

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální pracovník

POSTAVENÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA JAKO ČLENA
MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU
V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Šorčíková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Novotná

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tereza Šorčíková
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Garant studijního oboru:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Název práce:	Postavení sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem
Vedoucí práce:	Mgr. Jitka Novotná
Cíl práce:	Cílem práce je zjistit, jaké je postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v domově se zvláštním režimem

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domova se zvláštním režimem. Teoretická část se zaměřuje na legislativu oboru sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka, vymezení pojmů sociální práce, sociální služba a pojmu multidisciplinární tým. Výzkumná část je realizována metodou kvalitativního výzkumu a nástrojem pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor.

Cílem práce je zjistit, jak je vnímána role sociálního pracovníka a přínos multidisciplinárního týmu pro sociální práci v domově se zvláštním režimem.

Klíčová slova

Sociální práce; zdravotně sociální pracovník; sociální pracovník; multidisciplinární tým; domov se zvláštním režimem.

Abstract

The bachelor's thesis focuses on the position of the social worker in the multidisciplinary team of a home with a special regime. The theoretical part focuses on the legislation of the field of social worker and health social worker, the definition of the terms social work, social service and the term multidisciplinary team. The research part is implemented using the qualitative research method, and a semi-structured interview was chosen as the tool for data collection.

The aim of the thesis is to find out and have the opportunity to describe how the role of a social worker and the contribution of a multidisciplinary team to social work in a home with a special regime is perceived.

Keywords

Social work; health social worker; social worker; multidisciplinary team; a home with a special regime.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohou jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 25. října 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Velice ráda bych poděkovala Mgr. Jitce Novotné za podporu a podnětné připomínky při vedení této bakalářské práce, díky nimž jsem se více seznámila s problematikou multidisciplinárních týmů. V neposlední řadě děkuji svému manželovi, synovi a mé rodině zejména za pomoc a podporu.

Obsah

Seznam tabulek	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
1 Sociální práce	10
1.1 Cíle sociální práce	10
1.2 Různá pojetí sociální práce	12
1.3 Sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník	12
1.4 Zdravotně sociální pracovník.....	12
1.5 Sociální pracovník.....	14
2 Teoretické vymezení pojmu sociální služby a domov se zvláštním režimem.....	17
2.1 Sociální služby.....	17
2.2 Standarty kvality sociálních služeb	18
2.3 Domov se zvláštním režimem.....	19
3 Multidisciplinární tým.....	22
3.2 Multidisciplinární tým.....	22
3.3 Členové multidisciplinárního týmu.....	24
4 Výzkumná část	28
4.1 Cíl práce	28
4.2 Technika sběru dat	28
4.3 Analýza dat a výsledky výzkumu	28
4.4 Etika výzkumu	29
4.5 Limity výzkumu	29
4.6 Výzkumný vzorek.....	29
4.7 Charakteristika domova se zvláštním režimem Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15	30
4.8 Personální obsazení domova se zvláštním režimem	35
4.9 Analýza a interpretace získaných dat	36
4.10 Návrh pro praxi a doporučení	45
Závěr	48
Seznam použité literatury	49
Přílohy.....	52

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Komunikační partneři30

Seznam zkratk

MDT	Multidisciplinární tým
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ZSP	Zdravotně sociální pracovník
SP	Sociální pracovník
CSOP Praha 15	Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15
CM	Case management
VS	Vrchní sestra
PSS	Pracovník v sociálních službách
ZS	Zdravotní sestra
LTC	Klienti s potřebou dlouhodobé péče
IPP	Individuální plán péče
KP	Klíčový pracovník
GPS	Geronto-psycho-sociální poradna
APSSČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě pracovních zkušeností z mého zaměstnání v domově pro seniory, kde jsem se poprvé setkala s multidisciplinárním týmem, jeho složením a fungováním v organizaci. Tento tým v době mého působení neměl dostatečné zkušenosti a možnosti, jak se stavět k problémům, které přicházely do organizace. Nyní jsem díky důvěře ředitelky Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15 získala možnost připojit se k multidisciplinárnímu týmu, který je funkční a má za sebou výsledky. Díky této možnosti jsem si uvědomila důležitost fungování týmu, který může velmi pomoci klientům i samotným členům týmu.

Cílem výzkumu je zjistit a popsat, jak členové týmu vnímají postavení sociálního pracovníka a své působení v týmu pro svou praxi v sociální a zdravotní sféře. Výzkum byl proveden ve spolupráci s ostatními členy týmu, kteří jsou nejbližší k sociálnímu pracovníkovi díky jejich každodenní spolupráci.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, které zahrnují sociální práci, domov se zvláštním režimem a multidisciplinární tým. První kapitola teoretické části představuje podstatu sociální práce, legislativní vymezení pojmu sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník. Také se zaměřuje na vzdělání sociálních a zdravotně sociálních pracovníků a etický kodex. Obsahem druhé kapitoly je teoretické seznámení se sociálními službami a domovem se zvláštním režimem. Třetí kapitola popisuje multidisciplinární tým, jeho členy a cíle.

Praktická část bakalářské práce, tj. čtvrtá kapitola, je vypracována na základě kvalitativního výzkumu, jehož nástrojem pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor se členy multidisciplinárního týmu domova se zvláštním režimem.

Závěr je pátou kapitolou bakalářské práce.

1 Sociální práce

Sociální práce je samostatnou vědní disciplínou. Má propracované teorie a postupy, které jsou aplikovatelné v praxi. Sociální práce má mnoho definic, které vycházejí ze společenského kontextu. Obecně lze říct, že se zabývá interakcí mezi klientem a prostředím – schopnostmi klienta zvládat to, co od něj očekává prostředí. (Musil, Navrátil, 2000)

Dle definice Matouška (2013) „sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu“.

Základem sociální práce jsou principy lidských práv, sociální spravedlnosti a občanské společnosti. Sociální práce představuje především systémem, státem organizované pojetí podpory a pomoci. V praxi se sociální práce rozlišuje na **preventivní**, která se snaží předcházet sociálním událostem a **kurativní**, která se zaměřuje na řešení již vzniklých sociálních situací (Kutnohorská, 2011).

Z teoretického hlediska je sociální práce vnímána jako vědecky podložená disciplína, která využívá **metod sociální práce k poskytování profesionální péče** lidem v nepříznivé sociální situaci (Gulová, 2011).

Sociální práce jako akademická disciplína zahrnuje prvky filozofie, práva, sociologie, pedagogiky, psychologie a dalších oblastí. V praktické rovině je sociální práce spojena s určitými hodnotami a vyžaduje dovednosti (Matoušek, 2012). Sociální práce je dnes jednou z rychle se rozvíjejících vědeckých disciplín a profesí zaměřených na pomoc (Mátl, 2019). Ze všech uvedených definic vyplývá, že **sociální práce je společenskovědní disciplína**, která se zabývá **specifickou odbornou činností**, a tím řeší **sociální problémy** a podporuje sociální fungování jedince na principech lidských práv a společenské spravedlnosti."

1.1 Cíle sociální práce

IFSW (International Federation of Social Workers) stanovuje cíle sociální práce do čtyř oblastí:

- Podpora sociální změny,
- sociální rozvoj,
- sociální soudržnost,
- zplnomocnění a osvobození lidí.

Sociální práce je multidisciplinární obor, který se zaměřuje na pomoc jednotlivcům, skupinám a komunitám, jež čelí různým sociálním, ekonomickým a psychologickým obtížím.

Úkolem sociálních pracovníků je identifikovat a řešit problémy vedoucí k sociálnímu vyloučení a znevýhodnění. Odmítání chudoby a nerovností, podpora zranitelných a utlačovaných osob, a pomoc při jejich začlenění do společnosti patří mezi klíčové aspekty této profese. Sociální práce klade důraz na důležitost sociální soudržnosti, která se projevuje podporou rozmanitosti, vzájemnou pomocí a spoluprací mezi jednotlivci a komunitami. Prostřednictvím skupinové a komunitní práce se sociální pracovníci snaží vytvářet prostředí, které je inkluzivní. Díky této skupinové a komunitní práci sociální pracovníci usilují o vytváření inkluzivního prostředí, ve

kterém má každý jedinec příležitost se rozvíjet a naplňovat svůj potenciál. (Global Definition of the Social Work Profession)

V rámci své činnosti také sociální pracovníci často spolupracují s dalšími odborníky a institucemi, aby zajistili komplexní přístup k řešení problémů, jako je chudoba, domácí násilí, duševní zdraví a další situace, které ovlivňují kvalitu života zranitelných skupin obyvatelstva.

Cíle sociální práce:

- Podpořit schopnost klienta řešit problém, adaptovat se na nároky prostředí,
- zprostředkovat kontakt se službami,
- rozvíjet a zlepšovat sociální politiku,
- napomáhat, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně (Matoušek, 2013).

1.1.1 Cílové skupiny sociální práce

Cílové skupiny v sociální práci jsou primárně vymezeny zákonem č. 108/2006, o sociálních službách, který stanovuje základní rámce pro činnost v této oblasti. V sociální práci se zaměřujeme hlavně na osoby, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, mají sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech v důsledku stáří, zdravotního postižení nebo psychických problémů. Mezi tyto osoby – patří také lidé bez domova nebo uživatelé návykových látek. Významnou skupinou tvoří také děti, které jsou ohroženy ve svém vývoji, zejména kvůli sníženým schopnostem rodičů při péči o ně nebo zdravotnímu znevýhodnění. (Gulová, 2011)

Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, skupina nebo komunita.

- **Sociální práce s jednotlivcem:**

Individuální sociální práce, případová práce, (casework) – je charakterizována vztahem sociálního pracovníka a klienta, který je založený na komunikaci. Vztah, v jehož rámci se řeší individuální problémy se odehrává „tváří v tvář“ (Gulová, 2011).

- **Sociální práce s rodinou:**

V rámci sociální práce kompetentní orgány reagují na problematickou situaci v rodině dítěte. Dítě může být ohroženo konfliktem. Sociální pracovníkem by měl vnímat hodnotovou orientaci rodiny. Do sociální práce s rodinou přichází způsob sociální práce, tzv. sanace rodiny. Jedná se o podporu pro rodinu od širokého spektra odborníků. Cílem sociální práce s rodinou je předcházení a eliminace příčin ohrožení (Gulová, 2011).

- **Sociální práce se skupinou:**

Utváří příležitost pro vzájemné sdílení členů skupiny. Sdílení je vnímáno jako prostředek, který usnadňuje učení, rozvoj vztahů aj. Ačkoliv si člen skupiny může připadat, že díky zkušenostem, které předá bude např. stigmatizován, naopak velmi často zjistí, že ve skupině je mnoho lidí, kteří zažili stejnou zkušenost (Navrátil, 2001).

- **Komunitní sociální práce:**

V komunitní sociální práci je klientem komunita. Potřeby komunity jsou rozhodující. Komunita má přímo své specifické možnosti, jak řešit problémy. V komunitní práci jde o proces uvnitř skupiny. Sociální pracovník musí být obeznámen s charakteristikou dané komunity, aby jí porozuměl (Navrátil, 2001).

1.2 Různá pojetí sociální práce

Sociální práce je ve společnosti chápána různorodě, což odráží její komplexnost a variabilitu. Dle Musila (2008) se identifikují tři hlavní orientace, které dominují v pojetí sociální práce: administrativní, filantropickou a profesionální. Každé z těchto pojetí má své výhody a nevýhody a často se navzájem prolínají. Různorodost v pojetí sociální práce tedy nejen obohacuje toto odvětví, ale také může vytvářet zmatek v rámci definice a očekávání vztahujícího se k sociálním službám. V kulturně pestré společnosti je proto nezbytné, aby se tyto orientace vzájemně respektovaly a při spolupráci hledaly společné cíle.

1.2.1 Administrativní pojetí

Pojetí se zaměřuje na fungování státních a veřejných institucí, které mají za úkol regulovat a spravovat sociální pomoc a služby. V rámci tohoto modelu je kladen důraz na legislativní rámce, administrativní postupy a posuzování nároků na sociální podporu. Upravenost a efektivnost služeb je klíčová a sociální práce se zde vnímá spíše jako mechanismus, který zajistí dodržování zákonů a standardních procedur (Musil, 2008).

1.2.2 Filantropické pojetí

Pojetí vychází z myšlenky pomoci a solidarity v komunitě. Sociální práce se zde zaměřuje na aktivní zapojení jednotlivců a skupin do procesů pomoci, kde hraje klíčovou roli osobní angažovanost a dobrovolnictví. Filantropická orientace zdůrazňuje potřebu vzájemné podpory a solidarity, přičemž se často soustředí na pomoc těm, kteří se ocitli v tíživé situaci (Musil, 2008).

1.2.3 Profesionální pojetí

Přístup se zaměřuje na kvalifikovanou a systematickou práci odborníků v oblasti sociální pomoci. Důraz je kladen na vzdělání, odbornou přípravu a etické standardy, které by měli sociální pracovníci dodržovat. Profesionální pojetí zahrnuje nejen jednotlivce, ale i komplexní přístupy a techniky, jejichž cílem je efektivní a cílená pomoc klientům (Musil, 2008).

