům, některé administrativní úkony).

Respondenti multidisciplinárního týmu ke zkoumané problematice sdělovali, že si neumí představit oddělení ochranných léčeb bez ZSP, vnímají ji jako důležitou a nezbytnou součást komplexní péče o klienty. Nepostradatelné jsou pro ně především při vyřizování administrativních činností, zabezpečení sociálních záležitostí klientů, pro znalosti struktury jiných organizací a problematiky, koho kontaktovat. Důležité pro členy týmu při spolupráci se ZSP jsou její spolehlivost, odbornost, schopnost vzájemné komunikace, osobnost a jiný pohled na pacienta.

K tématu denního harmonogramu a spolupráce v týmu se respondenti týmu vyjádřili, že denní harmonogram oddělení je dán, jeho změna vzhledem k návaznosti programů není prakticky možná (shodně vypovídaly i ZSP). K práci na pomezí oborů uvedli, že takové práce téměř nejsou, neboť pracovní náplň každého je dána jeho náplní práce, denním harmonogramem a standardy zařízení. Také členové týmu vnímají vzájemnou spolupráci jako fungující, tým jako spolupracující a předávání informací považují za dostačující. Pouze jedna z respondentek uvedla problém s předáváním informací.

Odborné činnosti v práci ZSP vidí tým ve všech činnostech, které vykonávají. Při požadavku na konkrétnější specifikování uváděli respondenti: administrativní činnosti spojené s výkonem ochranné léčby, znalost právní problematiky výkonu

ochranné léčby, komunikaci s úřady a soudy a administrativu. Mezi odbornými činnostmi psychologové obou oddělení dále uvedli: komunikační dovednosti a metody sociální práce jako takové. Při dotazování na činnosti zbytečné, shodně jako ZSP, respondenti uvedli, že žádné činnosti nejsou zbytečné, ale existují činnosti, které by dle jejich názorů mohly být delegovány na jiné členy týmu. Mezi tyto činnosti zařadili: nákupy pacientům a výdej finančních prostředků pacientům. Objevil se zde taktéž názor některých členů týmu, že ZSP vykonávají za klienty činnosti, které by si klienti mohli obstarat sami, které jsou nad rámce jejich kompetencí (např. nákupy mobilních telefonů, dobíjení kreditů, ale i obstarání některých úředních záležitostí, jako vyřízení osobních dokladů apod.).

Při dotazování na očekávání od ZSP se nejčastěji respondenti shodli na odpovědi zabezpečení potřeb pacientů, následně je pro ně důležitý terapeutický přístup k pacientům, spolehlivost, odbornost, samostatnost. Na rozdíl od ZSP by členové týmu nechtěli žádné změny, nepocitují žádný nedostatek ve škále nabízených činností.

Při výběru klientů pro výzkumné šetření byla zvolena dvě kritéria: délka trvání výkonu ochranné léčby (2letá zákonná lhůta) a druh ochranné léčby. Autorka práce se domnívala, že délka hospitalizace a druh ochranné léčby budou mít vliv na očekávání klientů. Ani jedno z těchto kritérií se při vyhodnocování dat neukázalo jako významné, mající vliv na očekávání klientů od činností ZSP. Třetí, poslední skupina respondentů klienti uvedli, že ZSP by jim nejvíce scházela při pomoci s vyřizováním úřední korespondence, jednání s úřady, výběru finančních prostředků a zajištění finančních prostředků. Někteří z klientů si umí představit, že by ZSP na oddělení nebyla, myslí si, že by si dokázali své záležitosti vyřídit sami, ale bylo by to pro ně těžké. Tito i jiní klienti se vyjádřili, že ale ne všichni by si zvládli své záležitosti vyřídit sami, a proto vidí ZSP jako nezbytnou součást pečujícího týmu. V okruhu otázek na důležitost při styku s ZSP klienti sdělovali, že za důležité považují říkat si pravdu, přestože je nepříjemná, a překvapivě pro autorku práce klientům záleží rovněž na tom, jak před ZSP klienti vypadají, co si o nich ZSP myslí. Z osobnostních vlastností klienti stejně jako tým uváděli spolehlivost, důvěru a odbornost. Nepostradatelná pro klienty je ZSP především v zajištění finančních prostředků a v tom, že jim pomáhá.

Tým klienti vnímají jako spolupracující, fungující, předávající si informace a tzv. „táhnoucí za jeden provaz“. Klienti oceňují, že je tým vnímá, věří jim, vyslechne je. Jeden z klientů sdělil, že ZSP vnímá jako úřad a jiný jako nejzatíženější z týmu.

Při mapování situace klientů v možnostech setkání se ZSP, místě setkávání, času setkávání a znalosti problematiky, s čím se obrátit na ZSP bylo zjištěno, že klienti se orientují v tom, s jakou problematikou mohou přijít za pracovníci. Vyhovuje jim místo setkávání, doba setkávání a nepožadují změny v této oblasti. Klienti znají, jak ZSP mohou kontaktovat.

Klienti mezi odborné činnosti ZSP řadí především administrativní úkony, shodně jako tým. Dále považují za odborné činnosti znalost soudní a právní problematiky, zajištění finančními prostředky a orientovanost v oblasti sociálního zabezpečení, profesionální jednání, jednání s úřady, zajištění dokladů a ubytování. Stejně jako tým a ZSP si také někteří klienti myslí, že zbytečně ZSP nevykonávají žádné činnosti. Jsou ale dle nich činnosti, které by mohl vykonávat někdo jiný z týmu, případně by si je mohli zajistit sami, např.: nákupy pro pacienty, některé pohovory, o kterých vědí, že by s nimi měli jít za jinými členy týmu, a sami uznávají, že jsou činnosti, které by si mohli zaopatřit sami.

Při dotazování na návrh změn ve spolupráci se ZSP klienti neměli téměř žádné požadavky. Jeden z klientů vyslovil přání zavedení autogenních tréninků, která dříve bývala na oddělení, což nespadá do kompetencí ZSP, a druhý klient projevil zájem o setkávání se mimo oddělení. Toto přání, vzhledem k tomu, že šlo o klienta ze sexuologického oddělení, je těžko akceptovatelné. Ostatní klienti neprojevili zájem o jakékoliv změny a neměli ani požadavky na rozšíření nabízených služeb a činností ZSP. Klienti současně uvedli, že jejich očekávání, která měli od postu a role ZSP, se naplnila, a to nad rámec jejich očekávání. Jako hlavní očekávání od ZSP klienti uváděli: pomoc v dluhové problematice, pomoc při vyřízení dokladů, pomoc s administrativou, spolupráci, pomoc se zajištěním finančních prostředků a pomoc při propuštění.

Je zjevné, že v některých oblastech zkoumání se všechny tři skupiny respondentů shodly. Asi nepatrnější je rozdíl v oblasti navrhovaných změn, kdy ZSP uvedly několik nápadů ke změně, ale skupina multidisciplinárního týmu a skupina klientů nemá potřebu ve vzájemné spolupráci cokoliv měnit. Ostatním zajímavým oblastem a případným rozdílům ve výsledcích výzkumného šetření se věnuje kapitola diskuze výsledků č. 17.

19 Navrhovaná doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření jsou autorkou práce navržena tato doporučení pro praxi:

- 1) **supervize:** ZSP, které nemají možnost supervizí, se vyjádřily, že by měly o supervizní konsultace zájem. Supervize jsou bezpochyby důležitou, ne-li nezbytnou součástí vykonávání pomáhající profese. Existuje spousta teoretické literatury a výzkumných šetření potvrzujících důležitost supervizí v pomáhajících profesích. Ve většině zařízení dle názoru autorky práce není důvodem absence supervizí neochota zaměstnavatele takovouto činnost povolit, ale finanční stránka. Všechny organizace, též Psychiatrická nemocnice v Kosmonosech, se snaží šetřit finanční prostředky. Supervize ve zdravotnictví v současné době není zákonem nařízena, nemusí ji tedy zdravotnické zařízení svým zaměstnancům poskytovat. Pokud ZSP mají zájem o supervizi, je na jejich zvážení, o jaký typ supervize by měly zájem. Jeví se jako vhodné, aby ZSP z oddělení ochranných léčeb oslovily ZSP z jiných oddělení a prodiskutovaly s nimi, zda mají též zájem, zda by vnímaly jako přínosnější supervizi v rámci skupiny ZSP, či v rámci multidisciplinárních týmů svých oddělení. K zvážení přichází rovněž varianta individuálních supervizí. Z přesné definice supervizní zakázky lze následně vycházet při financování supervize. Je možné oslovit s jasnou zakázkou a odůvodněním management zařízení. Pokud by se nepodařilo získat finanční prostředky od organizace, možným způsobem financování supervize je společná úhrada z vlastních finančních prostředků ZSP.
- 2) **předávání informací:** jako další důležitý výsledek výzkumného šetření se autorce jeví poukázání na pociťování nedostatku při předávání informací o klientech mezi ošetřujícím personálem a ZSP. Ačkoliv na tento problém poukázala pouze jedna respondentka, autorka práce se domnívá, že je třeba tomuto tématu věnovat pozornost, neboť to může velmi podstatně narušit spolupráci v týmu a především komplexnost péče o klienty. Proto autorka práce doporučuje provedení podrobnějšího šetření (ať již v dotazníkové podobě, či prostřednictvím rozhovorů) na téma předávání informací v rámci celého týmu. Na základě tohoto šetření by bylo možno učinit závěr, zda šlo o ojedinělý problém, který je třeba řešit s konkrétním člověkem (např. sestra se neumí orientovat ve způsobu předávání informací, ve zdrojích, jejichž prostřednictvím se informace předávají apod.), nebo zda jde o problém, který vnímá více členů týmu, a je třeba komplexnější řešení problému,

změnit způsob setkávání členů, obsah porad týmu, zpřístupnění informací v rámci počítačového informačního systému o klientech apod.