1.3 Sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník

Profese sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka má svá specifika. Oba však mohou pracovat na pozici sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem. V určitých odborných aspektech se tyto pozice od sebe liší. Tyto rozdíly jsou blíže popsány níže.

1.4 Zdravotně sociální pracovník

Zdravotně sociální pracovník přispívá k uspokojování sociálních potřeb klientů prostřednictvím účasti na ošetřovatelských aktivitách. V rámci zdravotnických institucí mohou sociální činnost vykonávat buď sociální pracovníci, nebo pracovníci se zdravotně sociálním zaměřením. Sociální pracovník provádí tuto činnost pod dohledem, zatímco pracovník se zdravotně sociálním zaměřením má kvalifikaci pro samostatnou praxi v oblasti sociální práce.

Dle Kutnohorské (2011) musí být zdravotně sociální pracovník člověk, který umí reflektovat skutečnost, je si vědom, že může dávat, když má co nabídnout. Pomocí sebeuvědomění

a sebezpozorování lze lépe plánovat a realizovat jednání s druhými lidmi a směr sebevýchovy a sebezdokonalování. Zdravotně sociální práce je určena zejména lidem nemocným, kteří v souvislosti se svým onemocněním potřebují odbornou sociální pomoc či péči.

1.4.1 Vzdělání zdravotně sociálního pracovníka

Dle ustanovení § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, se získává odborná způsobilost k výkonu zdravotně sociálního pracovníka absolvováním:

- „Akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního kurzu sociálního zaměření,
- nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně sociálního pracovníka,
- specializačního studia v oboru zdravotně sociální péče po získání odborné způsobilosti všeobecné sestry“.

Sociální pracovníci, kteří chtějí získat kvalifikaci pro samostatný výkon zdravotnického povolání, mohou absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz, který zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tento kurz, který probíhá po dobu jednoho roku distanční formou studia. Předpokladem pro přijetí je absolvování vyšší odborné školy se sociálním zaměřením nebo dokončení souvisejícího vysokoškolského studijního programu. Úspěšní absolventi kurzu pak nacházejí různé pracovní příležitosti ve zdravotnických zařízeních (MZČR, 2022).

1.4.2 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

- **Odborné kompetence:**
Zahrnují rozsáhlé teoretické znalosti, praktické dovednosti a schopnosti, které jsou nezbytné pro práci zdravotně sociálního pracovníka (Kutnohorská, 2011).
- **Sociálně anamnestické a diagnostické kompetence:**
Schopnost provádět sociální šetření u klientů, odebírat sociální anamnézu, stanovovat sociální diagnózu a navrhnout řešení klientovy situace (Kutnohorská, 2011).
- **Poradenské a konzultační kompetence:**
Schopnost poskytovat poradenství v oblasti sociálního a zdravotního stavu ve vztahu k nemocem a jejich důsledkům, včetně poskytování důležitých informací klientům a jejich rodinám (Kutnohorská, 2011).
- **Výchovné kompetence:**
Zahrnují provádění sociální prevence a identifikaci klientů, kteří se kvůli své nemoci mohou ocitnout v obtížných životních situacích (Kutnohorská, 2011).
- **Rozhodovací kompetence:**
Schopnost samostatně sestavit plán psychosociální intervence v kontextu klientovy životní situace (Kutnohorská, 2011).
- **Organizační kompetence:**
Znalost základních principů organizace a řízení ve zdravotnictví, sledování dokumentace klientů a příprava klientů na přechod do jiného zařízení nebo domova (Kutnohorská, 2011).

- **Osobní rozvojové kompetence:**
Schopnost sebereflexe a rozvoje vlastních odborných zkušeností a praxe. (Kutnohorská, 2011)
- **Jazykové, komunikativní a etické kompetence:**
Představují důležitou roli ve zdravotnictví zejména v sociální péči. Zdravotně sociální pracovníci musí umět efektivně komunikovat nejen s pacienty, ale také se členy zdravotnického týmu, rodinami a dalšími profesionály. Různé typy pacientů, které potkávají, vyžadují specifické komunikační dovednosti. Například komunikace s dětmi a dospělými, nebo s osobami se zvláštními potřebami, se může značně lišit. Sociální komunikace se zaměřuje na vytvoření přátelského a podpůrného prostředí, které pomáhá pacientům cítit se více v bezpečí a méně izolovaně v nemocničním prostředí. Zároveň je důležité chápat, že hospitalizace může pro pacienty představovat velký stres a ztrátu běžných sociálních interakcí. Proto je v rámci terapeutické komunikace kladen důraz na aktivní naslouchání, empatii a podporu (Kutnohorská, 2011).
- **Specifická a terapeutická komunikace:**
Zahrnuje techniky a strategie, které pomáhají pacientům vyrovnat se s jejich situací, zlepšit jejich psychickou pohodu a podpořit proces uzdravování. Důležité je také zachování etických principů, jako je důvěrnost a respekt vůči osobním hodnotám pacienta, což posiluje důvěru v terapeutický vztah (Kutnohorská, 2011) .

1.5 Sociální pracovník

V ustanovení §109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je definována práce sociálního pracovníka následovně:

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“.

Hlavní úlohou sociálního pracovníka je poskytovat podporu lidem, kteří ji potřebují k dosažení základních životních hodnot. Sociální pracovník se soustředí především na sociální skupiny, které čelí riziku chudoby, sociálního vyloučení nebo jiným nepříznivým sociálním okolnostem. Cílové skupiny, s nimiž sociální pracovníci pracují, zahrnují osoby ohrožené chudobou, děti, seniory, nemocné a osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k širokému spektru činností sociálních pracovníků je nutné jejich práci dále specifikovat podle typu klienta. Sociální pracovník posuzuje potřeby a situaci svých klientů a pomáhá jim naplnit řešit problémy a naplňovat cíle dle jejich potřeb (Mátl, 2019).

Podle Matouška (2013) by sociální pracovník měl umět využít různé lidské a materiální zdroje ve prospěch svého klienta, kterým může být jednotlivec, rodina nebo skupina. Klíčovou oporou jsou rodina, přátelé, místní komunita, zaměstnavatelé a stát prostřednictvím správních orgánů a samosprávy. Také ekonomické organizace, charitativní systémy a vzdělávací instituce hrají důležitou roli. Je zde však obava, že přílišná specializace sociálních pracovníků by mohla omezit

jejich schopnost efektivně pomáhat klientům, na rozdíl od univerzálně připravených pracovníků s širokým rozhledem.

1.5.1 Vzdělání sociálního pracovníka

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanovuje vzdělání pro sociální pracovníky:

„§ 110 - (4) Odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka je:

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu“.

Vzdělávání sociálního pracovníka nekončí absolvováním požadovaného vzdělání. Je velmi důležité celoživotní vzdělávání. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je nutné každý rok absolvovat 24 hodin akreditovaného vzdělávání.

Průběžné vzdělávání je upraveno, stejně jako kvalifikační požadavky profese, ustanovením § 111 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to takto:

„Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Pokud pracovní poměr sociálního pracovníka u téhož zaměstnavatele netrvá celý kalendářní rok, činí rozsah dalšího vzdělávání jednu dvanáctinu částky rozsahu uvedeného ve větě první za každý kalendářní měsíc trvání pracovního poměru. V případě nepřítomnosti v práci v rozsahu delším, než jeden kalendářní měsíc se rozsah dalšího vzdělávání krátí o jednu dvanáctinu celkové částky rozsahu. Povinnost zabezpečení dalšího vzdělávání se nevztahuje na zaměstnance ve zkušební době“.

Formy dalšího vzdělávání jsou:

- Specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,
- účast v kurzech s akreditovaným programem,
- odborné stáže,
- účast na školicích akcích,
- účast na konferencích.

1.5.2 Etický kodex sociálního pracovníka

Etický kodex sociálního pracovníka vznikl jako výsledek komplexního procesu, který se snažil reflektovat složitou dynamiku mezi profesionály a klienty, stejně jako specifika jednotlivých případů. Přestože kodex slouží jako zjednodušení pro každé povolání, jeho přínos je neocenitelný. Snaha o jeho vytvoření sahá do třicátých let dvacátého století, avšak skutečná podoba kodexu byla formulována až v roce 1976, následně byla v roce 1988 přepracována Mezinárodní federací sociálních pracovníků. V roce 1990 byla vypracována Deklarace etických

principů sociální práce. V roce 1992 byly tyto dokumenty ve Washingtonu sjednoceny. Tento finální dokument, určený členským organizacím Mezinárodní federace sociálních pracovníků, zahrnuje devět zásad, které definují a rámuji sociální práci (Gulová, 2011).

Devět principů sociální práce uvedených v etickém kodexu sociálních pracovníků:

- Nezávislost,
- osvobození od represe a podřadných podmínek,
- antidiskriminační přístup,
- demokracii a lidská práva,
- zapojení klientů,
- ochranu integrity klientů,
- sebeurčení,
- odpor vůči násilí,
- osobní odpovědnost.

V České republice byl Etický kodex pro sociální pracovníky schválen dne 19. května 2006 a vstoupil v platnost 20. května 2006. Tento kodex zahrnuje čtyři hlavní oblasti:

- **Etické zásady:**
Tato část zdůrazňuje soulad s důležitými dokumenty, jako je Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva o právech dítěte, Ústava ČR a Listina základních práv a svobod. Sociální pracovníci respektují jednotlivce bez ohledu na věk, barvu pleti, pohlaví nebo rodinný stav, podporují právo jedince na seberealizaci, pomáhají jednotlivcům a skupinám při řešení konfliktů a rozvoji. Profesionální odpovědnost kladou nad osobní zájmy (Malíková, 2000).
- **Pravidla etického chování:**
Tyto pravidla se týkají vztahů sociálního pracovníka s klienty, organizacemi, jeho povoláním, vzděláním a společností (Malíková, 2000).
- **Etické problémové okruhy:**
Tato část se zabývá identifikací a rozlišováním základních etických problémů v práci sociálních pracovníků a upozorňuje na složitosti jejich práce (Malíková, 2000).
- **Závěr:**
V závěru se klade důraz na pomoc sociálním pracovníkům při analýze a řešení problémů, což je jedním z cílů společnosti sociálních pracovníků (Malíková, 2000).

2 Teoretické vymezení pojmu sociální služby a domov se zvláštním režimem

Tato část bakalářské práce se věnuje vymezení pojmu – sociální služba, domov se zvláštním režimem, rozdíl mezi domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem.

2.1 Sociální služby

Sociální služby jsou určeny pro osoby, které čelí sociálnímu znevýhodnění, a jejich cílem je zlepšit kvalitu jejich života a případně je integrovat do společnosti podle jejich schopností. Tyto služby jsou prospěšné nejen pro uživatele, ale také pro jejich rodiny a širší veřejnost (Matoušek, 2007).

Sociální služby mají zásadní význam při podpoře lidí nacházejících se v náročných životních situacích, zejména těch, kteří jsou sociálně znevýhodněni. Jak stanovuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jejich hlavním cílem je poskytnout pomoc a podporu, která přispívá k sociálnímu začlenění jednotlivců nebo zabránění jejich sociálnímu vyloučení.

V praxi to zahrnuje poskytování různorodých služeb, jako je poradenství, sociální terapie, podpůrné skupiny a také materiální pomoc, například bydlení nebo jídlo, které lidem pomáhají žít důstojný a aktivní život. Důležitým aspektem sociálních služeb je také vytváření podmínek pro maximální možné začlenění těchto osob do společnosti, což přispívá k jejich osobnímu rozvoji a zvyšuje jejich šance na kvalitní život (Malíková, 2020).

2.1.1 Etické zásady při poskytování sociálních služeb

Podle Malíkové (2020) je zásadní dodržovat základní etické principy nejen ve vztahu ke klientům při poskytování sociálních služeb, ale také ve vztazích mezi pracovníky a ve spolupráci s kolegy a organizací.

- Je klíčové projevat respekt a úctu lidem v obtížných životních situacích,
- jednat s nimi vhodným způsobem a poskytovat jim příslušnou pomoc.
- nekritizovat, neponižovat, nezesměšňovat aj.,
- nezatajovat důležité informace.

2.1.2 Druhy sociálních služeb

Dle zákona č. 108/2006 Sb. se sociální služby dělí na:

- **Sociální poradenství:**
Zákon rozlišuje základní a odborné sociální poradenství. **Základní** sociální poradenství poskytuje každá sociální služba a má informační charakter. **Odborné** sociální poradenství se úzce specializuje na konkrétní sociální jev, např. manželská poradna, dluhová poradna atd. (Matoušek, 2007).
- **Služby sociální péče:**
Služby sociální péče jsou zaměřeny na pomoc jedincům pomoci jim zajistit jejich fyzickou a psychickou nezávislost, umožnit jim účast na každodenním životě a pokud to není možné, zajistit pro ně důstojné podmínky a zacházení (Matoušek, 2007).

- **Služby sociální prevence:**

Jedná se o služby, které napomáhají sociálnímu vyloučení. Cílem služby je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé situace a snaží se pomoci lidem reintegraci do společnosti a lepšímu zvládnání jejich situace (Matoušek, 2007).

2.1.3 Formy sociální služeb

Dle zákona 108/2006 Sb. se rozlišují tyto formy sociálních služeb:

- **Pobytové služby:**

Do této kategorie patří domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Péče je zde zajištěna po celý rok 24 hodin denně.

- **Ambulantní služby:**

Do této kategorie patří služby do, kterých klient dochází či je zde na tzv. respitním pobytu (odlehčovací služba). Může se jednat o denní a týdenní stacionáře.

- **Terénní služby:**

Tyto služby se poskytují přímo v přirozeném prostředí klienta v domácnosti. Příkladem je pečovatelská služba či osobní asistence.

2.2 Standarty kvality sociálních služeb

Standarty jsou rozděleny do tří hlavních sekcí – procedurální standarty, personální standarty a provozní standarty (MPSV, 2002).

Procedurální standarty jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod. Procedurální standarty jsou zásadní pro zajištění kvality a efektivity při poskytování služeb. Během interakce se zájemci o služby je důležité mít na paměti několik klíčových aspektů:

- **Individuální přístup:**

Každý klient má své jedinečné potřeby, preference a okolnosti. Je důležité naslouchat a přizpůsobit nabídku služeb tak, aby vyhovovala specifickým požadavkům každého klienta.

- **Komunikace:**

Transparentní a otevřená komunikace je zásadní. Je třeba zajistit, aby klienti jasně rozuměli všem aspektům poskytovaných služeb, včetně jejich práv a povinností.

- **Ochrana práv uživatelů:**

Je nezbytné vytvořit mechanismy, které zajistí ochranu práv klientů. To zahrnuje vypracování a dodržování stížnostních postupů, aby měli klienti možnost vyjádřit své námítky a obavy způsobem, který je pro ně příjemný a bezpečný.

- **Pravidla proti střetu zájmů:**

Systémy by měly obsahovat jasná pravidla, která předcházejí a řeší potenciální střet zájmů, aby se zajistila nestrannost a spravedlnost při poskytování služeb.

- **Zpětná vazba a hodnocení:**

Aktivní sběr zpětné vazby od klientů je klíčový systém pro zlepšování služeb. Umožňuje identifikovat nedostatky a přizpůsobit procesy tak, aby lépe vyhovovaly potřebám klientů (MPSV,2002).

Personální standardy se zaměřují se na personální zajištění služeb. Při poskytování služeb nelze provádět dodatečné úpravy nebo odstranit nevhodné služby. Kvalita služby je přímo závislá na zaměstnancích – jejich schopnostech a vzdělání, vedení a podpoře a na pracovních podmínkách, které mají (MPSV, 2002).

Provozní standardy určují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Zaměřují se na prostory, kde jsou služby nabízeny, na jejich dostupnost, finanční zabezpečení a zvyšování kvality služeb (MPSV, 2002).

Školení personálu:

Zaměstnanci, kteří poskytují služby, by měli být pravidelně školeni v oblasti etiky a právního rámce, aby byli schopni správně a důvěryhodně reagovat na potřeby klientů (MPSV, 2002).

2.3 Domov se zvláštním režimem

Podle zákona číslo 108/2006 Sb. poskytují domovy se zvláštním režimem pobytové služby osobám se sníženou soběstačností v důsledku chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a také osobám s demencí, jako je stařecká nebo Alzheimerova demence, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby.

Domovy se zvláštním režimem nabízejí specializovanou péči, která zahrnuje nejen praktickou pomoc v každodenním životě, ale také terapeutické aktivity a sociální interakci, které jsou nezbytné pro zlepšení kvality života klientů. Režim je navržen tak, aby respektoval specifické potřeby a přání jednotlivých klientů. Poskytovatelé služeb se snaží vytvořit prostředí, které podporuje důstojnost a nezávislost, ale zároveň zajišťuje bezpečnost a dosažitelnost potřebné péče. Tímto způsobem se DZR snaží minimalizovat negativní dopady onemocnění a pomáhat klientům žít co nejkvalitnější a nejplnohodnotnější život. (Zákon číslo 108/2006)

V rámci DZR je důležitý i personální tým, který je složen z odborníků v oblasti sociální práce, psychoterapie, ošetrovatelství a dalších oborů, kteří mají zkušenosti s léčbou a péčí o osoby s duševními onemocněními a demencí. Tým často spolupracuje s rodinami klientů, aby zajistil co nejlepší zajištění péče a také podporu pro blízké klientů. Poskytování péče klientům vyžaduje znalosti z oblasti psychiatrie, gerontologie sociální práce, aby mohli vhodně reagovat na jedinečné potřeby klientů s ohledem na jejich psychické zdraví a míru soběstačnosti.

2.3.1 Rozdíl mezi domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem

Často dochází k záměně mezi domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem ze strany veřejnosti. Základní principy poskytované ošetrovatelské a zdravotní péče jsou sice stejné, ale rozdíly spočívají v cílové skupině a způsobu zabezpečení domova. Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost kvůli chronickým onemocněním, jako je např. Alzheimerova choroba nebo stařecká demence.

Domov se zvláštním režimem je velice často monitorován kamerovým systémem. Bezpečnost je dále zajištěna i dalšími preventivními opatřeními, které eliminují případné potenciální

nebezpečí, např. úraz klienta. Mezi opatření patří okna bez klik, místo zrcadel fólie, klienti nemají přístup k ostrým předmětům atd. Oddělení, kde je klient ubytován je pro zachování bezpečnosti uzamčeno klientů, aby nemohli samovolně opustit zařízení.

V domově pro seniory se klienti mohou pohybovat dle svých zvyklostí, ale musí dodržovat domovní řád konkrétního poskytovatele sociálních služeb. Domov mohou opouštět dle svých potřeb a není uzamčen. Do domova pro seniory se nepřijímají potencionální klienti, kteří mají chronického duševního onemocnění. Zařízení není pro tyto klienty uzpůsobeno.

2.3.2 Cílová skupina

Cílová skupina klientů jsou osoby, kterým je určena daná sociální služba. Každá sociální služba se zaměřuje na různé skupiny osob, podle jejich sociální situace nebo rizik, kterým čelí. Hlavními cílovými skupinami klientů sociálních služeb jsou senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby se sociálním znevýhodněním, rodiny s dětmi, děti a mládež, osoby ohrožené domácím násilím, osoby s duševními poruchami, migranti a uprchlíci, osoby v krizových situacích, osoby závislé na návykových látkách, osoby ohrožené chudobou a sociálním vyloučením (Zákon číslo 108/2006).

Cílovou skupinu určuje především poskytovatel dané sociální služby, v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a metodikami MPSV. Každý poskytovatel sociální služby se specializuje na konkrétní cílovou skupinu. Při vzniku sociální služby nebo při své registraci si určí, pro kterou cílovou skupinu je služba určena. Kritériem výběru cílové skupiny je zejména odbornost pracovníků, potřebnost služby v daném regionu, analýza sociálních potřeb dané komunity, kapacita služby, potřeby potenciálních klientů a zájem o službu.

Cílová skupina klientů domova se zvláštním režimem:

- Osoby starší 55 let,
- chronické duševní onemocnění,
- Alzheimerovou demence,
- ostatní demence.

Služba není určena pro osoby:

- Osoby, kteří potřebují lékařskou péči a trvalé ošetřování v nemocnici, ani pro ty, kteří vyžadují celodenní asistenci od jiné osoby,
- osoby s aktivní tuberkulózou nebo jinými infekčními a parazitárními nemocemi, u nichž by mohla být možnost přenosu nákazy,
- osoby, u nichž nebyla diagnostikována demence,
- jedince trpící závislostí na alkoholu (včetně těch, jejichž konzumace alkoholu způsobuje problémy ostatním klientům a personálu), stejně jako osoby závislé na drogách,
- osoby s mentálním postižením, schizofrenií nebo jinými psychotickými poruchami,
- fyzicky nebo verbálně agresivní jedince, kteří potřebují péči zdravotnického zařízení.

2.3.3 Služby poskytované v domově se zvláštním režimem

Služby poskytované v domovech se zvláštním režimem. Malíková (2020) popisuje že, každý poskytovatel sociálních služeb musí dodržovat rozsah služeb určený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento rozsah se liší podle typu nabízené služby a odpovídajícího zařízení. V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby lidem, kteří mají sníženou

soběstačnost, zejména z důvodu pokročilého věku, psychického onemocnění, a jejich situace často vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Základní sociální služby poskytované DZR v souladu s ustanovením § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- Poskytnutí ubytování a stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo vytváření podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.3.4 Úhrada za služby v domově se zvláštním režimem

Úhrady klientů za sociální služby se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Tato vyhláška nastavuje maximální možné úhrady za poskytnuté základní sociální služby.

- Náklady na ubytování jsou hrazeny podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., § 16 písm. a).
- Náklady na stravu nebo pomoc při jejím zajištění se řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb., § 16 písm. b).
- Příspěvek na péči podle § 73 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb. je určen k úhradě poskytovaných služeb.

V rámci zařízení mohou být nad rámec základních sociálních služeb, které jsou dány výše uvedenou vyhláškou, poskytovány i fakultativní (doplňkové) služby.

Vyúčtování za poskytnuté základní i fakultativní služby je klientovi vystaveno po ukončení kalendářního měsíce. Ze základních služeb hradí klient pobyt a stravování (pouze do maximální výše stanovené vyhláškou), fakultativní služby hradí v plné výši. Úhrady jsou prováděny na základě vystavené faktury, kterou ve většině případů hradí rodina (nebo opatrovník). Často je nastaveno to, že klientům je zasílán starobní důchod do sociálního zařízení na depozitní účet, pak jsou úhrady hrazeny z tohoto účtu. Ze starobního důchodu musí každý měsíc klientovi zbýt 15 %. Pokud by po odečtení 15 % nezbývalo na úhradu, je nutná spolupráce s rodinnými příslušníky, aby případný rozdíl dofinancovali.

Zdravotní péče, která je klientovi poskytována, je financována z jeho zdravotního pojištění.

3 Multidisciplinární tým

V této kapitole teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na problematiku multidisciplinárního týmu a jeho členů. V současnosti je téma multidisciplinárních týmů velmi aktuální a široce diskutované. Bohužel však dosud neexistuje ucelená literatura, která by konkrétně poskytovala návod, jak budovat multidisciplinární tým v oblasti sociální práce.

3.1.1 Efektivní model multidisciplinárního týmu

Vytvoření efektivního modelu multidisciplinárního týmu a implementace systémového case managementu (CM) je krokem k lepší koordinaci a kvalitě služeb poskytovaných klientům vyžadujícím dlouhodobou péči (LTC). Tento přístup umožňuje integraci různých odborníků, kteří společně spolupracují na poskytování komplexní podpory jednotlivcům v obtížných životních situacích (MZČR, reforma psychiatrie, 2020).

Hlavní prvky modelu MDT a CM zahrnují:

- **Spolupráce s odborníky:**
MDT se skládá z různých specialistů, jako jsou sociální pracovníci, psychologové, zdravotníci a další odborníci, kteří kolektivně pracují na řešení problémů klientů se složitými potřebami.
- **Koordinace služeb:**
Systémový case management slouží k efektivní koordinaci a hodnocení kvality poskytovaných služeb, čímž zajišťuje, že klienti obdrží potřebnou péči a podporu.
- **Specifické metodiky:**
Case management jako metoda umožňuje přizpůsobení přístupu individuálním potřebám klientů a efektivní monitorování jejich pokroku.
- **Standardizované postupy:**
Vytváření společných standardizovaných postupů přispívá k sjednocení praxe v rámci MDT a zajišťuje vysokou úroveň poskytovaných služeb.
- **Odborné spolupráce:**
Úzká spolupráce s organizacemi jako a dalšími poskytovateli péče je klíčová pro efektivní zajištění služby LTC a podporu klientů.
- **Vzdělávací programy:**
Vyvinutí vzdělávacích programů pro různé účastníky MDT přispěje k jejich profesnímu rozvoji a zlepšení poskytování služeb (MZČR, reforma psychiatrie, 2020).

Implementace takového modelu má potenciál významně zlepšit kvalitu života osob, které se ocitly v náročných životních situacích, a přispět k efektivnímu a systematickému přístupu v oblasti sociální práce a péče o klienty potřebující dlouhodobou podporu (MZČR, reforma psychiatrie, 2020).

3.2 Multidisciplinární tým

Jednou z významných složek sociálních pobytových zařízení je multidisciplinární tým, který v nich často působí. Tým je složen z odborníků různých lékařských disciplín a dalších zdravotnických profesí a je doplněn o nelékařské profese, jež obohacují tým svým polem působnosti. Multidisciplinární tým poskytuje pomoc klientům, kteří se nacházejí ve svízelné sociální situaci. Poskytuje cílovým skupinám projektu kontinuální a odbornou podporu, jejímž

účelem je podpora sociální soudržnosti a sociálního začleňování osob z definované cílové skupiny. Matoušek (2013) uvádí, že multidisciplinární tým je založen na vzájemné spolupráci specialistů a koordinaci postupů.