- 3) provádění nákupů a vyplacení finančních prostředků klientům:** ZSP, multidisciplinární tým i klienti se shodli, že nákupy pacientům jsou minimálně spornou oblastí, která spadá do pracovních povinností a kompetencí ZSP. Respondenti sami uváděli, že jde o činnost, která by mohla být přenositelná na ošetřující personál. ZSP se domnívají, že též výplata pravidelného drobného kapesného je přenositelná na ošetřující personál. Návrhem řešení situace je oslovení a návštěva psychiatrických nemocnic, ve kterých vykonává tyto činnosti ošetřující personál. Zjistit pozitiva a negativa takto prováděné praxe. Srovnat s pozitivy a negativy současné praxe, kdy činnosti vykonávají ZSP. Na základě vyhodnocení možných rizik, výhod a nevýhod se následně snažit situaci prodiskutovat s celým multidisciplinárním týmem. Nabídkou za odebrání těchto činností ZSP je možnost více přímo pracovat s klienty, především provádět sociální šetření a pomáhat klientům při nácviku sociálních dovedností, při zmocňování klientů. Nepochybně by tato změna byla možná také na jiných odděleních v rámci celé nemocnice, nejen na oddělení ochranných léčeb.
- 4) administrativní pracovnice:** posledním návrhem pro praxi je zvážení možnosti zavedení pracovního postu administrativní pracovnice v rámci zařízení. Jak již autorka práce uvedla, v některých psychiatrických nemocnicích existuje post administrativní pracovnice/dokumentaristky. Proto obdobně, jako v případě možnosti změny způsobu organizování nákupů a výplaty finančních prostředků klientům, rovněž zde autorka práce navrhuje navštívit psychiatrické nemocnice, kde mají obsazen post administrativní pracovnice/dokumentaristky. Zjistit, které činnosti tato pracovnice vykonává, jak je zabezpečena ochrana dat klientů a jak v praxi probíhá spolupráce v rámci týmu při zadávání činností těmto pracovnícím. Jaké jsou klady a zápory této pracovní pozice v praxi. Na základě tohoto opět prodiskutovat s managementem nemocnice možnost zavedení navrhované pracovní pozice, přenositelnost kompetencí ZSP, jistě kompetencí také jiných profesí na administrativní pracovníci. Argumentem pro management by mohlo být zlepšení péče o klienty, kdy ZSP, jak samy v rámci výzkumného šetření uváděly, by měly více času na přímou práci s klienty, se všemi pozitivy již vícekrát uvedenými. Druhým, jistě pádnějším argumentem, by mohlo být ušetření finančních prostředků

pro zařízení. Pracovní pozice administrativní pracovnice by velmi pravděpodobně byla mnohem méně finančně ohodnocena než odborný zdravotně sociální pracovník. Nahrazení zdravotně sociální pracovnice administrativní pracovnící by se mohlo jevit v první chvíli jako ohrožující pro ZSP. Ale situaci lze řešit postupně, např. při odchodu ZSP do starobních důchodů, nahrazovat již administrativní pracovníci apod.

Autorka práce si je vědoma, že především v případě posledních dvou návrhů změn pro praxi jde o návrhy z pohledu ZSP žádoucích, ale případně je také ohrožujících snížením jejich počtu. Management zařízení by po odebrání některých jejich činností (administrativních apod.), mohl snížit jejich počet. Což by v praxi pro ně nemělo význam, protože by jim tím nevznikl prostor pro přímou práci s klienty, který uvádějí jako hlavní důvod změn. Zároveň jakékoliv změny v pracovních týmech, kdy dojde k přesunu kompetencí, odebrání kompetencí v jedné profesi a jejich předání jiné, je značně nepopulární a minimálně po určitou dobu naruší vztahy v rámci pracovního kolektivu. Proto vidí autorka práce jako nezbytné navštívit nemocnice, kde je tato praxe již zavedena, zjistit pozitiva a negativa této praxe, prodiskutovat v rámci kolektivu ZSP a teprve poté oslovit management s návrhem případných změn, nabídkou možností řešení a vysvětlením pozitiv změn.

Obecnějším a svým výsledkem zajímavým návrhem pro praxi v oblasti činností ZSP s klienty v ochranných léčbách by bylo provedení podobného výzkumného šetření zaměřeného na činnosti ZSP u ZSP na odděleních ochranných léčeb v ostatních psychiatrických nemocnicích. Výsledek tohoto šetření by mohl být základem pro jakousi obecnou metodiku či standardy práce ZSP na oddělení ochranných léčeb a zároveň sjednocením praxe při poskytování péče o klienty v oblasti zdravotně sociální.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem činností zdravotně sociálních pracovníků na oddělení ochranných léčeb. Jde o oblast sociální práce, která pokud je autorce známo, doposud nebyla zkoumána. Ani teoretická literatura se ve větší míře nevěnuje přímo tématu zdravotně sociální práce s klienty oddělení ochranných léčeb. To byl jeden z důvodů, proč si autorka toto téma vybrala. Zajímalo ji, jaké činnosti zdravotně sociální pracovníce na takovémto oddělení vykonávají, zda a jak jsou jejich činnosti vymezeny. Dále ji zajímalo, jaká mají očekávání od role zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb samotné zdravotně sociální pracovníce zde pracující, jejich kolegové a klienti, kterým péči poskytují.

Práce je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je pozornost věnována vymezení obecných pojmů sociální práce a sociální pracovník. Následně jsou specifikovány pojmy zdravotně sociální práce a zdravotně sociální pracovník, a to z pohledu historického, legislativního, jsou vymezeny teorie a metody sociální práce, z kterých především zdravotně sociální pracovníci vycházejí, tedy i zdravotně sociální pracovníci na oddělení ochranných léčeb. Poslední kapitoly teoretické části jsou věnovány institutu ochranné léčby a zabezpečovací detence. Podrobně je věnována pozornost legislativnímu rámci těchto institutů, důvodům ukládání ochranné léčby, druhům a formám ochranné léčby, délce jejího trvání, místům výkonu apod. Obdobně je zpracováno též téma zabezpečovací detence.

Empirická část se již věnuje metodologii výzkumu a samotnému výzkumnému šetření, v kterém byly stanoveny dvě základní výzkumné otázky: „Jaké činnosti vykonávají zdravotně sociální pracovníci na oddělení ochranných léčeb?“ a „Jaké činnosti očekávají jednotlivé zkoumané skupiny od zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb?“ Výzkumné šetření probíhalo v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech, kde sama autorka práce pracuje na pozici zdravotně sociální pracovníce. Výzkumné šetření probíhalo na dvou odděleních ochranných léčeb mužů. Výzkumného šetření se zúčastnili respondenti obou oddělení, byli vybíráni dle kritérií uvedených v metodologické části práce.

Pro zpracování vybraného tématu a výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní metoda, která se při samotném výzkumném šetření ukázala jako vhodně zvolená jak pro oblast sběru dat, tak pro oblast jejich vyhodnocení. Pro sběr dat byly zvoleny

metody: studium dokumentů, polostrukturované interview a expertní dotazování. K vyhodnocení dat byla zvolena také kombinace několika metod, a to: analýza dokumentů, prostý výčet a metoda vytváření trsů.

Zpětně autorka práce vyhodnotila zvolené metody pro zpracování tématu jako správné. Pozitivním se při samotném průběhu výzkumného šetření ukázala rovněž volba zařízení, ve kterém autorka práce je zaměstnána. Výhodou bylo především to, že se s respondenty znala, byli ochotnější poskytnout interview a expertní rozhovory, sami uváděli, že „pro cizího by to nedělali“. Jako pozitivum se to ukázalo též u klientů oddělení ochranných léčeb, kteří nemají rádi nové lidi, změnu prostředí apod. Naopak prostor jim individuálně daný a nabídnuté pohoštění mělo bezpochyby vliv na jejich otevřenost a ochotu spolupracovat. Vhodnost této volby nepřímo potvrdily i oslovené zdravotně sociální pracovnice v předvýzkumu z jiných nemocnic, které měly obavu, že se nepodaří najít klienty ochotné poskytnout rozhovor, protože autorku práce neznají a je těžké je motivovat k činnosti, kterou nemusí.

Jednotlivé skupiny respondentů byly dotazovány na čtyři základní zkoumané oblasti: „Nejdůležitější činnosti ZSP“, „Spolupráce v týmu, denní harmonogram“, „Odborné a zbytečné činnosti“ a „Očekávání, co schází, navrhované změny“. Dotazy pro zkoumané oblasti byly vždy přizpůsobeny specifikům jednotlivých skupin.

Z výsledků výzkumného šetření na dané téma vyplynulo, že zdravotně sociální pracovnice jsou důležitou a nezbytnou součástí komplexní péče o klienty a důležitým členem multidisciplinárního týmu. Na tomto tvrzení se shodly obě skupiny, multidisciplinární tým i klienti. Samotné zdravotně sociální pracovnice mají pocit, že na ně tým nahlíží jako na odborníky ve svém oboru.

Mezi odborné činnosti u zdravotně sociálních pracovníků respondenti řadili především různé administrativní úkony spojené s výkonem ochranné léčby, ale také s vyřizováním jiných úředních záležitostí. Dále u zdravotně sociálních pracovnic oceňovali znalost právní problematiky, systému sociálního zabezpečení, struktury organizací a problematiky koho a kdy kontaktovat, dovednosti v oblasti komunikace s klienty a metody sociální práce, které mají.