Pro úspěšné vytvoření multidisciplinárního týmu schopného kvalitní a efektivní spolupráce napříč obory je nutné, kromě stanovení cílů, také definovat základní principy fungování (jakási ideová východiska), se kterými by se všichni členové týmu měli ztotožnit. Pro růst a úspěch týmu je nezbytné, aby každý jeho člen chápal jak celkovou roli týmu, tak svou vlastní, včetně své odborné role, a projevoval úctu a porozumění rolím ostatních, a to jak uvnitř týmu, tak i v širším kontextu (MPSV, 2015).

3.2.1 Týmová spolupráce v multidisciplinárním týmu

Podle Kolajové (2006) je týmová spolupráce proces, při kterém skupina lidí společně pracuje na dosažení společného cíle. Klíčovými prvky této spolupráce jsou efektivní komunikace, vzájemná důvěra, sdílení znalostí a dovedností, stejně jako schopnost řešit problémy a konflikty. Týmy však mohou čelit výzvám, jako jsou konflikty mezi členy, neefektivní komunikace nebo nejasné cíle, což může bránit dosažení požadovaných výsledků. Je proto důležité věnovat pozornost dynamice týmu a jeho potřebám.

Matoušek (2013) uvádí, že členové multidisciplinárního týmu se snaží udržet svou profesní identitu, avšak mohou vznikat spojenectví – jak profesní, tak osobní. K úspěchu týmu přispívá dobrá organizace, jasné rozdělení rolí a odpovědností, stejně jako důraz na motivaci a podporu jednotlivých členů.

3.2.2 Cíle MDT

Pro dosažení efektivní spolupráce a maximálního přínosu pro klienta je důležité, aby členové multidisciplinárního týmu dodržovali několik základních principů.

Hayes (2005) uvádí následující klíčové cíle:

- **Spolupráce:** Úspěch multidisciplinárního týmu závisí na ochotě jeho členů spolupracovat a sdílet své odborné znalosti a zkušenosti. Každý člen by měl aktivně přispívat k diskusi a být otevřený novým názorům a přístupům.
- **Jednotné vystupování:** Je nezbytné, aby tým vystupoval jako jednotný celek. To přispívá k důvěře klienta v tým a zajišťuje konzistentní a koordinovaný přístup k péči.
- **Dodržování pravidel:** Každý tým by měl mít ustanovena pravidla upravující fungování týmové spolupráce. Tato pravidla mohou zahrnovat frekvenci schůzek, způsoby komunikace či mechanismy pro řešení konfliktů.
- **Jasně vymezené kompetence a role:** Každý člen týmu musí mít jasně definovanou roli a kompetence, což pomáhá předcházet překrývání odpovědností a zajišťuje, že každý ví, co se od něj očekává.
- **Kvalitní komunikace:** Efektivní komunikace je zásadní pro úspěch. Členové týmu by měli pravidelně informovat ostatní o pokrocích a změnách, které by mohly ovlivnit práci s klientem. Také je důležité informovat klienta o všech aspektech procesu a, pokud je to možné, zapojit ho do rozhodování.

Tento přístup k multidisciplinární spolupráci může významně přispět k efektivnějšímu řešení problémů, kterým klienti čelí, a vést k lepším výsledkům v jejich životech. Dodržování těchto cílů a principů by mělo posílit nejen týmovou dynamiku, ale i kvalitu poskytovaných služeb.

3.2.3 Evaluace

Evaluace v multidisciplinárním týmu je klíčovým nástrojem pro posouzení efektivity a kvality poskytovaných služeb a intervenčních programů. Pomáhá členům týmu pochopit, zda jejich úsilí přináší očekávané výsledky a kde by mohly být potřebné úpravy nebo zlepšení (Fabián, 2021).

- **Cíle a účel evaluace:** Identifikace konkrétních cílů, jako je zhodnocení efektivity služeb, zlepšení procesů nebo prokázání dosažení stanovených cílů.
- **Metody sběru dat:** Využití různých metod sběru dat, včetně rozhovorů, dotazníků, pozorování a analýzy dokumentů, které poskytují kvalitativní i kvantitativní informace.
- **Zapojení zainteresovaných stran:** Zajištění, že klienti, zaměstnanci a další zainteresované strany mají příležitost podílet se na evaluaci, aby jejich názory a zkušenosti byly zohledněny.
- **Analýza a interpretace dat:** Vyhodnocení shromážděných dat za účelem identifikace trendů, vzorů a oblastí vyžadujících pozornost nebo zlepšení.
- **Zpětná vazba a implementace:** Prezentace výsledků evaluace zainteresovaným stranám a využití těchto poznatků k plánování a implementaci zlepšení.
- **Kontinuita a pravidelnost:** Pravidelná evaluace umožňuje průběžné sledování a zajišťuje, že poskytované služby zůstávají relevantní a efektivní.

Celkově evaluace přispívá ke zvyšování kvality služeb a k lepšímu porozumění potřebám klientů, což vede k efektivnějším a cílenějším intervencím (Časopis Sociální práce, 2021).

3.3 Členové multidisciplinárního týmu

Tato kapitola je zaměřena na členy multidisciplinárního týmu, kteří s klienti přicházejí nejčastěji do kontaktu.

Při výběru členů je rovněž nezbytné zohlednit rozmanitost dovedností a zkušeností, které jednotliví členové přinášejí. Multidisciplinární přístup může obohatit proces řešení problémů a přinést nové perspektivy, což vede ke kreativnějším a efektivnějším výsledkům. Složení týmu by mělo zahrnovat lidi s různými odbornými znalostmi a schopnostmi, ale také rozmanité pohledy a přístupy (MZČR, reforma psychiatrie, 2020).

V týmu jsou stálí zaměstnanci dané služby nebo organizace. K nim se přidávají externí spolupracovníci a významnými členy jsou také dobrovolníci a rodinní příslušníci (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020). Mezi členy tohoto týmu patří také sociální pracovníci a pracovníci v oblasti zdravotně-sociální péče, které podrobněji rozebírá kapitola 1.4 a 1.5.

V neposlední řadě by měl tým fungovat na základě jasně definovaných cílů a očekávání. Tyto cíle by měly být sdílené všemi členy týmu, aby měli společnou vizi a schopnost orientovat se ve svých úkolech. Je užitečné pravidelně hodnotit pokroky a přizpůsobovat strategie podle potřeby, aby se zajistilo, že tým zůstává na správné cestě a dosahuje svých cílů. Jednotliví členové MDT mají ke klientům různé vztahy, přichází s nimi do kontaktu s různou četností

3.3.1 Case manager

Koordinuje práci multidisciplinárního týmu, svolává společná setkání, motivuje zapojené subjekty k vytvoření jednotného plánu podpory klienta, vyhodnocuje a aktualizuje míru podpory zapojení jednotlivých subjektů, vyhledává nové možné subjekty a síťuje je. Case manager často hraje klíčovou roli v efektivním směřování úsilí týmu díky svému vzdělání a zkušenostem v různých profesích a systémech.

Do týmu přispívá schopností vykonávat různé úkoly a dovednostmi v oblasti vyvážení zásahů, což jsou jedinečné vlastnosti sociálních pracovníků. Dodržováním zásad osvědčené praxe v multidisciplinárních týmech se vyhýbají stagnaci, a naopak rozvíjejí a mění své role a odpovědnosti od jednoho případu k druhému (MPSV, 2015).

Velmi často se setkáváme s tím, že case manager je sociální pracovník organizace, ale ne vždy tomu tak je. Matoušek uvádí (2013), že sociální pracovník by se měl především ujmout role koordinátora a jeho prvním úkolem by mělo být sestavení týmu potřebného k řešení každého jednotlivého případu. Na základě vlastního posouzení a posouzení ostatních odborníků by měl spolu s nimi stanovit optimální skladbu týmu, naplánovat a organizovat postup vyšetření a koordinovat práci jednotlivých členů týmu. Spolu s nimi by měl na závěr stanovit komplexní sociální diagnózu, prognózu, navrhnout postup a alternativy řešení a případné terapie nebo rehabilitace.

Sociální pracovník hraje důležitou roli v psychosociální podpoře klientů, jako jsou rodiny nebo jednotlivci, kteří čelí různým obtížím. Jeho úkolem není jen zprostředkování komunikace, ale i podpora klientů při hledání jejich vlastních řešení a posílení jejich schopností čelit výzvám.

V rámci svých kompetencí case manager:

- **Facilituje komunikaci:** Pomáhá mezi klientem a týmem zprostředkovat informace a myšlenky, což může vést k lepšímu porozumění potřebám klienta a dostupným službám.
- **Poskytuje emocionální podporu:** Klienti často potřebují někoho, kdo je vyslechne a podpoří, a sociální pracovník může hrát tuto roli důvěrníka, který klientům pomáhá zpracovat jejich obavy a pocity.
- **Koordinuje služby:** Zajišťuje, aby klienti měli přístup k potřebným službám a podporoval jejich začlenění do multidisciplinárního týmu, což zase přispívá k holistickému přístupu k péči.
- **Udržuje stabilní kontakt:** Case manager funguje jako stálý bod kontaktu pro klienta, což vytváří důvěru a stabilitu v jejich vztahu, což je důležité pro úspěšnou spolupráci a podporu.

Case manager také řídí případovou práci ostatních členů týmu, vyhodnocuje fungování poskytování sociálně zdravotních služeb ve spolupráci s klientem a neformálním pečovatelem. Case manager jednak pracuje v týmu, ale také zároveň po dohodnuté schůzce s klientem navštěvuje jeho domácí prostředí, kde řeší i návaznou problematiku a jeho další potřeby. Získané informace a splněné cíle předává ostatním členům týmu (MPSV, 2015).

3.3.2 Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách je velmi důležitým členem multidisciplinárního týmu. Zastává zde často funkci klíčového pracovníka. Sděluje informace o potenciálním klientovi, ošetřovatelské anamnéze či jeho přáních.

Klíčový pracovník hraje v multidisciplinárním týmu zásadní roli. Je to osoba, která nejen důkladně zná klienta a jeho specifické potřeby, ale také vybuodovala důvěryhodný a funkční profesionální vztah, což je klíčové pro efektivní spolupráci. Díky tomuto hlubokému porozumění může klíčový pracovník efektivně identifikovat a formulovat potřeby klienta, což zahrnuje i posouzení, jaké další odborné znalosti a dovednosti by tým mohl potřebovat (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020).

3.3.3 Všeobecná zdravotní sestra

V multidisciplinárním týmu je důležitá přítomnost všeobecné sestry, protože velmi dobře zná klienta po zdravotní stránce a dokáže reflektovat zdravotnické údaje o klientovi. Důležitým prvkem schopností všeobecné sestry je naslouchat potřebám klienta, sbírat relevantní informace a následně je analyzovat za účelem vyhodnocení zdravotního stavu a problémů klienta. Na základě těchto informací je možné formulovat diagnózu a vypracovat intervenční strategie, které jsou zapsány do ošetřovatelského plánu.

Tímto způsobem se zajišťuje, že ošetřovatelská péče je přizpůsobena individuálním potřebám klienta, což zvyšuje efektivitu léčby a podporuje lepší výsledky zdravotní péče (Malíková, 2020). Tento přístup odpovídá moderním trendům ve zdravotnictví, které kladou důraz na spolupráci, empatii a proaktivní péči zaměřenou na pacienta.

3.3.4 Lékař

Praktický lékař v pobytových službách hraje důležitou roli v multidisciplinárním týmu tím, že se zaměřuje na celkový pohled na zdraví a pohodu klientů. Jeho přístup zahrnuje nejen poskytování standardní léčebně preventivní péče, ale také důkladné zohlednění biologických, psychologických, sociálních a spirituálních aspektů života klientů. Komunikace s klienty je přizpůsobena jejich individuálním potřebám a preferencím, přičemž lékař se snaží vytvořit důvěryhodný vztah, který podporuje otevřenost a aktivní zapojení klienta do procesu péče. Klinické rozhodování zahrnuje posouzení diagnostických metod a léčebných postupů, přičemž lékař se snaží zajistit, aby péče byla jak účinná, tak i šetrná (Nzip.cz).

3.3.5 Duchovní pracovník

Duchovní pracovník má v multidisciplinárním týmu své nezastupitelné místo, protože dokáže přinést spirituální pohled na řešení problémů. Duchovní péče hraje důležitou roli v celkové podpoře pacienta, neboť se zaměřuje na jeho potřeby, které přesahují fyzické zdraví. Každý jedinec, bez ohledu na své náboženské nebo ateistické přesvědčení, má právo na duchovní podporu v těžkých chvílích, jako jsou nemoc nebo utrpení (Malíková, 2020).

Během nemoci se často objevují hluboké otázky, které se dotýkají smyslu života, identity a hodnoty našeho bytí. Pacienti se mohou ptát, proč se jim děje to, co se děje, a jaký to má vliv na jejich život a okolí. Tyto otázky mohou být doprovázeny silnými emocemi, jako je strach, beznaděj nebo touha po porozumění. Duchovní péče poskytuje prostor pro sdílení těchto

myšlenek a pocitů. Osobní kontakt, empatie a naslouchání mohou mít zásadní vliv na psychiku pacienta. Někteří lidé mohou hledat útěchu v duchovních rituálech, modlitbách nebo v přítomnosti duchovního poradce. Jiní mohou potřebovat pouze někoho, kdo je vyslechne a akceptuje jejich pocity bez posuzování (Svatošová, 2012).

3.3.6 Klinický farmaceut

Má v týmu velmi důležitou roli. Primárním komunikačním partnerem je pro něj odborný lékař. Klinický farmaceut hraje klíčovou roli v zajištění bezpečnosti a efektivity farmakoterapie. Jeho spolupráce s ošetřujícím lékařem je zásadní pro optimalizaci léčby a prevenci nežádoucích účinků. Díky svému vzdělání a odborným znalostem je schopen identifikovat různé polékové problémy, jako jsou:

- **Dávkování:** Klinický farmaceut hodnotí, zda jsou dávky léků přiměřené vzhledem k věku, váze, funkci ledvin a jater či dalším zdravotním stavům pacienta. Případně navrhuje úpravy, aby se předešlo předávkování nebo nedostatečnému účinku.
- **Lékové interakce:** Analyzuje možné interakce mezi různými léky, které pacient užívá. Může jít o interakce, které snižují účinnost léčby, nebo naopak zvyšují riziko nežádoucích účinků.
- **Nežádoucí účinky:** Sleduje a hodnotí výskyt nežádoucích účinků spojených s užíváním léků. V případě potřeby doporučuje alternativy léčby nebo úpravy současné terapie.

Klinický farmaceut také vzdělává pacienty o správném užívání léků, informuje je o možných vedlejších účincích a poskytuje rady ohledně životního stylu, který může podpořit účinnost léčby. Tím vším přispívá ke zlepšení zdravotních výsledků pacientů a zvyšuje celkovou kvalitu poskytované zdravotní péče (Nzip.cz).

4 Výzkumná část

4.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak členové multidisciplinárním týmu v domově se zvláštním režimem vnímají postavení sociálního pracovníka.

4.1.1 Hlavní výzkumná otázka

Jak vnímají členové multidisciplinárního týmu postoj sociálního pracovníka a jeho přínos pro sociální práci v domově se zvláštním režimem?

4.1.2 Dílčí výzkumné otázky

1. Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají postavení case managera (sociálního pracovníka)?
2. Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají evaluaci sledovaném období?
3. Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají přínos spolupráce v týmu pro profesní praxi?

V příloze č. 2 jsou uvedeny otázky, které byly použity v rozhovoru.

4.2 Technika sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Výhodou této techniky je, že tazatel může přizpůsobit otázky aktuální situaci, chápání a plynutí rozhovoru. Je však důležité zajistit, aby byly položeny všechny otázky, což umožní každému účastníkovi vyjádřit se ke všem tématům (Reichel, 2009).

Podle Hendla (2023) výzkumník na začátku procesu vybírá výzkumné téma a formuluje základní výzkumné otázky, které se mohou během rozhovoru měnit nebo doplňovat. Z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum často považován za pružný a spontánní. *"Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek, a provádí deduktivní a induktivní závěry"* (Hendl, 2023, str. 48).

Rozhovory probíhaly na přelomu září a října 2024 v CSOP Praha 15, kde se schází a pracuje multidisciplinární tým. Rozhovory byly vedeny individuálně, každý trval přibližně 30 až 45 minut a byl nahráván na mobilní telefon se souhlasem komunikačních partnerů. Následně byly rozhovory přepsány pro účely analýzy."

4.3 Analýza dat a výsledky výzkumu

K analýze shromážděných dat byla zvolena tematická analýza. Tento přístup zahrnuje nejprve organizaci dat a následné podrobné popisování. Tematická analýza je výhodná díky své flexibilitě, neboť dokáže poskytnout bohaté, podrobné a komplexní informace o shromážděných datech. Výzkumník se zaměřuje na identifikaci podobností v prepisech rozhovorů, na základě, nichž jsou následně vytvářena jednotlivá témata (Hendl, 2023).

4.4 Etika výzkumu

Všichni komunikační partneři byli před jeho začátkem seznámeni s tématem a cílem mé bakalářské práce a dostali odpovědi na všechny své dotazy. Opět jsem je upozornila, že celý rozhovor bude nahráván na mobilní telefon a nahrávky budou následně přepsány do textové podoby pro vyhodnocení výzkumu. K nahrávkám i přepsaným textům nebudou mít přístup žádné jiné osoby a po dokončení výzkumu budou všechna data vymazána. Účastníci byli rovněž informováni o GDPR a podepsali informovaný souhlas. Aby byla zachována anonymita, jsou všichni komunikační partneři zmiňováni v mužském rodě a označeni jako KP1 až KP5.

4.5 Limity výzkumu

Ve výzkumu bylo identifikováno několik limitů. Ocitla jsem se poprvé v roli tazatelky, a velkou neznámou pro mě bylo, zda budu schopna bez problémů zodpovědět všechny dotazy ze strany komunikačních partnerů a nepřerušovat je během rozhovoru. Limitem může být také skutečnost, že všichni společně spolupracujeme na stejném projektu, což může vyústit v komunikační ostych. Navíc může existovat obava z odpovídání podle svého nejlepšího uvážení, aby si zbytek spolupracovníků po přečtení výzkumu na budoucích schůzkách multidisciplinárního týmu navzájem nepřipomínal, kdo jak odpovídal.

4.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek účastníků byl zvolen pomocí metody účelového vzorkování. (Hendl, 2023) Účastníci jsou vybíráni na základě jejich specifických vlastností, které jsou relevantní pro daný výzkum.

Hendl (2023) zdůrazňuje, že tento přístup není zaměřen na náhodnost, ale spíše na logické a strategické rozhodování o tom, kdo může poskytnout nejcennější informace pro zodpovězení výzkumných otázek. V kontextu kvalitativního výzkumu Hendl (2023) doporučuje zaměřit se na hloubku a bohatost dat, což účelové vzorkování umožňuje díky cílenému výběru účastníků. Pro výzkum byli osloveni členové multidisciplinárního týmu v zařízení, kde multidisciplinární tým již delší dobu funguje a má zkušenost s fungováním sociálního pracovníka ve spolupráci v týmu. Následným kritériem byl také souhlas s poskytnutím rozhovoru. Jedná se o pracovní pozice z organizace Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15.

- Ředitelka,
- vrchní sestra,
- pracovník v sociálních službách,
- odborný pracovník geronto-psycho-sociální poradny,
- externí spolupracovník – vedoucí sociálního odboru MČ Prahy 15.

Tabulka 1 – Komunikační partneři

Komunikační partneři	Pohlaví	Délka praxe	Pracovní zařazení
KP 1	Žena	25 let	ředitelka organizace
KP 2	Žena	11 let	pracovnice geronto-psycho-sociální poradny
KP 3	Žena	20 let	vrchní sestra
KP 4	Žena	8 let	pracovník v sociální službách
KP 5	Žena	35 let	vedoucí odboru MČ Praha 15

Zdroj: vlastní zpracování 2024

4.7 Charakteristika domova se zvláštním režimem Centra sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

V této části bakalářské práce se zaměřuji na CSOP Praha 15, konkrétně na domov se zvláštním režimem. Informace zde uvedené jsem získala z výroční zprávy organizace za rok 2023, z webových stránek organizace a od sociální pracovnice.

4.7.1 Základní informace o domově se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem (DZR) byl zřízen v roce 2019 z důvodu vysoké poptávky po tomto typu zařízení. Zřizovatelem je Městská část Praha 15. Domovů se zvláštním režimem je o něco větší nedostatek než ostatních zařízení pro seniory. DZR má kapacitu 57 lůžek, které jsou rozděleny jednolůžkových a dvoulůžkových pokojů. Každý pokoj je vybaven umyvadlem, zrcadlem, toaletou a sprchovým koutem. Každý klient má k dispozici nastavitelné lůžko, skříň, noční stolek a židli nebo křeslo. Ve všech pokojích je také televizor. Primárně jsou přijímáni klienti z městské části Praha 15 nebo ti, kteří mají k místu nějaké vazby, například rodinu či známé (Csop- Praha15.cz).

4.7.2 Poslání organizace

Posláním Domova se zvláštním režimem je poskytovat pobytové služby osobám s omezenou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, jako jsou organické duševní poruchy včetně symptomatických (např. stařecká demence, Alzheimerova demence, jiné typy demencí a deprese). Tyto osoby potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Režim poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. V rámci péče se zajišťuje pomoc při zvládnutí jejich biopsychosociálních potřeb a poskytuje se podpora tak, aby byla co nejdéle zachována jejich soběstačnost. Služby jsou poskytovány podle individuálních potřeb klientů, s ohledem na jejich aktuální zdravotní stav.(csop-praha15.cz)

Cíle Domova se zvláštním režimem:

- Maximálně podporovat fyzické a duševní zdraví (zajištění přístupu k lékařské péči, poskytování dostateku informací o péči o své zdraví),

- poskytovat podporu v oblasti právních úkonů (poskytování pomoci a zastání při rozhodování o právních úkonech, jejich uskutečňování či řešení případných právních důsledků),
- podporovat autonomii klientů v jednání a seburčení (podpora při naplňování práv a oprávněných zájmů, možnost rozhodovat o každodenních záležitostech, přijímat přiměřená rizika a plánovat život podle vlastních hodnot),
- klást důraz na kvalitu a komplexnost poskytovaných úkonů, stejně jako na komunikaci a podporu uživatele, což pozitivně ovlivňuje jeho psychiku. Snaží se také pomáhat uživatelům žít co nejlépe život, tj. podporovat je v návratu do společnosti (např. obnovení kontaktů se vzdálenou rodinou, s dřívějšími přáteli, zájem o veřejné dění a jejich bývalé koníčky apod.),
- udržovat a případně i zlepšovat soběstačnost a samostatnost klientů prostřednictvím vhodných aktivitací. (csop-praha15.cz)

4.7.3 Multidisciplinární tým v domově se zvláštním režimem

Multidisciplinární tým v CSOP Praha 15 začal od roku 2023 pracovat pod projektem číslo: CZ.03.02.02/00/22_027/0001229. Projekt se zaměřuje na zlepšení kvality života osob, které potřebují dlouhodobou péči, s důrazem na ty, kteří trpí duševními onemocněními. Cílem je usnadnit jejich návrat do společnosti prostřednictvím efektivního poskytování služeb v oblasti sociální a zdravotní péče. Klíčovým prvkem je vytvoření multidisciplinárního týmu, který se zaměřuje na poskytování komplexní a odborné podpory klientům v těžkých sociálních situacích.

Díličí cíle projektu zahrnují:

- **Metodické ukotvení postupů multidisciplinárního týmu:** Tato část se zaměřuje na standardizaci postupů, které budou sloužit jako návod pro práci týmu, čímž se zlepší efektivita poskytovaných služeb. Vytvořená metodika umožní lepší spolupráci mezi jednotlivými odborníky.
- **Metodické ukotvení práce case managera:** Tento cíl se zaměřuje na definování rolí a odpovědností case managerů v sociálních službách. Vytvořená metodika přispěje k systému podpory klientů a lepší přehlednost a kvalitu poskytovaných služeb.
- **Zavedení gerontopsychosociálního poradenství:** Projekt se zaměřuje na integraci gerontopsychosociálního poradenství do systému sociální práce. Vytvořené metodiky k implementaci tohoto poradenství do praxe budou důležité pro zajištění dostupnosti a kvality služeb pro starší osoby s psychickými problémy. Tyto metodiky budou zveřejněny a zpřístupněny, aby mohly být aplikovány v celé České republice.

Projekt má přispět k posílení sociální koheze a začleňování zranitelných skupin obyvatelstva, což povede k většímu souladu a podpoře ve společnosti.

4.7.4 Cíle multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem

Hlavním cílem MDT je zvyšování celkové kvality života klientů prostřednictvím cílených intervencí a podpory. Podpora otevřená a efektivní komunikace mezi členy týmu a mezi týmem a klienty, aby se zajistilo správné porozumění potřebám a cílům.

4.7.5 Členové multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem

Členové multidisciplinárního týmu jsou kmenoví zaměstnanci CSOP Praha 15: ředitelka, sociální pracovníce, odborná pracovníce gerontopsychologické poradny, koordinátor, metodik, vrchní sestra a pracovník přímé péče. Pro rozšíření možností pomoci klientům je zastoupena i multioborová spolupráce s vedoucí sociálního odboru MČ Praha 15, lékařem a, v případě potřeby, spolupracujícím psychiatrem. V případě potřeby jsou do týmu přizváni i externí spolupracovníci z jiných organizací.

4.7.6 Pracovní náplň jednotlivých členů multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem:

- **Ředitelka organizace – úvazek 0,25:**

Má funkci garanta. Zastřešuje celý projekt a zajišťuje, aby tým správně interpretoval své výsledky. Zaměřuje se na vytvoření metodiky multidisciplinárního týmu.

- **Case manager – úvazek 0,25:**

Vede agendu o potenciálních klientech a přináší zásadní informace o konkrétních intervencích u klientů. Má na starosti vedení schůzek multidisciplinárního týmu a jejich náplň. Case manager také velmi dobře zná efektivitu a návazné služby. Má dobré znalosti o klientech, jejich potřebách, schopnostech a omezeních. Má na starosti zápisy ze schůzek a rozdělování úkolů uvnitř týmu.