Klientům ani členům multidisciplinárního týmu nescházejí v nabídce zdravotně sociálních pracovnic žádné činnosti, ani neprojeví zájem o jakékoliv změny ve spolupráci s nimi. Naopak zdravotně sociální pracovnice uvedly několik návrhů na změny ve své práci, především v přenosu kompetencí na jiné členy týmu. Dále

zdravotně sociální pracovníce postrádají ve své práci možnost supervize, pochvalu a ocenění, lepší finanční ohodnocení a prestiž své profese. Co by rády zdravotně sociální pracovníce nabídly ve větší míře klientům, je přímá práce s nimi, možnost ve větší míře nácviku sociálních dovedností s klienty a možnost sociálních šetření. Možnost sociálních šetření je v současné době dle jejich sdělení omezená z důvodů časových a finančních.

Klienti, tým a samotné zdravotně sociální pracovníce z dotazu na zbytečné činnosti se vyslovili, že zdravotně sociální pracovníce nevykonává žádné zbytečné činnosti, ale jsou činnosti, které jsou na hranici jejích kompetencí a jsou přenositelné na jiné členy týmu. Mezi tyto činnosti řadily všechny tři skupiny především nákupy pro klienty a vyplácení finančních prostředků klientům. Na základě tohoto tvrzení byla navržena opatření pro praxi pro řešení této situace.

Ze zkoumání je zřejmé, že paleta činností, které zdravotně sociální pracovníce na oddělení ochranných léčeb vykonávají, je velmi pestrá, zasahuje do všech oblastí sociální práce, o kterých se v teoriích a metodách sociální práce mluví a píše. Zdravotně sociální pracovníci těchto oddělení naplňují v určité podobě všechny kompetence popsané v teorii Havrdovou a specifikované Kutnohorskou, Cichou, Goldmannem pro zdravotně sociální pracovníky. Jejich činnosti spadají dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních do oblasti preventivní, diagnostické, rehabilitační. Provádějí depistáže, poradenství, intervence ve prospěch klientů apod., které jim určuje vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků. Jejich činnosti jsou v souladu s teoriemi o sociální práci i sociální práci ve zdravotnictví, se zákonnými normami a náplní práce. Z prováděných rozhovorů autorka práce nabyла dojmu, že jde o pracovníce prosociálně orientované, neustále zdůrazňovaly nezbytnost pomoci klientům, potřebu přímé práce s klienty, důležitost pomoci s tím, co klienta trápí, co potřebuje, individuálního přístupu. Přímou práci s klienty považují za to nejdůležitější a prioritní ve své práci, ale administrativu vnímají také jako nezbytnou a potřebnou součást své práce. Klienti při hodnocení spolupráce považovali zdravotně sociální pracovníce za profesionály, ochotné jim pomoci téměř s čímkoliv, co je trápí, jako lidi, které pro ně práci provádějí činnosti rády, věří jim a myslí si, že se na ně mohou spolehnout. Tým popsal zdravotně sociální pracovníky jako odborníky ve své profesi, mající své metody práce, vládnoucí komunikačními dovednostmi a kolegyně spolehlivé. Pro členy týmu je též důležitý jiný pohled zdravotně sociálních pracovníků na klienty.

Závěrem k postavení zdravotně sociálních pracovníků citát jednoho z respondentů, který dle autorky krásně a přesně vystihuje postavení zdravotně sociálních pracovníků v týmu při péči o klienty:

Nejpodstatnější je asi to, že jednotlivé složky toho života pacienta nebo jeho osobnosti se nedají od sebe oddělit. To znamená, že já, když pečuji o duši, lékař o tělo, tak k tomu patří i ta sféra sociální práce a ta je vlastně v kompetenci toho sociálního pracovníka. Takže je to takový komplexní balíček péče o pacienta, bez toho to nejde (R).

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BAJER, P., 2008. Sociální pracovníce v psychiatrickém zařízení je na úrovni zdravotní sestry. *Sociální práce/Sociálna práca*, roč. 2008, č. 1, s. 28-30. ISSN 1213-6204.
- BAJER, P., 2008a. Základom činnosti sociálneho pracovníka na psychiatrickej klinike je vytvorenie vzťahu spojenectví a dôvery. *Sociální práce/Sociálna práca*, roč. 2008, č. 1, s. 31-32. ISSN 1213-6204.
- BLATNÍKOVÁ, Š., 2010. *Problematika zabezpečovací detence* [online]. 1. vyd. Praha: KUFR. [vid. 27. 10. 2013]. ISBN 978-80-7338-106-6. Dostupné z: <http://lpxp.sweb.cz/381.pdf>
- *Criminal Justice Act 2003* [online]. 2003 [cit. 8. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/44/contents>
- ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M., 2008. Multidisciplinární tým. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 60-66. ISBN 978-80-247-2138-5.
- ČESKÁ ASOCIACE SESTER, SEKCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ, 2008. Analýza činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnictví 2008. In: *Česká asociace sester* [online]. [vid. 1. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/sekce-a-regiony/19/>
- DOSTÁLOVÁ, O., ŠIKLOVÁ, J., 2004 Sociální práce v paliativní medicíně. In: VORLÍČEK, J., AJ. *Paliativní medicína*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 485-504. ISBN 80-247-0279-7.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- GOJOVÁ, V., 2011. Komunitní práce. In: KUZNÍKOVÁ, I., aj. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 87-92. ISBN 978-80-247-3676-1.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2004. *Psychologický slovník*. 1. vyd. opr. dotisk. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HAVRÁNKOVÁ, O., 2003. Případová práce. In: MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 67-81. ISBN 80-7178-548-2.
- HAVRDOVÁ, Z., 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. 1. vyd. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.
- HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- CHRENKOVÁ, M., 2011. Sociální práce s rodinami. In: KUZNÍKOVÁ, I., aj. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 72-80. ISBN 978-80-247-3676-1.
- CHYTIL, O., 2011. Teoretické koncepty sociální práce. In: KUZNÍKOVÁ, I., aj. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 37-46. ISBN 978-80-247-3676-1.

- CHYTIL, O., MAHROVÁ, G., 2008. Metody sociální práce. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., aj. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 18-27. ISBN 978-80-247-2138-5.
- CHYTIL, O., MAHROVÁ, G., 2008a. Teoretické koncepty sociální práce. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., aj. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 9-13. ISBN 978-80-247-2138-5.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKER, 2012. Definition of Social Work. In: *IFSW* [online]. 08. 6. 2012 [vid. 17. 6. 2014]. Dostupné z: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- JELÍNEK, J., aj., 2010. *Trestní právo hmotné*. 2. vyd. Praha: Leges. ISBN 978-80-87212-49-3.
- *Juristischer Informationsdienst* [online]. 23. 4. 2014 [vid. 2. 7. 2014]. Dostupné z: <http://dejure.org/gesetze/StGB>.
- KALVODOVÁ, V., 2009. Právní následky trestného činu a činu jinak trestného dospělého, trestně právní alternativy. In: KRATOCHVÍL, V., aj. *Kurz trestního práva. trestní právo hmotné. Obecná část*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. s. 461-564. ISBN 978-80-7400-042-3.
- KODYMOVÁ, P., 2001. Sociální práce do druhé světové války. In: Matoušek, O., aj. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 111-117. ISBN 80-7178-473-7.
- KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.
- KOPŘIVA, K., 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.
- KRATOCHVÍL, V., aj., 2009. *Kurz trestního práva. Trestní právo hmotné Obecná část*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-042-3.
- KŘÍČKOVÁ, V., aj., 2007. Stanovisko výboru Sekce zdravotně sociální ČAS k návrhu vyhlášky MZČR o personálních minimálních požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení. Důvodová zpráva. In: *Česká asociace sester* [online]. [vid. 6. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/sekce-a-regiony/19/>
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, I., 2011. Sociální práce se skupinami. In: KUZNÍKOVÁ, I., aj. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 82-87. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KUZNÍKOVÁ, I., aj., 2011a. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LEVICKÁ, J., 2007. Kontrola a jej místo v sociálnej práci. IN: JANEBOVÁ, R., *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou. Sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 358-366. ISBN 978-80-7041-118-6.

- MAHROVÁ, G., 2008. Klient v sociální práci. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 27-39. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., aj., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MARKOVÁ, V., 2009. Mezinárodní konference Sekce zdravotně sociální ČAS, 23. 10. 2009. In: *Česká asociace sester* [online]. [vid. 1. 7. 2014]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/sekce/prebehle_akce_2009_1.pdf
- MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. Statistický přehled podle hlav a paragrafů za rok 2011, 1. a 2. část. In: *InfoData statistika a výkaznictví*. [online]. 2012 [vid. 19. 7. 2014]. Dostupné z: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. Statistický přehled podle hlav a paragrafů za rok 2012, 1. a 2. část. In: *InfoData statistika a výkaznictví*. [online]. 2013 [vid. 19. 7. 2014]. Dostupné z: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. Statistický přehled podle hlav a paragrafů za rok 2013, 1. a 2. část. In: *InfoData statistika a výkaznictví*. [online]. 2014 [vid. 19. 7. 2014]. Dostupné z: <http://cslav.justice.cz/InfoData/statisticke-rocenky.html>
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- NAVRÁTIL, P., 2001a. Druhy teorií v sociální práci. In: MATOUŠEK, O., aj. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 193-196. ISBN 80-7178-473-7.
- NAVRÁTIL, P., 2001. Současné pojetí a dilemata disciplíny. In: MATOUŠEK, O., aj. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 183-192. ISBN 80-7178-473-7.
- NAVRÁTIL, P., 2001b. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- NEČASOVÁ, M., 2003. Profesní etika. In: MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 21-49. ISBN 80-7178-548-2.
- PAVLOVSKÝ, P., aj., 2001. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0181-2.
- PROBSTOVÁ, V., 2005. sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, O., aj. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. s. 133-161. ISBN 80-7367-002-X.
- *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [vid. 05. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- ROONEY, R. H., 2009. *Strategies for Work with Involuntary Clients*. 2. vyd. New York, Chichester: Columbia University Press. ISBN 978-0-231-13319-7.