- **Koordinátor – úvazek 0,20:**

Podílí se na začlenění klienta do společenského prostředí a návratu do domácího prostředí. Koordinuje zabezpečení zdravotně sociální péče u klienta s potřebou dlouhodobé péče, pokud se rodinní příslušníci dostatečně neorientují v zabezpečení dlouhodobé péče. Zpracovává případové studie ohledně klientů, které jsou výstupem multidisciplinárního týmu.

- **Odborná pracovníce gerontopsychologické poradny – úvazek 0,25:**

Odborná pracovníce GPS v rámci MDT navrhuje a implementuje terapeutické programy a intervence zaměřené na zlepšení kvality života klientů, které mohou zahrnovat kognitivní trénink či skupinovou terapii. Provádí psychologické hodnocení a diagnostiku, aby identifikovala kognitivní poruchy, jako je demence, a pomohla při plánování vhodného léčebného plánu.

- **Metodik – úvazek 0,15:**

Pracovník na této pozici připravuje metodiky – koordinuje jejich tvorbu, získává podklady od jednotlivých odborných pracovníků a zodpovídá za jejich konečnou podobu. Zpracovává také příklady dobré praxe.

- **Vrchní sestra – úvazek 0,10:**

Je nepostradatelným členem týmu díky každodennímu kontaktu s klienty. Do týmu přináší inovace po zdravotní a ošetrovatelské stránce. Společně s ostatními členy týmu se podílí na tvorbě případových studií.

- **Pracovník v sociálních službách – úvazek 0,05:**

Přináší na schůzky informace týkající se klientů. Velmi často se PSS po ukončení spolupráce MDT s klientem při nástupu do DZR stává klíčovým pracovníkem. Celkově je role pracovníka v přímé péči neocenitelná pro zajištění kvalitní a kontinuální péče, která je přizpůsobena individuálním potřebám klienta. Tento pracovník je často nejbližší osobou klienta z týmu a hraje klíčovou roli v jejich každodenním životě.

4.7.7 SWOT analýza multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem

SWOT analýza pomáhá organizacím lépe porozumět jejich současné situaci a strategicky plánovat do budoucna. SWOT analýza je strategický nástroj používaný k identifikaci a analýze základních faktorů, které ovlivňují projekt.

Přínosy multidisciplinární spolupráce:

- Získání nových zkušeností a poznatků,
- možnost navázání větší spolupráce mezi spolupracovníky,
- sdílení zkušeností a řešení ze své profesní praxe,
- kreativní hledání nových možností pomoci pro klienty,
- získání širšího pohledu na klienta,
- vlastní seberealizace.

Rizika multidisciplinární spolupráce:

- Konfliktní situace mezi kmenovými zaměstnanci organizace,
- příliš odborný jazyk v komunikaci mezi spolupracovníky,
- vysoká fluktuace mezi spolupracovníky v týmu,
- protlačování vlastního názoru v týmu a nedání možnosti ostatním se vyjádřit,
- špatná komunikace a tolerance mezi spolupracovníky,
- přílišná a nesplnitelná očekávání spolupracovníků v týmu,
- špatně vede schůzky týmu,
- nedostatečná agenda.

4.7.8 Schůzky multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem

Schůzky týmu se konají jednou za 14 dní, v úterý či dle potřeby. Schůzky svolává case manager. Postupně vznikají kazuistiky případů s popisem realizace od jednotlivých aktérů. Pravidelně se scházejí tzv. **mikro týmy jednotlivých aktérů**, kteří řeší s klientem zdravotně sociální potřeby, výstupy předávají do kazuistik. Komunikace týmu probíhá osobně nebo prostřednictvím emailu. Každá schůzka MDT má předem naplánovanou strukturu. Vedení schůzky má na starosti case manager.

- Prvním bodem schůzky je vždy přečtení zápisu z předchozí schůzky a ověření, zda byly všechny úkoly splněny.
- Druhý bod schůze řeší aktuální stav probíraných klientů a nové informace.
- Třetí bod schůze je diskuse.
- Na konci schůze case manager deleguje úkoly na ostatní členy týmu a domluví termíny pro splnění úkolů.

Na první schůzce týmu byla vytvořena pravidla pro fungování multidisciplinárního týmu, aby se našel společný komunikační jazyk:

- Všichni účastníci jsou si rovni, je důležitý respekt a úcta,
- každá myšlenka, která je vyslovena, je důležitá,
- účastníci si neskáčou do řeči,
- každý účastník by měl mít stejný čas pro vyjádření svého názoru.
- je důležité udržovat skupinovou dynamiku,
- dodržování přesné agendy schůzky – nevytvářet jiná témata.

Správně fungující MDT je velkým přínosem. Má komplexní dopad na klienty, organizaci i na samotné pracovníky organizace.

Pro klienty: Kvalita péče se zlepšuje, což vede k vyšší spokojenosti klientů. To umožňuje zajistit trvalost péče a pozitivně ovlivňuje klienty, o které se staráme, díky lepšímu rozpoznání problémů a naplnění jejich potřeb.

Pro zaměstnance: Efektivnější multidisciplinární týmy vedou k větší spokojenosti zaměstnanců. Práce v týmech zvyšuje schopnost rozpoznat přínos každého člena, což přispívá k lepšímu duševnímu zdraví a motivaci. Tato dynamika podporuje osobní rozvoj a formování profesní identity.

Pro organizaci: Vyšší spokojenost zaměstnanců snižuje jejich fluktuaci. Dobře spolupracující tým vytváří prostředí pro rozvoj organizační kultury.

4.7.9 Průběh spolupráce multidisciplinárního týmu a klienta

Začátek spolupráce: Každý člen multidisciplinárního týmu (MDT) může navrhnout klienta, který potřebuje pomoc. Sociální pracovnice má spolu s vedoucí sociálního odboru MČP 15 nejvíce kontaktů na klienty. Obě pracovnice se zaměřují na tzv. **síťování klientů**, což je komplexní proces vyžadující spolupráci, komunikaci a flexibilitu, aby byla zajištěna co nejlepší podpora a péče o klienty. Na schůzce MDT je návrh ohledně klienta přednesen a tým rozhodne, zda bude klient zapojen.

Popis činností v multidisciplinárním týmu: Po odsouhlasení klienta začíná práce koordinátora, který ve spolupráci se zbylými členy týmu vytváří případovou studii. Tým provádí komplexní hodnocení potřeb klienta, zahrnující fyzické, psychologické, sociální a emoční aspekty. Toto hodnocení pomáhá identifikovat specifické potřeby a cíle péče pro každého klienta. Case manager zajišťuje, že jednotlivé služby a intervence jsou dobře koordinovány, aby se předešlo duplicitě a byla zajištěna efektivita péče. **To zahrnuje pravidelnou komunikaci mezi členy týmu.**

Ukončení spolupráce: Poté, co celý tým vyhodnotí, že klientovi byla poskytnuta maximální podpora, **dochází k ukončení případové studie a uzavření případu klienta.** 90 % klientů se po ukončení spolupráce případové studie stává klienty domova se zvláštním režimem. I po ukončení spolupráce nadále pokračuje mapování potřeb klienta. Po ukončení spolupráce probíhá reflexe a zhodnocení procesu, aby se tým poučil a mohl zlepšit postupy pro případné budoucí ukončení spolupráce.

4.8 Personální obsazení domova se zvláštním režimem

V každém zařízení poskytující pobytové služby musí být zajištěn odborně vzdělaný personál, empatický a edukovaný v péči o klienty. Péče ošetřovatelská i zdravotní je poskytována 24 hodin denně po celý rok. V dnešní době je velký problém ohledně počtu pracovníků v přímé péči v domově se zvláštním režimem.

Personální obsazení denní směny v týdnu:

- 2x všeobecná sestra – pracovní doba 6:00 hod. – 18:00 hod.
- 1x převazová sestra – pracovní doba 7:00 hod. – 15:30 hod.
- 8x pracovník přímé péče – pracovní doba 6:00 hod. – 18:00 hod.
- 1x ergoterapeut – pracovní doba 7:00 hod. – 15:30 hod.
- 2x aktivizační pracovník – pracovní doba 7:00 hod. – 15:30 hod.
- 1x rehabilitační pracovník – pracovní doba 7:00 hod. – 15:30 hod.

Celkem: 15 pracovníků.

Z toho 10 pracovníků v nepřetržitém provozu, 5 pracovníků na denní směně.

Personální obsazení o víkendu:

- 2x všeobecná sestra – pracovní doba 6:00 hod. – 18:00 hod.
- 6x pracovník přímé péče – pracovní doba 6:00 hod. – 18:00 hod.

Celkem: 8 pracovníků.

Personální obsazení o noční směně:

- 2x všeobecná sestra – pracovní doba 18:00 hod. – 6:00 hod.
- 6x pracovník přímé péče – pracovní doba 18:00 hod. – 6:00 hod.

Celkem: 2 pracovníci.

Z výše uvedených propočtů je patrné, že počet pracovníků v přímé péči na jedné směně je nedostatečný. Dle propočtů na 1 pracovníka přímé péče připadá 7,1 klientů. S tímto problémem se potýká mnoho zařízení pobytových služeb. Dle příkladů dobré praxe by měl být jeden pracovník přímé péče na maximálně 4 klienty.

Teze zákona č. 108/2006 Sb. se zaměřuje na personální standardy v sociálních službách a koeficient dobré praxe, který určuje počet lůžek na jednoho pracovníka ve směně. Tento koeficient bere v úvahu různé faktory, např. potřeby cílové skupiny a specifika typu provozu. Podle nových ustanovení by měly být pro jednotlivé skupiny služeb, jako jsou například pobytové sociální služby (PSS) a sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, nastaveny konkrétní hodnoty koeficientů. Tyto hodnoty zohledňují výši příspěvku na péči, míru dohledu a další důležité aspekty, např. prevenci agresivity. Pro PSS byl koeficient stanoven na 18, zatímco pro SP je to 40.

Vzorec pro výpočet: Pro provoz 100 lůžek je nutné zabezpečit 31 úvazků PSS a 3 úvazky SP.

PSS: $MPS = 100 * 5,56 / 18 = 30,9$

SP: $MPS = 100 * 1,22 / 40 = 3,05$

Pro provoz 57 lůžek v DZR je nutné zabezpečit: 17,6 úvazků PSS a 1,73 úvazku SP.

PSS: $57 * 5,56 / 18 = 17,6$

SP: $57 * 1,22 / 40 = 1,73$

Na jedné denní směně by tedy mělo být 18 pracovníků v přímé péči na 57 klientů. V tom případě by na jednoho pracovníka vycházelo 3,16 klientů.

4.9 Analýza a interpretace získaných dat

4.9.1 DVO 1 - Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají postavení case managera (sociálního pracovníka)?

Tato dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na postavení case managera (sociálního pracovníka) v multidisciplinárním týmu.

Na základě DVO 1 byly sestaveny výzkumné otázky pro rozhovor:

- Je dle vás sociální pracovník v tomto týmu důležitý?
- Jak často komunikujete se sociálním pracovníkem?
- Myslíte, že sociální pracovník má dostatečně silné slovo v týmu?

Z analýzy, která byla provedena, vyplynulo, že spolupracovníci v multidisciplinárním týmu mají různé povědomí o tom, jaké postavení má sociální pracovník. Velká shoda byla v odpovědi, že je v týmu **velmi důležitý a má velký přínos pro celý MDT**. Někteří spolupracovníci zdůrazňují přínos sociálního pracovníka **díky jeho zkušenostem a sociálnímu vnímání** konkrétních případů. Velmi často bylo zmiňováno propojení zdravotní a sociální problematiky, jak uvedli KP1, KP2, KP3 a KP5.

KP1 uvádí: „*Já si určitě myslím, že v tomto týmu je sociální pracovník velmi důležitý. Primárně je to z důvodu, že zde zastupuje sociální část. Díky mému vzdělání ve zdravotní sféře je pro mě sociální pracovník velkým partnerem v multidisciplinárním týmu. Když něco řešíme nebo vytváříme, myslím, že opravdu je zde důležitý. Přináší pohled na sociální část konkrétního problému, konkrétní kazuistiky, problému, který u klienta může nastat. Myslím, že díky jeho velkému přehledu ohledně sociálních dávek, návazných služeb a možností, jak spolupracovat nejen s klientem, ale i s rodinou, je opravdu velmi důležitý*“.

Je zajímavé, že KP4 nemá přesnou představu o tom, co práce sociálního pracovníka obnáší. KP4 uvádí: „*Sociální pracovník často přináší nové nápady a informace. Když mluví o konkrétním případě, je to zajímavé. Zná klienta z jiného pohledu než já, jako pracovník přímé péče, ale myslím, že nevidí veškerou ošetrovatelskou práci. Zdá se mi, že očekává, že vše půjde podle teorie. Co všechno dělá, netuším*“.

Komunikace se sociálním pracovníkem je pro členy týmu velmi důležitá. KP1, KP2, KP3 a KP5 se shodují, že komunikují se sociálním pracovníkem denně nebo dle aktuální situace.