- ŘEZNÍČEK, I., 1994. *Metody sociální práce*. 1. vyd. dotisk. Praha: SLON. ISBN 80-85850-00-1.
- SOCIOLOGICKÉ PROJEKTY, 2014. Metody kvalitativního výzkumu. In: *Sociologické projekty, nechte si vytvořit výzkum na míru*. [online]. [vid. 2. 11. 2014]. Dostupné z: <http://haltmarova.cz/metody/kvalitativni/>
- SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V ČR, 2006. Etický kodex sociálních pracovníků ČR. In: *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. [vid. 5. 10. 2014]. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>
- ŠÁMAL, P., 2010. K úpravě ochranného léčení v trestním zákoníku. *Trestněprávní revue*, roč. 9, č. 4, s. 99-106. ISSN 1213-5313.
- ŠÁMAL, P., 2008. Ochranné léčení a zabezpečovací detence v návrzích trestního zákoníku a problémy s tím spojené. In: VANDUCHOVÁ, M., GRIVNA, T., *Pocta Otovi Novotnému k 80. narozeninám*. 1. vyd. Praha: Aspi, s. 341-372. ISBN 978-80-7357-365-2.
- ŠČERBA, F., 2011. *Alternativní tresty a opatření v nové právní úpravě*. 1. vyd. Praha: Leges. ISBN 978-80-87212-683-4.
- ŠČERBA, F., 2010. Ukládání trestně právních sankcí. In: JELÍNEK, J., aj. *Trestní právo hmotné*. 2. vyd. Praha Leges, s. 395-436. ISBN 978-80-87212-49-3.
- ŠIKLOVÁ, J., 2001. Sociální práce v našem státě od druhé světové války do současnosti. In: MATOUŠEK, O., aj. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha Portál, s. 139-153. ISBN 80-7178-473-7.
- TROTTER, Ch., 2006. *Working with Involuntary Clients: A Guide to Practise*. 2. vyd. London: Allen & Unwin. ISBN 9781741148299.
- ÚLEHLA, I., 2009. *Umění pomáhat*. 2. vyd. dotisk. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VURM, V., aj., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.
- WHO, 2014. Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – abecední seznam. Desátá revize aktualizovaná verze k 1. 4. 2014 (MKN – 10). In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. aktualizováno 1. 4. 2014 [vid. 19. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>
- WIKIPEDIE – otevřená encyklopedie [online]. Aktualizováno 4. 2. 2014 [vid. 2. 11. 2014]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Expertn%C3%AD_rozhovor

Zákony, vyhlášky, nařízení, instrukce, nálezy soudů:

- Instrukce Ministerstva spravedlnosti ze dne 3. prosince 2001, č. j. 505/2001-Org, kterou se vydává vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 8. In: *ASPI*. příloha č. 8, s. 154 – 156. Dostupné z: http://www.nkcr.cz/doc/VKR_k_1_1_2011.pdf

- Nález Ústavního soudu ČR ze dne 03. 11. 2004, sp. zn. IV. ÚS 502/02, N 166/35 SbNU 257. [online]. [vid. 20. 9. 2014]. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=43311&pos=1&cnt=1&typ=resul>
- Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2010, částka 76, s. 2642-2946 [vid. 5. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=222/2010&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Usnesení č. 2/1992 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 1992, částka 1, s. 17-24 [vid. 18. 7. 2014]. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1993/001-1993.pdf>
- Vyhláška č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39, s. 1687-1730 [vid. 3. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=99/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotně sociálních pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 20, s. 482-543 [vid. 4. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39, s. 1687-1730 [vid. 3. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=99/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Vyhláška č. 134/1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 1998, částka 46, s. 5674-6258 [vid. 4. 10. 2014]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=134/1998&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009, částka 11, s. 354-464 [vid. 18. 7. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2009/011-2009.pdf>
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činnosti souvisejících

s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 30, s. 1452-1479 [vid. 4. 10. 2014]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37, s. 1257-1289 [vid. 18. 7. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2006/037-2006.pdf>
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37, s. 1300-1304 [vid. 3. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=110/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37, s. 1305-1328 [vid. 3. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=110/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2008, částka 41, s. 1650 – 1672 [vid. 20. 9. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=129/2008&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 1961, částka 66, s. 513-576 [vid. 18. 7. 2014]. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1961/066-1961.pdf>
- Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 1992, částka 7, s. 161-176 [vid. 2. 10. 2014]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=37/1992&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2003, částka 79, s. 4030-4052 [vid. 20. 9. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka->

zakonu/SearchResult.aspx?q=218/2003&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online] 1999, částka 111, s. 7662-7681 [vid. 2. 10. 2014]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=359/1999&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131, s. 4730-4801 [vid. 3. 10. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131, s. 4802-4838 [vid. 18. 7. 2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/131-2011.pdf>

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Otázky pro zdravotně sociální pracovníce

Příloha č. 2 - Otázky pro multidisciplinární tým

Příloha č. 3 - Otázky pro klienty

Příloha č. 4 - Etický kodex sociálního pracovníka

Příloha č. 5 - Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

Příloha č. 6 - Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka

Příloha č. 7 - Kazuistika respondenta MR

Příloha č. 8 - Kazuistika respondenta V

Příloha č. 9 - Kazuistika respondenta M

Příloha č. 10 - Kazuistika respondenta J

Příloha č. 11 – Kazuistika respondenta ST

Příloha č. 12 – Kazuistika respondenta RO

Příloha č. 1 - Otázky pro zdravotně sociální pracovníce

Jaké činnosti vykonávají zdravotně sociální pracovníce na oddělení ochranných léčeb?

Jaké všechny činnosti na oddělení vykonáváte?

Pro rozpomenutí: Které činnosti jste vykonávala dnes? Které činnosti jste vykonávala v posledním týdnu? Jak vypadá váš typický pracovní den? Které činnosti považujete za specifické pro oddělení soudních ochranných léčeb?

Jaké činnosti očekávají jednotlivé zkoumané skupiny od zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb?

„Nejdůležitější činnosti ZSP“: Které činnosti považujete ve své práci za nejdůležitější? V čem myslíte, že jste pro oddělení nepostradatelná? Na co jste ve své práci pyšná? Které činnosti za vás musí kolegyně vykonávat v době zástupu?

„Spolupráce v týmu, denní harmonogram“: Jak vypadá vaše spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu? Je dané, co kdo máte dělat, pokud ano, čím? Jsou některé práce na pomezí vaší práce a ostatních členů týmu, pokud ano, které? Jak se potom domlouváte na rozdělení této práce, péče o klienty? Je to různé u jednotlivých klientů? Určujete si sama svůj časový harmonogram, co kdy budete dělat? Potřebovala byste pro svou práci určité změny v harmonogramu režimu oddělení? Které činnosti vám zaberou nejvíce času?

„Odborné a zbytečné činnosti“: Které činnosti ve své práci považujete za odborné a nemůže je poskytnout nikdo jiný v rámci týmu? Které činnosti považujete ve své práci za zbytečné? Které činnosti by bylo možné delegovat na někoho jiného? Na co by vám potom zbylo více času? Jsou odborné činnosti, kterým nemáte čas se věnovat? Jak se liší vaše faktická činnost na oddělení od toho, co byste podle vašeho názoru měla jako ZSP vykonávat?

„Očekávání, co schází, navrhované změny“: Co podle vás nejvíce očekávají jednotliví členové týmu lékař, psycholog, sestry, ošetřovatelé? Co podle vás nejvíce očekávají klienti od spolupráce s vámi? Co postrádáte ve své práci? Jaké změny byste uvítala?

Chtěla byste ještě uvést něco k zdravotně sociální pracovníci a zdravotně sociální práci na oddělení ochranných léčeb, co tu ještě nezaznělo?

Příloha č. 2 - Otázky pro multidisciplinární tým

Jaké činnosti vykonávají zdravotně sociální pracovníci na oddělení ochranných léčeb?

Které všechny činnosti pro vás nebo ve spolupráci s vámi vykonává zdravotně sociální pracovníci na vašem oddělení?

Pro rozpomenutí: V kterých činnostech jste dnes spolupracovali? V kterých činnostech jste spolupracovali v posledním týdnu? Zkuste si to vybavit podle klientů, oblastí?

Jaké činnosti očekávají jednotlivé zkoumané skupiny od zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb?

„Nejdůležitější činnosti ZSP“: Kdyby na oddělení zdravotně sociální pracovníci nebyla, co byste nejvíce postrádal? V čem je pro vaši práci činnost zdravotně sociální pracovníci nepostradatelná/důležitá, je-li nepostradatelná? Co je pro vás nejdůležitější ve spolupráci s ní? Čím vám zdravotně sociální pracovníci nejvíce šetří čas?

„Spolupráce v týmu, denní harmonogram“: Jak vypadá vaše spolupráce v multidisciplinárním týmu? Je dané, co kdo máte dělat, pokud ano, čím? Jsou nějaké činnosti na pomezí vaší práce a práce zdravotně sociální pracovníci, pokud ano, které? Jak se potom domlouváte na rozdělení této práce, péči o klienty? Je to různé u jednotlivých klientů? Jak vypadá vaše typická spolupráce v běžném pracovním dni?