KP3 uvádí: „*Se sociálním pracovníkem komunikuji denně, nejen v týmu, ale i díky mé profesi. Často se potkáváme na oddělení a diskutujeme o klientech. Dávám sociálnímu pracovníkovi návrhy na zvýšení příspěvku na péči, nebo pokud došlo ke změně zdravotního stavu klienta. Řešíme individuální plány a plány péče pro každého klienta zvlášť. Sociální pracovník je přítomen při příjmu nového klienta a pomáhá i při úmrtí klienta*“.

Komunikace se sociálním pracovníkem je klíčová pro organizaci i rodiny klientů. KP5 uvádí: „*Při spolupráci s CSOP Praha 15 je pro mě důležitá komunikace se sociálním pracovníkem. Provádíme depistáže a je kontaktním pracovníkem pro řešení problémů. Nedokážu říct, zda*

spolu mluvíme třikrát týdně nebo jednou za 14 dní, vždy to závisí na situaci. Tým se schází jednou za dva týdny“.

Je zajímavé, že KP4 na tuto otázku reagoval jinak než ostatní. Je to dáno tím, že KP4 sám má jinou pracovní náplň, zaměřenou na ošetrovatelskou činnost. Nicméně ke profesi sociálního pracovníka se staví pozitivně.

KP4 vysvětluje: *„Moc často s ním nekomunikuji. Vidím ho spíše občas, zejména když nastoupí nový klient. Pokud nepřijde s konkrétním problémem, nevidím ho. Pracuji na směny a sociální pracovník pracuje přes týden na 8 hodin. Víím, že se na něj mohu obrátit s dotazy, zejména pokud můj klient, kterému dělám klíčového pracovníka, potřebuje pomoc“.*

*„Sociální pracovník má určitě důležité slovo, ale hlavní má určitě **paní ředitelka**“.* (KP3) Určit, zda má **sociální pracovník důležité slovo** v týmu, je složité. KP3, KP4 a KP5 se shodují, že hlavní slovo má ředitelka organizace. Všichni se spíše drží **pracovní hierarchie**, kde ředitelka vede tým.

KP1 uvádí: *„Někdo možná řekne, že já jako ředitelka mám hlavní slovo, ale věřím, že je to spíše sociální pracovník, který tým koordinuje a moderuje“.*

KP2 zmiňuje: *„Myslím si, že hlavní slovo má sociální pracovník, který by měl spravovat všechny zápisy a koordinaci týmu. **Nicméně stále převažuje v týmu pocit, že paní ředitelka má hlavní slovo**“.*

Shrnutí a diskuse DVO1

Řezníček (2000) popsal, že **sociální pracovník může zastávat různé role**, mezi které patří pečovatel, zprostředkovatel služeb, trenér pro sociální adaptaci, poradce, manažer případů, manažer pracovní náplně, personální manažer, administrátor a iniciátor sociálních změn.

Z odpovědí komunikačních partnerů 1, 2, 3 a 5 vyplynulo, že **mají povědomí o činnostech a rolích**, které sociální pracovník zastává. Komunikační partner 4 ve své odpovědi poukázal na to, že netuší, co **sociální pracovník dělá, ani jaké role má**.

Z odpovědí komunikačních partnerů vyplynulo, jaké postavení má case manager (sociální pracovník) v multidisciplinárním týmu. Výzkum ukázal, že většina komunikačních partnerů (1, 2, 3, 5) se shoduje na tom, že postavení sociálního pracovníka je pevné a členové týmu vědí, jaké má sociální pracovník postavení.

Jasná a efektivní komunikace, sdílení informací mezi členy týmu a účast na společných aktivitách vytvářejí základnu pro důvěru. Členové týmu reagují na vzájemnou interakci způsobem, který nejen posiluje důvěru, ale také ji rozvíjí. V tomto prostředí důvěra znamená vzájemné porozumění záměrům jednání a obecnou přijetí. (Kolajová, 2006)

Tvrzení, které uvádí odborná literatura se bohužel v týmu neplatí. KP4 má z pohledu analýzy a pracovního zařazení méně možností s komunikací se sociálním pracovníkem. Tento jev se ukazuje primárně z důvodu pracovního zařazení KP4. Sám má pocit, že do týmu nezapadá a nepatří. Ostatní komunikační partneři mají blíže k sociálnímu pracovníkovi a komunikují často na denní bázi.

Matoušek (2013) uvádí, že postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je velmi důležité a zásadní. Sociální pracovník by měl být ten, kdo tým vede a koordinuje, facilituje, předává informace aj.

Bohužel, toto tvrzení se ukázalo částečně jako nesplnitelné. Při setkávání MDT hraje roli pracovní hierarchie. Zdali má sociální pracovník důležité slovo v týmu tak z pohledu odpovědí komunikačních partnerů 3,4,5 je pro ně spíše ten kdo má hlavní slovo tak je dle nich ředitelka organizace. Vnímají ji jako autoritu. Naopak komunikační partneři 1,2 se přiklánějí k tomu, že hlavní slovo má sociální pracovník, ale i dle jejich slov převládá pocit, že ředitelka organizace i když nevede multidisciplinární tým má hlavní slovo.

4.9.2 DVO 2 - Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají evaluaci sledovaném období?

Tato dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na evaluaci multidisciplinárního týmu ve sledovaném období 9/2023–9/2024.

Na základě DVO 2 byly sestaveny výzkumné otázky do rozhovoru:

- Jak vnímáte posun v multidisciplinárním týmu za sledované období 9/2023–9/2024?
- Je ve sledovaném období nějaký krok, který si vybavíte, že byste udělali jinak?
- Jak hodnotíte přínos multidisciplinárního týmu ve sledovaném období pro klienty?
- Zajímá vás stav klientů i nadále po ukončení případu v rámci multidisciplinárního týmu?

Multidisciplinární tým, který vznikl v CSOP Praha 15, je velmi důležitý pro správné fungování organizace. Začátek budování MDT byl dle KP1: „*Neříkám, že na začátku tam nebyly nějaké komplikace. Velmi špatná komunikace, dokumentace, levá ruka nevěděla, co dělá pravá ruka. Výběr členů týmu ze začátku vůbec nebyl adekvátní toho, jak mělo vše fungovat*“.

Všichni komunikační partneři uvádějí, že **začátek spolupráce byl velmi náročný** a nebylo jednoduché se často **dohodnout na společných krocích**. „*Komunikace velmi vážla a nebyla ucelená*“, uvádí KP3. „*Ze začátku ten tým byl takový jako hodně nestabilní, docházelo k velkým odchodům, příchodům zase nových členů do toho týmu a ten tým se v tu chvíli začátku opravdu nesjednotil*“, zhodnocuje KP4. Jak je možné si povšimnout, začátky spolupráce multidisciplinárního týmu nebyly jednoduché. Docházelo ke komunikačnímu šumu či fluktuaci spolupracovníků.

Komunikace je **primární krok pro správné fungování týmu**. Pokud není komunikace adekvátní, dochází ke komunikačnímu šumu a **velmi často ke konfliktům**, které nejsou pro nikoho příjemné. „*Komunikace je pro mě na prvním místě, bez správné komunikace nic nefunguje*“, uvádí KP2.

Otázka je také směřována, jak dotazovaní komunikační partneři vnímají posun v multidisciplinárním týmu v určitém časovém úseku (9/2023–9/2024). Průběžné hodnocení spolupráce je velmi důležité pro členy týmu, aby mohli zhodnotit práci za konkrétní časový úsek. „*K takovému sjednocení týmu došlo zhruba, podle mě, až někdy tak začátkem roku 2024, když vlastně ten tým dostal nějakou podobu a nestřídají se již spolupracovníci*“, uvádí KP2.

Dle komunikačních partnerů 1, 2, 3, 5 bylo důležité **nastavit správné předávání informací, delegování úkolů dle členů týmu** a mít místo pro **efektivní sdílení informací**. Ze začátku týmu tyto informace nebyly lehce dohledatelné a členové týmu často řešili konflikty při spolupráci uvnitř týmu. „*Pro mě je také velmi důležité to, že vznikl ten systém pro předávání informací a úkolů, aby každý věděl, co má kdo na starosti a nedocházelo k hádkám*“, zmiňuje KP2.

„*Od té doby, kdy máme One drive na ukládání dokumentů a pracovní WhatsApp, došlo za mě ke zlepšení a delegaci úkolů,*“ uvádí KP1. Informační kanály, zápisy z porad má na starosti case

manager. „Díky informačním kanálům mám díky své externí spolupráci více informací, i když technika není pro mě jednoduchá, tak jsem ráda,“ uvádí KP5. Naopak KP4 se o sdílení informací či skupinovém chatu vůbec nezminil. Byla podána podotázka ohledně předávání informací, ale dle jeho slov: „Informace mi stačí, co slyším, nepotřebuji, aby mi furt vyskakoval nějaký chat, kde se akorát věcně někdo dohaduje nebo si tam píše co a jak.“

Komunikační partneři 1, 2, 3, 4, 5 se shodují na tom, že za sledované období se spolupráce v MDT posunula a pomáhá klientům více než na začátku spolupráce. „Myslím si, že za ten rok jsme se posunuli v tom, že kvalitně dokážeme pomoci klientovi. Ne vždy se to povede, ale snažíme se, nebo aspoň já“, zmiňuje KP4.

Spolupráce členů multidisciplinárního týmu by měla přinášet kvalitní a efektivní řešení pro klienty. „Za mě ta práce za rok je velmi vidět, ale stále to není ono. Dle mého by to chtělo urychlit pomoc klientům a více se zaměřit na efektivitu,“ uvádí KP1. Členové MDT kromě externích spolupracovníků jsou kmenoví zaměstnanci CSOP Prahy 15. „Hlavně si myslím, že pro ty klienty je to i z důvodu toho, že můžou vzniknout nové metody, zlepšuje se komunikace a zlepšuje se pro mě primárně to, že i tam probíhá taková ta lepší komunikace s tou rodinou versus klient versus zařízení“, uvádí KP3.

Komunikační partneři 1, 2, 3, 5 se shodují na tom, že část kroků, které uskutečnili ve sledovaném období, by udělali jinak. „Rozhodně bych **neřešila svou práci přímo v týmu**, zbytečně pak došlo k hádce, která byla zbytečná a celý tým se rozhádal a atmosféra nebyla taková, jaká by měla být“, uvádí KP3. „Velmi často jsem poukazovala na to, že interní záležitosti organizace se zde řešit nemají, ale poté se mi ukázalo, že je potřeba, abych i část těchto informací znala“, zmiňuje KP5.

KP1, 2, 3, 4 zmiňují, že udělali chybu, že několikrát **řešili na schůzce multidisciplinárního týmu záležitosti, které se netýkaly klientů, ale naopak jejich pracovních záležitostí**. Tato situace vnesla do týmu špatnou atmosféru. Pokud by se tato situace opakovala, může to vnést negativní přístup od členů týmu.

Velmi mě překvapilo, že při rozhovorech vždy komunikační partneři jako první uvedli kroky, které směřovaly k multidisciplinárnímu týmu, které by uskutečnili jinak. „Určitě těch kroků je víc. Z mého pohledu jsem se pokoušela o **vytvoření perfektního evidenčního systému**, který jsem nakonec nerealizovala, protože byl pro členy týmu příliš složitý. Sama jsem se musela přizpůsobit praktičtějším potřebám sdílení dat a komunikace“, uvádí KP2. „Každý chybujeme a těch chyb bylo několik. Ať to byly špatně rozdělené role v týmu, ať to byla špatná komunikace, tak samozřejmě ano, nějaké kroky bych v tu chvíli udělala jinak, ale myslím si, že tým, tak jak je dnes, funguje dobře“, zmiňuje KP1.

Až po částech těchto odpovědí se komunikační partneři začali rozmyšlet nad klienty. „Netvrdím, že všechny kroky, které se týkají klientů, jsme udělali správně, ale pevně věřím, že těch chyb bylo minimum“, uvádí KP2. „Pamatuji si, že u jednoho klienta jsem se snažila vnutit **svůj postup realizací**, všichni i když s výhradami to odsouhlasili a pak se zjistilo, že to byla **chyba**“, zmiňuje KP3.

Velmi často se setkáváme nejen v sociální práci s tím, že mohou být překročeny kompetence pracovníků. Je velmi důležité nastavení hranic ve spolupráci mezi členy multidisciplinárního týmu a klientem. „Bohužel jsem selhala v tom, že jsem se snažila přesvědčit klienta o kroku, který byl z mého pohledu důležitý, ale pro něj ne. **Klient další spolupráci odmítl**“, uvádí KP2.

Může nastat situace, že nastavené kroky k plnění cílů u klienta mohou selhat či je bude nutné pozměnit. „*Snažila jsem se sama prosadit v týmu vhodné kroky v sociální intervenci u klienta a přesvědčila jsem tým, že je to takto nutné. Bohužel pomoc klientovi se o měsíc prodloužila z důvodu špatně nastavených kroků ke splnění cílů*“, uvádí KP1.

Multidisciplinární tým je primárně určen pro klienty, kterým by měl komplexně za pomoci různých odborníků pomáhat v těžkých životních událostech. Velmi důležitým krokem v MDT je také správné **individuální plánování**, které je základním diagnostickým nástrojem, a je cílem **poskytování služeb a podpory** v multidisciplinárním týmu.