„Odborné a zbytečné činnosti“: Které z činností považujete v její práci za odborné a nemůže je poskytnout nikdo jiný v rámci týmu? Které činnosti naopak v její práci považujete za zbytečné? Mohl by je případně vykonávat někdo jiný v týmu?

„Očekávání, co schází, navrhované změny“: Co nejvíce očekáváte od spolupráce se zdravotně sociální pracovníci? Co postrádáte ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci? Jaké změny byste uvítal ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci?

Chtěl byste/s ještě uvést něco k zdravotně sociální pracovníci a zdravotně sociální práci na oddělení ochranných léčeb, co tu ještě nezaznělo?

Příloha č. 3 - Otázky pro klienty

Jaké činnosti vykonávají zdravotně sociální pracovníce na oddělení ochranných léčeb?

Které všechny činnosti vykonává zdravotně sociální pracovníce na vašem oddělení?

Pro rozpomenutí: Které činnosti vykonala přímo pro vás? Co jste spolu řešili po přijetí? Co jste spolu řešili v poslední době? Co pro vás dělá zdravotně sociální pracovníce pravidelně každý den, nejčastěji?

Jaké činnosti očekávají jednotlivé zkoumané skupiny od zdravotně sociálního pracovníka na oddělení ochranných léčeb?

„Nejdůležitější činnosti ZSP“: Kdyby na oddělení zdravotně sociální pracovníce nebyla, co byste nejvíce postrádal? Když zdravotně sociální pracovníce na oddělení není, např. je nemocná, co se pro vás změní? Je pro vás zástup dostačující? Čím vám zdravotně sociální pracovníce nejvíce pomáhá? Je pro vás zdravotně sociální pracovníce v něčem nepostradatelná? Co je pro vás při jednání se zdravotně sociální pracovnící důležité?

„Spolupráce v týmu, denní harmonogram“: Jak vnímáte zdravotně sociální pracovníci v rámci celého týmu, který se o vás stará? Jsou nějaké činnosti, aktivity, které potřebujete a nevíte, koho máte v rámci týmu požádat, kdo to má na starosti? Máte možnost kontaktovat zdravotně sociální pracovníci každý den? Víte, s čím za ní můžete přijít? Jak to uděláte, když s ní potřebujete mluvit? Vyhovuje vám to nebo byste potřeboval, abyste se setkávali v jinou dobu a kdy? Kde probíhá vaše setkání? Vyhovuje vám to nebo byste potřeboval se setkávat jinde a kde?

„Odborné a zbytečné činnosti“: Jsou nějaké činnosti, které v práci zdravotně sociální pracovníce považujete za odborné a nemůže je dělat nikdo jiný v týmu? Jsou nějaké činnosti, aktivity, které v její práci považujete za zbytečné? Jsou činnosti, které dělá a vám by vyhovovalo více, kdyby je dělal někdo jiný v týmu?

„Očekávání, co schází, navrhované změny“: Co jste očekával od zdravotně sociální pracovníce, když jste přišel do nemocnice? Naplnila se vaše očekávání? Co nejvíce očekáváte od zdravotně sociální pracovníce? Co vám chybí v činnostech, které

vykonává? S čím by vám ještě mohla pomoci? Co byste ještě potřeboval z toho, co ona nenabízí? Jaké změny byste uvítal ve spolupráci s ní?

Chtěl byste ještě uvést něco k zdravotně sociální pracovníci a zdravotně sociální práci, co tu ještě nezaznělo?

Příloha č. 4 - Etický kodex sociálního pracovníka

ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR

1. Etické zásady:

- 1.1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny **v dokumentech relevantních pro praxi** sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.
- 1.2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.
- 1.3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.
- 1.4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.
- 1.5. Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2.1. Ve vztahu ke klientovi

- 2.1.1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.
- 2.1.2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.
- 2.1.3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.
- 2.1.4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.
- 2.1.5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty

o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2.1.6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2.2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2.2.1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2.2.2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2.2.3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2.3. Ve vztahu ke kolegům

2.3.1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2.3.2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2.4.1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2.4.2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2.4.3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2.4.4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2.4.5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2.5. Ve vztahu ke společnosti

2.5.1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

- 2.5.2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
- 2.5.3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
- 2.5.4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
- 2.5.5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.
- 2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech. Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou - kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace), - kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení, - kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití, - kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy, které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů – při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta, - při konfliktu klienta a jiného občana, - při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů, - při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností, - při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka, který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

- Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.
- Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

- Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

*Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006
a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.*

Příloha č.5 – Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a roveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotníci pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Příloha č. 6 - Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka

POPIS PRACOVNÍ ČINNOSTI

Jméno a příjmení:		Oddělení A 16		platnost popisu od: 1.10.2012	
název funkce: zdravotně-sociální pracovník			č. funkce	plat skup. tar. třída 10	
kvalifikace:					
Druh	školní vzdělání	odbor.praxe-roků	jazyk.znalosti-ostat.		
Předepsané	Zákon č. 96/2004 § 5 (v platném znění)				
Skutečné					
1. Pracovní charakteristika Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče oboru zdravotně-sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. Provádí složité zdravotně sociální činnosti bez odborného dohledu. Popis pracovní činnosti: Vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace - sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace pacienta včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizuje - podílí se na přípravě propuštění pacientů včetně zajištění další péče a služeb - spolupracuje v týmu - zúčastňuje se lékařských vizit a komunit - dodržuje práva pacientů a dbá na etiku zdravotnického pracovníka - provádí sociální šetření u pacientů a posouzení životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění či následkům - spolupracuje s orgány veřejné správy, soudy, policií, doprovází pacienta při soudních jednáních - vytváří podklady a hodnocení pro návrhy a správy k soudu, policii a úřadům státní správy - zajišťuje sociálně – právní poradenství - napomáhá k integraci pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů a k aktivní účasti na této integraci získává pacienty a jejich sociální okolí - dodržuje předpisy PO a BOZP - zúčastňuje se lékařských vizit - dodržuje práva pacientů a dbá na etiku zdravotnického pracovníka - zapracovává nové zaměstnance - zástup na oddělení § 9 a dále dle potřeby - vystavuje PN a vede agendu týkající se neschopenek - v případě úmrtí pacienta provádí odborné poradenství v sociální oblasti, u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím - poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, příkazy, metodickými pokyny a to v souladu s vydanými dokumenty PL Kosmonosy - dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy - poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře - podílí se na přípravě standardů - vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů - pracuje s informačním systémem v PL Kosmonosy - podílí se na realizaci resocializačních akcí pro pacienty - zajišťuje zdravotní a kompenzační pomůcky pro pacienty - provádí nákupy pro pacienty a vydává kapesné - příprava pacientů pro zařízení sociální intervence, chráněné bydlení					
SPOLUPRÁCE SE SOCIÁLNÍMI KURÁTORY, PROBAČNÍMI ÚŘEDNÍKY, SPRÁVNÍMI ORGÁNY I DALŠÍMI PRACOVNÍKY SOCIÁLNÍCH A PRÁVNÍCH SLUŽEB.					
Zaměstnanec					
Primař oddělení					
Staniční sestra					
Hlavní sestra					
PAM					

Příloha č. 7 – Kazuistika respondenta MR

Klientovi MR byla nařízena ochranná léčba protitoxikomanická ústavní, jejíž výkon započal dne 28. 07. 2014. U jmenovaného jde o přeměnu ochranné léčby ambulantní na ústavní. Ochranná léčba ústavní mu byla uložena pro přečin nebezpečné vyhrožování dle § 353 trestního zákoníku, kterého se dopustil vůči svým rodičům. Vedle ochranné léčby uložen nepodmíněný trest v trvání 14 měsíců, podmíněčně odložen na zkušební dobu 3 roky. Před uložením této ochranné léčby byl jmenovaný již 1 x odsouzen pro násilnou trestnou činnost, kdy mu byl uložen podmíněný trest, který byl přeměněn na nepodmíněný. Dále byl odsouzen za maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání (klient řídil motorové vozidlo, ačkoliv měl vysloven zákaz řízení motorových vozidel), na toto rozhodnutí se vztahovala amnestie prezidenta republiky. V minulosti byl prověřován pro majetkovou trestnou činnost a pro násilnou trestnou činnost vůči svému otci a švagrovi, kdy však toto trestní stíhání bylo zastaveno, protože poškození vzali zpět souhlas k trestnímu stíhání.

Znalcem při znaleckém zkoumání v roce 2013 konstatováno, že jde o osobnost nevyváženou, disharmonicky strukturovanou, s akcentací rysů nestálosti, nezdrženlivosti, emoční instability a zvýšené iritability, s pohotovostí k asociální reaktivitě. Dále konstatováno, že u jmenovaného jde o zneužívání nealkoholových návykových látek z řady kanabinoidů a stimulancií (pervitinu) charakteru prostého zneužívání jako součást maladaptivního životního stylu, bez známek rozvoje syndromu závislosti.

Po přijetí do nemocnice ve spolupráci se zdravotně sociální pracovníci snaha znovu navázat a obnovit vztahy v rodině. Rodiče mezitím přistoupili k zrušení trvalého bydliště. Klient přihlášen k trvalému bydlišti na městském úřadě. Rodiče jsou ochotni klienta nechat u sebe po léčbě bydlet, pokud bude dodržovat domluvená pravidla soužití a začne pracovat. V průběhu hospitalizace zjištěno, že klient byl sankčně vyřazen z evidence úřadu práce, o čemž nevěděl. Vysvětleny klientovi následky vyřazení z evidence. Na základě tohoto vyřazení z evidence byla klientovi zastavena výplata dávek hmotné nouze, proto s klientem požádáno nově o příspěvek na živobytí, který mu byl přiznán. Oznámeno přiznání opakované dávky hmotné nouze zdravotní pojišťovně, protože klient tímto spadá do kategorie pojištěnců, za které hradí zdravotní pojištění stát. Řešení jiných sociálních záležitostí klient nepožaduje, své exekuce řeší se svou matkou a nechce pomoci. Matka splácí 300,- Kč náklady soudního řízení za klienta a klient jí tuto částku vrací z dávky hmotné nouze. Jiné problémy dle jeho slov nemá a řešit se zdravotně sociální pracovníci nechce

Příloha č. 8 – Kazuistika respondenta V

Respondent V přijat dne 18. 07. 2014 na příjmové oddělení nemocnice pro poruchy chování (rozbíjení věcí, napadání rodičů) při kombinované intoxikaci alkoholem, THC¹⁵, metamfetaminem. Následující den hospitalizace přeložen na oddělení ochranných léčeb k výkonu ochranné léčby protialkoholní. Ochranná léčba mu byla uložena pro přečin nebezpečné vyhrožování podle § 353, odst. 1 trestního zákoníku, kterého se dopustil tím, že fyzicky napadl svoji matku a vyhrožoval jí „...chcípni na rakovinu, chcípej v bolestech, jednou se zabiju a tebe vezmu sebou...“. Dle výpovědi matky a otce k agresivnímu chování a vyhrožování docházelo ze strany syna opakovaně, tentokrát však měla matka vážnou obavu o svůj život, syn ji škrtil, to ještě nikdy neudělal. Vedle ochranné léčby uložen nepodmíněný test v trvání 4 měsíců, který podmíněčně odložen na zkušební dobu 14 měsíců. Jmenovaný již 2 x vyslýchán pro přečin porušování domovní svobody. Za poslední tento přečin odsouzen v roce 2011 k nepodmíněnému trestu 2 roky. 1 x matka obvinění pro tento přečin vzala zpět.

Znalec, který pacienta v květnu 2012 před uložením ochranné léčby vyšetřoval, konstatoval, že u pacienta jde o poruchu struktury osobnosti, se známkami disharmonického vývoje, akcentací rysů nestálosti, nezdrženlivosti a disociality, s maladaptivními projevy od doby rané adolescence, se selháváním v oblasti sociálního začlenění. Byl zjištěn abúzus alkoholu s časnou iniciací, preferencí abúzu piva, občas s kombinací s destiláty. Abúzus alkoholu vykazuje znaky sociogenní podmíněnosti s trvalou tolerancí, se ztrátou kontroly pití, neúspěšnými závazky k dodržení abstinence, opakovanými pobyty na záchytné stanici, opakovanou trestnou činností pod vlivem alkoholu. Abúzus alkoholu se u pacienta dle znalce stává součástí maladaptivního životního stylu, s počínajícím rozvojem závislosti. Do stavu alkoholového ovlivnění se posuzovaný přivedl sám a dobrovolně, ač měl opakovaně negativní zkušenost s účinky alkoholu na své jednání.

Po přijetí do nemocnice klient zprvu nic nepožaduje od ZSP. Když jsou probírány jednotlivé oblasti života klienta, sděluje, že je sice evidován na úřadu práce, ale nepožádal si o žádné dávky, protože neví, jak se to dělá. Nabídnutá pomoc při podání žádosti o dávku hmotné nouze, příspěvku na živobytí. Klient souhlasí a při vyplňování potřebných tiskopisů spolupracuje. Následně je i více ochoten sdělit o sobě, vztahu s rodinou a svým pití. Sděluje, že žádné dluhy nemá, náklady trestního řízení a obhajoby uhradili rodiče. Vyživovací povinnost též nemá. Po propuštění si myslí, že se bude moci vrátit domů k rodičům. Chtěl by si najít práci. V průběhu hospitalizace matka spolupracuje s psychologem oddělení a hledají možnosti řešení situace společně spolu s klientem. Na základě této terapie klient přichází za sociální pracovníci s žádostí o informace, jak hledat zaměstnání s ubytováním. Rád by se po léčbě osamostatnil a „postavil na vlastní nohy“. Následně se o dovolence doma opije, je opět agresivní vůči matce, znovu snaha o kontaktování matky a pokračování v terapii.

¹⁵ THC – tetrahydrokanabinol, chemický delta-9 tetrahydrokanabinol, psychotropní látka obsažená v konopí (Hartl, Hartlová 2004, s. 620)

Příloha č. 9 – Kazuistika respondenta M

Respondent M přijat do Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech dne 26. 08. 2011 k výkonu ochranné léčby protialkoholní ústavní. Ochranná léčba byla uložena pro zločin opilství podle § 360, odst. 1 trestního zákoníku a dále pro trestný čin pohlavního zneužívání § 242, odst. 1 trestního zákoníku. Trestně stíhán do uložení ochranné léčby nebyl.

Znalec ve svém vyšetření konstatoval, že jde o osobnost s nedostatečně a disharmonicky rozvinutou strukturou, především v oblasti emoční a sociálně adaptační, se zvýšenými sklony k úzkostné reaktivitě, s pocity vlastní nedostačivosti, které „léčí“ konzumací alkoholických nápojů, aby si dodal odvalu. Jeho prožitkové zaměření je lehce introvertní. Je zvýšena egocentrická orientace při uspokojování jeho potřeb. Deficit i v oblasti motivační a mentální. Z provedených vyšetření náznaky psychopatického vývoje osobnosti.

Po přijetí ZSP společně s klientem kontaktován úřad práce, kde evidován a kterým vyplácen příspěvek na živobytí. Zajištěno dosílání příspěvku na živobytí do nemocnice. Klient sděluje, že má dluhy, především soudní výlohy, ale platit je nechce a nebude. Nechce ani přemýšlet, jaké dluhy má. V měsíci říjnu 2011 klient přichází s dopisem od soudu, že je povinen uhradit náklady obhajoby. Vzhledem k tomu, že nereagoval na usnesení o výši nákladů, nelze již požádat o prominutí či snížení nákladů pro nízký příjem. Klientovi doporučeno sepsání žádosti o splátkový kalendář. Klient požaduje pomoc, neví si rady. S klientem sepsáno a požádáno o splátky 100,- Kč měsíčně. Soud tento návrh klienta schválil. V měsíci listopadu 2011 klientovi poskytnuto jednodenní volno na návštěvu matky. Vrátil se v silně podnapilém stavu a sděluje, že byl okraden o doklady. S klientem nahlášena ztráta dokladů, vyžádán průkaz pojištěnce, duplikát rodného listu a následně zhotoven občanský průkaz. V prosinci 2011 klientovi přichází oznámení z úřadu práce, že mu bude zastavena výplata příspěvku na živobytí, protože je v nemocnici déle než 3 měsíce. S klientem požádáno o dávku mimořádné okamžité pomoci, dle domluvy s úřadem práce. Byla mu vyplácena dávka ve výši 500,- Kč měsíčně na hygienické potřeby. O tuto dávku bylo nezbytné žádat každý měsíc. Od ledna 2012 opakovaně klient v těžké ebrietě, zpočátku pouze při samostatných vycházkách, později též na oddělení. Opakovaně utíká z pracovní terapie, nevrací se z vycházek. Útěky hlášeny soudu, který nařídil OL. Abstinovat se klientovi daří pouze velmi sporadicky, kdy umístěn na detoxifikační oddělení. Při nejbližší možné příležitosti ihned porušuje abstinenci. V roce 2013 v září se podařilo motivovat klienta k abstinenci a skutečně jí také dodržoval. Domluveno zaměstnání, ubytování a zkušební dovolenka. Při jejím zvládnutí přislíbena podání návrhu na propuštění a přeměnu ochranné léčby ústavní na ambulantní. Klient z této dovolenky přivezen po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro těžkou opilost. Přivezen bez dokladů. S klientem zajištěno zhotovení nových dokladů. Znovu změnou zákona obnova výplaty příspěvku na živobytí ve výši 2.200,- Kč měsíčně. V únoru 2014 opět ztráta dokladů. Klient navíc zadržen Policií ČR pro napadení policistky. Trestně stíhán, v dubnu 2014 mu soud chtěl uložit ochrannou léčbu protialkoholní, vzhledem k tomu, že by šlo o duplicitní uložení, uložena nebyla. Byl uložen nepodmíněný

čtyřměsíční trest odložený na 18 měsíců podmíněně. V měsíci červnu 2014 klient obdržel usnesení o nákladech soudního řízení a obhajoby. Spolu s klientem požádáno o prominutí těchto nákladů vzhledem k nízkému příjmu klienta. Soud žádosti vyhověl. Klient s rozsudkem spokojený, protože nechce být propuštěn, říká, že „venku“ by to nezvládl. Nechce přestat pít, takto mu to vyhovuje. V době provádění výzkumného šetření zvažováno podání trestního oznámení pro maření výkonu úředního rozhodnutí - neplnění výkonu ochranné léčby nebo propuštění pro nevykonatelnost s návrhem uložení probačního dohledu. Klient odmítá spolupracovat, neúčastní se terapeutických skupin, požívá alkoholické nápoje i na oddělení, opakovaně pozitivní test na THC, zjištěno zneužívání benzodiazepinů¹⁶.

¹⁶ benzodiazepine – souhrnné označení látek definovaných chemickou strukturou, jež mají účinky antikonvulzivní, myorelaxační, hypnotické a anxyolitické (Hartl, Hartlová 2004, s. 72)

Příloha č. 10 – Kazuistika respondenta J

Klient J vykonává ochrannou léčbu psychiatrickou ústavní v Psychiatrické nemocnici v Kosmonosech od 27. 06. 2012. K výkonu ochranné léčby byl eskortován Policií ČR na základě příkazu soudu, který OL nařídil, neboť ve stanovený termín nenastoupil. Jde již o 12. hospitalizaci v této nemocnici. Mezitím proběhly 3 hospitalizace v krajské nemocnici na psychiatrickém oddělení. Ochranná léčba byla uložena na základě návrhu okresního státního zastupitelství, které zastavilo trestní stíhání dle § 172, odst. 1, písm. e trestního zákoníku pro nepříčetnost. Trestní stíhání zahájeno pro přečin nebezpečné vyhrožování podle § 353, odst. 1.

Znalcem, v znaleckém zkoumání v lednu 2012 provedeném před nařízením ochranné léčby, diagnostikována bipolární afektivní porucha – manická fáze. Znalcem bylo shledáno, že schopnost rozpoznat protiprávnost svého jednání byla snížena podstatnou měrou, schopnost ovládat své jednání byla zcela vymizelá. Příčinou jednání bylo duševní onemocnění v pravém slova smyslu.

Klient na oddělení ochranných léčeb přijat po zhruba dvouměsíční hospitalizaci na příjmovém oddělení. V době překlady na oddělení ochranných léčeb částečně zklidněn, ale i nadále trvají poruchy orientace v čase, manické ladění. Pohovory s klientem každodenně, snaha řešit jeho sociální situaci, ale informace podávané klientem kusé, odporující si, pacient udrží pozornost maximálně 5 minut, poté odchází, nemůže v místnosti vydržet, stále zjevný neklid. Ale vždy přichází se základním požadavkem: „Já nemám žádné peníze, mamce jsem ublížil, po té je chtít nemůžu, co mám dělat, mám strašných dluhů, to nemá řešení...nevím, komu mám věřit, nevím, co je pravda, nikdo mě neposlouchá, nikdo mi nevěří....“.

Postupně od klienta zjištěno, že není evidován na úřadu práce, má několik přihlášených živností, ale v posledních 5 letech živnost prakticky nevykonává, není kryt zdravotním ani sociálním pojištěním, nepobírá invalidní důchod, ani si o něj nikdy nepožádal.

Z dluhů je zřejmý dluh na zdravotním pojištění, klient přiznává jízdy MHD bez platné jízdenky, dluh na regulačním poplatku ze současné a z předchozích hospitalizací v nemocnici, dále přiznává dvousettisícový úvěr u banky, který nesplácí („z něčeho jsem žít musel a něčím jezdit, abych si vydělal“).

Na základě zmapování situace a porady s pracovním týmem, především primářem oddělení, klientovi nabídnuta možnost požádat o invalidní důchod. Zpočátku klient zcela odmítavý, nic od státu nechce, není nemocný, ať nikdo nechce nic po něm. Po dvou měsících se klienta podařilo alespoň přesvědčit k vhodnosti zaevidování na úřadu práce, tím i krytí zdravotním pojištěním a nárokem na dávku hmotné nouze, která by pokryla alespoň jeho základní potřeby. S tím souhlasil, to nepotvrzovalo jeho onemocnění a bylo dočasné. Jakmile bude moci zase pracovat, evidenci na úřadu práce zruší a dávky pobírat nebude. Což pro něho bylo přijatelné. Vzhledem k zlepšení zdravotního stavu a přání klienta umožněno klientovi jednodenní volno k zaevidování na úřadu práce. Finanční prostředky na cestu klientovi poskytla matka, s kterou se podařilo navázat kontakt a byla ochotná se s klientem v místě bydliště setkat a případně ho na úřad doprovodit.

Klient se z poskytnutého volna nevrátil a následující den zjištěno, že byl hospitalizován v nemocnici pro suicidium pobodáním do břicha, zřejmě z psychotické motivace. Do dvou dnů byl za asistence PČR převezen zpět na oddělení ochranných léčeb.

S klientem po návratu na oddělení znovu snaha navázat kontakt, umožňovány telefonáty matce atd. Opakovaně poskytován prostor pro sdělení jeho obav, strachu z neřešitelnosti situace atd., nabízeny opakovaně možnosti řešení (invalidní důchod, dávky hmotné nouze, splátkové kalendáře). V této době došlo k úpravě medikace klienta, na kterou pacient velmi rychle a dobře zareagoval. Primáři oddělení a psychologovi se podařilo dobře zapracovat s klientem na náhledu na onemocnění klienta. S tím vším se změnil přístup k řešení jeho situace, klient se začal dotazovat na nabízená řešení, jak to udělat, vyptávat se na důsledky navrhovaných řešení, možnosti pracovat při invalidním důchodu. Koncem měsíce února 2013 se klient objednal na pohovor a sám projevil tuto zakázku: „...vždycky jste mě poslouchala, psala jste si, co Vám říkám, zajímalo Vás, co říkám, dřív mě tady nikdy neposlouchali, měli mě za blázna, mysleli si, že si vymyslím, to Vy nikdy ne. Já Vám teda věřím, udělám, jak mi poradíte, ale pomůžete mi s tím, já ty úřady úplně nenávidím, nerozumím tomu, co po mně chtějí, nemají na mě nervy a já na ně taky ne..., ale budu se pořád ptát...“.

Po tomto setkání se sociální pracovníci do měsíce září 2013 podařilo ve vzájemné spolupráci s klientem požádat o výpis dob pojištění z ČSSZ, zajistit všechny doklady pro žádost o invalidní důchod, podat žádost o invalidní důchod, klient byl zinvalidizován 8 let zpětně, na základě zajištěných podkladů z psychiatrické ambulance o léčbě již před první hospitalizací v nemocnici (tím získal částku cca 300.000,- Kč), do doby zinvalidizování se klient zaevidoval na úřadu práce, bylo požádáno o dávku hmotné nouze - příspěvek na živobytí. Současně klient spolu se zdravotně sociální pracovníci oslovili banku a domluvili splátkový kalendář, oslovili exekutorskou kancelář (klient v mezidobí obdržel několik exekucí za jízdy MHD bez platné jízdenky) a požádali o sloučení exekucí. Žádosti o sloučení bylo vyhověno, čímž se podstatně snížil dluh.

V měsíci září 2013, kdy byl klientovi ČSSZ vyplacen doplatek invalidního důchodu 8 let zpětně a bylo započato zasílání běžného invalidního důchodu, započali plánovat propuštění. Podařilo se za asistence terénního týmu občanského sdružení Fokus (poskytující služby duševně nemocným) domluvit bydlení u jeho příbuzných v jejich domě. Matka již s klientem bydlet nechtěla, ale styku se nebránila. V měsíci listopadu 2013, prosinci 2013 a lednu 2014 byly umožněny zkušební dovolenky k příbuzným. Zpočátku bylo vše v pořádku. V měsíci únoru 2014 došlo k další atace nemoci, klient zjevně neužíval léky. Jeho zdravotní stav se podařilo stabilizovat po dvou měsících. Klient znovu začal spolupracovat s terénním týmem Fokus v místě trvalého bydliště. Rodinu se bohužel již nepodařilo přesvědčit k obnovení spolupráce a není ochotná klienta nechat bydlet v jejich domě. Mají strach, že nebude brát léky a bude zase agresivní. V současné době hledáno vhodné bydlení pro klienta, klient nechce prozatím přejít do chráněného bydlení nabízené sdružením Fokus, chtěl by

bydlet sám. Ošetřující tým samostatné bydlení však nevidí jako vhodné. Proto hledáno řešení. Probírána možnost bydlení na ubytovně s podporou terénního týmu sdružení Fokus. Toto je klient ochoten akceptovat. Jakmile se najde vhodná ubytovna, bude podán návrh na přeměnu ochranné léčby ústavní na ambulantní. U jmenovaného byl v měsíci červnu 2014 na základě návrhu Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech prodloužen soudem výkon ochranné léčby o další dva roky.

Příloha č. 11 – Kazuistika respondenta ST

Klient ST byl do Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech k výkonu ochranné léčby sexuologické ústavní přijat dne 6. 11. 2012. Léčba uložena pro trestný čin pohlavní zneužití dle § 187, odst. 1, 2 trestního zákoníku. Vedle ochranné léčby ústavní uložen nepodmíněný trest v trvání 1 roku, který podmíněně odložen na dobu 3 let. Znalec u klienta ST zjistil sexuální deviaci: poruchu sexuální preference – sadomasochismus. Zároveň konstatoval, že jde u klienta o poruchu osobnosti, těžce simplexní, emočně nestabilní s rysy impulsivity, nekompensující se v malé zátěži a snížení intelektu do pásma slaboduchosti.

Po přijetí klienta do nemocnice ZSP oznámila soudu, který léčbu nařídil, započetí výkonu ochranné léčby. Vystavena pracovní neschopnost a odeslána na potřebné instituce. Klient má tři nezletilé děti (dvě osvojené, jedno vlastní), bydlí v domě, který prodávají, rodina je ve finanční tísní, mají hypotéku a několik půjček. Výše splátek sděluje vždy jiné, zjevně nemá o všech dluzích přehled, s platbami je dva měsíce ve zpoždění. Je odběratelem Boleslavského deníku, žádá zajistit jeho přeposílání do nemocnice. Nemá občanský průkaz, zajištěno zhotovení nového. Po týdnu hospitalizace klient sděluje, že má ještě jedno zaměstnání a chce vystavit pracovní neschopnost. Pracovní neschopnost vystavena, zaslána okresní správě ke schválení, po schválení odeslána zaměstnavateli. Klient žádá kontakt na účet nemocnice, chce si nechat zaslat finanční prostředky z pojištění a zálohu z prodeje domu, protože svůj soukromý účet má zablokovaný. Koncem září 2013 jednání u okresního soudu o výchově a výživě dětí po rozvodu. Manželství rozvedeno v prosinci 2013, děti svěřeny do péče matky, klientovi vyměřeno výživné. Klient před soudním jednáním naléhavý, slovně vydírá manželku, snaží se ji kontaktovat i fyzicky, neustále ji hladit apod., s rozvodem souhlasí. Klientovi neustále přicházejí výzvy k úhradě dluhů, pomoc při sepisování žádostí o splátkové kalendáře. V říjnu 2013 klienta kontaktuje sociální pracovnice z azylového domu Naděje, kde umístěn otec klienta a sděluje, že klient otcí dluží finanční prostředky, které by chtěl vrátit. Klient k situaci sděluje, že otce navštěvuje každý týden, finanční prostředky mu dluží, ale domluvil se s otcem, že převezme a bude splácet jeho dluh za elektřinu, který je ve výši finanční částky, kterou otcí dluží. Následně umožněno setkání a vysvětlení situace přímo na oddělení, kdy v měsíci listopadu navštěvuje klienta otec se sociální pracovnící přímo na oddělení. V listopadu 2013 syn pacienta umístěn do zdravotnického zařízení, nutný souhlas klienta s jeho hospitalizací zajištěno. Klientovi ukraden mobilní telefon (prosinec 2013), zprostředkován kontakt s Policií ČR na oddělení a sepsání podání oznámení o krádeži. Neustále řešeny dluhy, sepisování splátkových kalendářů, umožňovány telefonáty společností, kterým klient dluží finanční prostředky, vystavována potvrzení o hospitalizaci, klient těžko zvládá svou finanční situaci, je netrpělivý, nespokojený, dle jeho názoru vše postupuje pomalu. V měsíci květnu řešena možnost osobního bankrotu, klientovi zprostředkován kontakt s jeho advokátem a firmami, které se zabývají dluhovou problematikou. Bohužel všechny instituce potvrdily, že vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci, nízkému příjmu mu nemohou v současné době pomoci, nevztahují se na něho podmínky pro osobní bankrot. V červenci 2013 zahájeno řízení

o přiznání invalidního důchodu, podána žádost, klient uznán invalidním III. stupně. První invalidní důchod klientovi doručen v říjnu 2013. Klientovi se daří splácet všechny pohledávky včetně výživného, snaha ZSP pomoci s žádostí o sloučení dluhů. Neustále ale docházejí nové žaloby, výzvy k úhradě apod. Klient k situaci sděluje, že své dluhy hradí, ale v malých částkách a banky s takto malou částkou nesouhlasí. V srpnu 2014 kontaktuje ZSP pracovnice OSPODu¹⁷ s žádostí o pomoc, neboť klient stále telefonicky obtěžuje svou bývalou manželkou, žádá kontakt, dožaduje se jejích návštěv v nemocnici, aby jí mohl předat věci pro děti, výživné apod. Matka dětí by chtěla zasílat výživné na účet, ale klient tvrdí, že to nelze. Situace s klientem probrána, po 14 dnech souhlasí se zasíláním výživného na účet matky dětí, upozorněn, že si bývalá manželka nepřeje, aby ji kontaktoval. Bere na vědomí, ale ihned má spoustu racionalizací, proč to vše musí dělat, zařídit, proč ji musí informovat. Upozorněn, že bývalá manželka bude kontaktovat Policii ČR, pokud bude v neúměrném obtěžování pokračovat. V srpnu 2014 podán návrh na prodloužení výkonu ochranné léčby.

¹⁷ OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

Příloha č. 12 – Kazuistika respondenta RO

Klient RO – v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy hospitalizován k výkonu ochranné léčby sexuologické ústavní od 2. 8. 2005 do listopadu 2007, od listopadu 2007 do ledna 2011 vykonával tuto OL v jiné psychiatrické nemocnici, kam přeložen na vlastní žádost. od ledna 2011 do ledna 2013 výkon zabezpečovací detence. Dne 17. 1. 2013 přijat zpět do Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech po změně zabezpečovací detence na ochrannou léčbu sexuologickou ústavní. Původní ochranná léčba sexuologická byla uložena za trestné činy: 3 x pokus znásilnění dle § 241, odst. 1 trestního zákoníku, 2 x trestný čin loupeže dle § 234, odst. 1 trestního zákoníku ve stadiu pokusu dle § 8, odst. 1 trestního zákoníku. Vedle ochranné léčby uložen dvouletý nepodmíněný trest. K změně ochranné léčby na zabezpečovací detenci došlo z důvodu opakovaného maření výkonu ochranné léčby útěky, tedy maření výkonu úředního rozhodnutí.

Znalec u klienta RO zjistil sexuální deviace, a to poruchu sexuální preference sadomasochismus, dissociální porucha osobnosti a snížený intelekt do pásma slaboduchosti.

Po přijetí klienta zpět do nemocnice po propuštění ze zabezpečovací detence ZSP oznámila soudu zahájení výkonu OL. Klient po přijetí sděluje, že si uvědomil svůj problém, chce nyní žít jinak, dostal důvěru a nechce ji zklamat, je si vědom, že pokud bude mít nyní problém, pokud uteče, bude detence dlouhodobá. Informována rodina o převozu klienta do nemocnice. Přivezl si částku 5.000,- Kč, zvykl si žít skromně, dbát o svou hygienu, oblečení má dostatek. Žádné sociální záležitosti po přijetí vyřizovat nechce. Nabídnutá možnost zúčastnit se voleb, nechce využít. O dávku hmotné nouze prozatím žádat nechce. V polovině února 2013 po domluvě s pacientem požádáno o dávku hmotné nouze, klient si sám vyplnil část tiskopisů, zbylá část vyplněna společně a odeslána s průvodním dopisem. V měsíci březnu přiznán příspěvek na živobytí, pacient si ihned došlou dávku hmotné nouze vybírá a s penězi si chce hospodařit sám. Plánuje šetření finančních prostředků na „život venku“. V měsíci dubnu domlouvána první dovolenka domů. Klient by chtěl navštívit svého bratra, který se přestěhoval a on nezná kontakt. Po domluvě s klientem kontaktován místní obecní úřad, pracovnice úřadu přislíbila vyřízení vzkazu a předání kontaktu na klienta bratrovi. Rodina ještě tentýž den klienta telefonicky kontaktovala. Klient velmi spokojený. Rodina je ochotna mu pomoci, domluvil si první dovolenku, rodina pro něho přijede a zase ho přivezou. Pravidelně každý měsíc odesílána potvrzení na úřad práce, oddělení hmotné nouze o trvání hospitalizace. V měsíci červenci plánována první dovolenka k přítelkyni, kterou si pacient našel zde v nemocnici, dovolenka neuskutečněna. V prosinci 2013 klientovi zemřela matka, dozvídá se, že násilnou smrtí, ze smrti je vinen otec, který ji údajně fyzicky napadl. Pomoc klientovi s organizací pohřbu, společně s bratrem. Klient by se rád pohřbu zúčastnil, pokud si pro něj rodina přijede. Klient na pohřeb neodjel, vánoční svátky též strávil v nemocnici. Zhoršení spolupráce s klientem, neplnění režimu oddělení, kázeňské postihy. Klient si každý měsíc vyzvedává celou dávku hmotné nouze, s kterou si hospodaří sám. V měsíci dubnu 2014 první dovolenka s přítelkyní k bratrovi, je nadšený. Klient opakovaně motivován

k sepsání oznámení zdravotní pojišťovně o opakované dávce hmotné nouze, na základě které má nárok, aby za něj hradil zdravotní pojištění stát. Klient opakovaně odmítá. Klient se rozhodl informovat zdravotní pojišťovnu o své situaci, pomoc se sepsáním dopisu a doložením potřebných dokladů. V květnu 2014 klient kontaktován majitelem domu, kde má klient trvalé bydliště. Majitel chce dům prodat, je ochoten klientovi zajistit náhradní bydlení nebo uhradit odstupné. Klientovi povolena dovolenka do místa trvalého bydliště za účelem setkání s majitelem a řešení situace. Klient se dostavil na místní městský úřad, kde mu potvrdili, že má nárok na odstupné či náhradní bydlení. Pacient si s majitelem domluvil odstupné, výši odstupného nechce sdělit. Pacient si nechal zhotovit zubní protézu, na kterou by mu měl zapůjčit finanční prostředky jeho bratr. Jede opět na dovolenku za bratrem, finanční prostředky po příjezdu zpět nemá, ukazuje lístek z vlaku, který je však do jiného města, než kde bydlí bratr klienta. Potřebnou hotovost klient na úhradu zubní protézy nemá. Do měsíce července se nepokusil ani o splátku části úhrady zubní protézy. Sděluje, že zubařce nic nepodepsal, netušil, že zubní protéza bude takto drahá, chtěl zuby zadarmo, nechce se mu je platit. Zubní lékařka o situaci informována. Sděluje, že jakmile peníze za zubní protézu klient neuhradí do konce měsíce srpna, předá vše své nadřízené a ta takovéto problémy řeší předáním exekutorovi. Klient slibuje, že si s lékařkou domluví splátkový kalendář. Od měsíce srpna domluven splátkový kalendář 300,- Kč měsíčně.