Komunikační partneři 1, 2, 3 uvádějí, že je pro ně důležitá také spolupráce mezi klientem, MDT a rodinou. KP2 uvádí: „*Pro ty klienty to opravdu má velký přínos v tom, že mají různé možnosti, dokážeme jim efektivněji pomáhat, efektivněji vyřešit jejich problém a snažíme se opravdu s tím klientem komunikovat jako rovnocenným partnerem, nejenom s klientem, ale i s jeho rodinou*“.

Po skončení spolupráce mezi klientem a MDT je důležité také nadále klienta monitorovat a zjišťovat, zda je vše v pořádku či zda není potřeba znovu vyhledat vhodné řešení. Zhruba 90 % klientů, kteří se řeší v rámci multidisciplinárního týmu, **jsou klienti domova se zvláštním režimem**, který spadá pod CSOP Praha 15. „*To víte, že mě zajímá, jak je to s klientem dále a jak se mu daří*“, uvádí KP1. Všichni komunikační partneři se v této části rozhovoru shodli na tom, že je pro ně důležité a stěžejní vědět o tom, jak se klientovi vede po skončení spolupráce. „*Díky tomu, že pracuji v přímé péči v domově se zvláštním režimem, tak klienty vídám dále. Dokonce u dvou klientů z projektu jsem klíčový pracovník*“, zmiňuje KP4. KP5 uvádí: „*Díky tomu, že nepracuji přímo v organizaci, tak další informace o klientech získávám přímo od spolupracovníků v týmu. Jsem ráda, když zjistím, že jsme jim pomohli*“.

Shrnutí a diskuse DVO2

Dle Kolajové (2006) je **multidisciplinární tým definován jako skupina odborníků z různých oborů, kteří efektivně spolupracují**. Využití multidisciplinárního týmu v praxi sociální práce je velmi přínosné. Rozmanitost odborníků v takovém týmu pozitivně ovlivňuje rozhodovací proces v jednotlivých případech, protože umožňuje nahlížet na situaci z různých perspektiv.

Toto tvrzení, které uvádí autorka souhlasí. MDT v CSOP Praha 15 je složen z odborníků různých oborů, kteří se snaží efektivně řešit případy klientů. Pokud by bylo potřeba probíhá i externí spolupráce s odborníky z jiných zařízení či odborností. **Velmi často je do týmu přizván duchovní pracovník**.

Z jednotlivých odpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že začátky multidisciplinárního týmu ve sledovaném období nebyly jednoduché. Velkým problémem pro ně byla prioritně komunikace, změny v členech týmů, špatné předávání dokumentů o klientech a zápisů z porad. Ve druhém čtvrtletí sledovaného období došlo ke stabilizaci členů týmu a vytvoření úložiště pro dokumenty a skupinový chat.

Vymětal (2008) ve své knize zdůrazňuje, že pro dosažení efektivní komunikace je nutné splnit několik klíčových požadavků. Tyto požadavky zahrnují zřetelnost, která zajišťuje, že sdělení jsou jasná a srozumitelná, stručnost, která umožňuje předání informací bez zbytečných detailů, správnost, která garantuje přesnost sdělovaných údajů; úplnost, která zajišťuje, že všechny potřebné informace jsou zahrnuty; a zdvořilost, která podporuje respekt a pozitivní interakci mezi komunikujícími stranami.

Tvrzení, které je uvedeno v odborné literatuře se shodují s tím, jak nyní komunikační partneři uvádí, jak funguje komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu. Důležité pro komunikační partnery 1,2,3,5 je efektivní komunikace uvnitř a dostatečná a vhodná komunikace se sociálním pracovníkem.

KP2 si velmi zakládá na správném předávání informací a jak zmiňuje, je to důležité. Je zajímavé si povšimnout, že pro zlepšení komunikace v týmu byla v několika krocích nastavena efektivní týmová práce. Společně case managerem vyvinuli metodiku pro tým, zaměřenou na sdílení informací důležitých pro práci v multidisciplinárním týmu. Efektivní týmová komunikace byla nastavena prostřednictvím několika kroků:

- 1) Veškerá dokumentace, včetně kazuistik, je sdílena v rámci týmu online, s důrazem na dodržování zásad ochrany osobních údajů,
- 2) pro operativní komunikaci týmu byla vytvořena uzavřená skupina na sociálních sítích.
- 3) nástroj ASANA, spravovaný case managerem, je používán pro řízení operativních úkolů vycházejících z jednání, kazuistik a dalších aktivit.

Tento krok po sdílení informací si chválí komunikační partneři 1, 2, 3, 5, naopak KP4 se k tomuto kroku staví negativně, i přes to, že ví, že je důležité mít přístup k informacím. Komunikační partner číslo 4 dle mého názoru není vhodný člen MDT. Jeho postoj je velmi často negativistický, ale nelze mu odepřít to, že se nezajímá o klienty. Naopak dle mého názoru jsou klienti pro něj velmi důležití.

V současné době se mluví velmi o tzv. **evaluaci**, která je chápána jako systematické zkoumání kvality nebo hodnoty jednotlivých částí, které umožňuje usuzovat o celkové efektivitě práce a o edukativním potenciálu a výsledkem je určení hodnoty a efektivity práce. Výsledky tedy slouží i jako podklad k plánování a realizaci dalších úkonů pro tým pro další období (Národní pedagogický institut České republiky, 2022).

Evaluace v MDT je nastavena na metodu **kulatého stolu**, která představuje jednu z nejrozšířenějších a klasických technik pro skupinovou diskusi. **Základním principem je rovnost mezi účastníky**, což je symbolicky reprezentováno jejich **sezením v kruhu**. K dosažení této rovnosti je důležité nejen uspořádání účastníků, ale také vyvážené vedení diskuse. Diskusi vede case manager. Schůzky u kulatého stolu probíhají jednou za tři měsíce.

Komunikační partneři 1,2,3,5 vnímají evaluaci jako důležitou součást týmu, která jim přináší možnost v tom, že na konkrétních případech si vždy mohou uvědomit, jak byli kroky k naplnění cílů vedeny a zda do budoucna mohou použít stejné či podobné metody. Evaluaci vede v MDT přímo case manager.

Součástí této dílčí otázky bylo také, zda si komunikační partneři vybavují eventuálně nějaké kroky, které by ve sledovaném období udělali jinak. KP1 se zaměřoval na špatně vybrané členy týmu a tento krok si klade za svou chybu při začátku spolupráce. Naopak komunikační partneři 2 a 3 si vybavili kroky, které udělali špatně u klienta a zpětně si je vybavují, že tyto kroky prodloužily efektivní pomoc klientovi.

Matoušek (2013) uvádí, že multidisciplinární týmy přinášejí klientům řadu výhod díky své schopnosti využívat různé odbornosti a perspektivy. Zde jsou některé z klíčových přínosů:

- **Komplexní péče:** tým složený z odborníků z různých oborů může poskytnout ucelenější a integrovanější péči nebo služby, což znamená, že všechny aspekty klientovy situace jsou zohledněny,

- **lepší řešení problémů:** díky různorodosti znalostí a zkušeností mohou multidisciplinární týmy přistupovat k problémům kreativněji a hledat inovativní řešení, která by jednotlivci mohli přehlédnout,
- **koordinace služeb:** multidisciplinární týmy umožňují lepší koordinaci mezi různými službami a intervencemi, čímž se eliminuje duplicita úsilí a zvyšuje efektivita,
- **rychlejší reakce:** díky multioborové spolupráci odborníků je možné rychleji identifikovat potřeby klienta a reagovat na ně, což vede k efektivnějšímu řešení problémů.

Komunikační partneři se s výše uvedeným tvrzením ztotožňují. Jako hlavní **výhodu multidisciplinární spolupráce** pro klienta uvádějí rychlost a **komplexní péči o klienta** nejen po stránce sociální či zdravotní, ale i **spirituální část** přináší klientům velkou pomoc.

Komunikační partneři 1, 2, 3, 5 zmiňují velký přínos pro klienty a jejich rodinné příslušníky. Směřované odpovědi byly také pro vytvoření nové metodiky, která může z výsledků multidisciplinárního týmu vyjít a pomoci více klientům. Po skončení spolupráce mezi multidisciplinárním týmem a klientem uvádějí shodně všichni komunikační partneři, že je nadále zajímavá, jak se klientovi vede a zda je vše v pořádku.

Komunikační partneři 1, 2, 3, 4 se nadále ve svém zaměstnání s klienty setkávají a nadále s nimi řeší intervence a spolupráce pokračuje. KP5 díky své externí spolupráci získává dle jeho slov informace od členů multidisciplinárního týmu. Všichni komunikační partneři se shodují na tom, že pokud by došlo ke změně potřeb u klienta, jsou připraveni znovu v multidisciplinární spolupráci na konkrétním případě pokračovat.

4.9.3 DVO 3 - Jak členové multidisciplinárního týmu vnímají přínos spolupráce v týmu pro profesní praxi?

Tato dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na přínos práce v multidisciplinárním týmu pro členy v jejich profesní praxi.

Na základě DVO 3 byli sestaveny otázky do rozhovoru:

- Jak hodnotíte přínos spolupráce v multidisciplinárním týmu pro vaší profesní praxi?
- Jak se dostanete do prvního kontaktu s potencionálním klientem?
- Jsou dle vašich zkušeností jasné role v týmu, je postavení členů rovnocenné?

Klíčovým principem činnosti MDT je **partnerství s klientem** („proklientský“ přístup). Zaměřuje se i na subjektivně vnímanou podporu důstojnosti a kvality života každého klienta s jeho zapojením tak, aby byl navýšen efekt dané podpory. V tom je blízká souvislost s evaluací, z důvodu toho, že tým zajímá po skončení kazuistiky i případná zpětná vazba od klienta.

Komunikační partneři se shodli na tom, že spolupráce v multidisciplinárním týmu jim přináší **nové zkušenosti a nápady** pro jejich profesní praxi. „*Díky mé profesi jsem v kontaktu s klienty na oddělení, ale poslouchat propojení sociální a zdravotní stránky je pro mě úžasné a inspirující*“ (uvádí KP3).

Komunikační partneři 1,2,3,4 se shodují na tom, že spolupráce s externími pracovníky z jiných zařízení a organizací je pro ně důležitá. „*Minule tady byli z domova se zvláštním režimem z Prahy 4. Bylo inspirující pro mě slyšet, jak to tam funguje*“ (zmiňuje KP2). Inovace, které díky **multioborové spolupráci** mohou členové týmu získat má velkou přidanou hodnotu pro jejich profesní praxi i osobní život. Inovace je důležitá v každé profesi.

V sociální sféře může inovace napomáhat **ke zlepšení procesů péče** o klienty nebo vymyšlení nové metody vhodné pro sociální práci. „*Od kolegyně z úřadu jsem se dozvěděla tip, jak komunikovat s konfliktní rodinou a pomohli mi to velmi v mé práci. Ona tu rodinu znala již z úřadu a věděla jak ně. Teď ten přístup jsem použila asi už 3x.*“ (zmiňuje KP2). Velmi důležité je i sdílení zkušeností, které je vhodné pro profesní praxi.

„*Informace, které při schůzkách získávám pro ně znamenají i možnost profesního růstu v mém zaměstnání*“ (zmiňuje KP5). **Cílem profesního růstu** je zvýšení zkušeností, růstu a znalostí v profesní oblasti.

KP4 uvádí: *No, tahle otázka je pro mě velmi zajímavá, protože de facto pro mě je to nová zkušenost. „Pani ředitelka mi dala možnost se do takového týmu připojit, i když nemám vzdělání vysokoškolské či nějaké specializované, mám pouze výuční obor, je to pro mě velmi zajímavé“.*

Klienti, kteří jsou zařazeni do spolupráce v multidisciplinárním týmu se nejčastěji setkávají jako první se sociální pracovníkem, který s nimi komunikuje jako člen organizace. Provede s ním sociální šetření, které je důležité. Komunikační partneři 1,2,3,5 se zmiňují o tom, že **potencionální klienti** primárně vždy uvádí case manager, ale díky **rovnoprávnosti týmu** každý může doporučit potencionálního klienta. „*Velmi často se setkám na depistáži se zajímavým klientem a na nejbližší schůzce MDT vždy přednesu lehký výtah z depistáže*“ (uvádí KP5).

Klient, který po domluvě celého týmu je zařazen na poskytnutí pomoci je vždy schválen celým týmem. „*Když vybereme klienta vždy se na tom musí celý tým shodnout, zda vůbec dokážeme nějak pomoci*“ (uvádí KP2). Po schválení zapojení klienta je vždy důležité, aby se celý tým seznámil s informacemi ohledně klienta. „*Ten, který klienta zapojí do spolupráce vždy musí celému týmu uvést všechny důležité informace o něm. Jinak to nemá cenu*“ (zmiňuje KP1).

Po předání základních informací, intervencí ohledně klienta je dochází k delegaci úkolů uvnitř týmu. „*Po tom, co se seznámíme s informacemi si přebírá slovo case manager a **deleguje úkoly** kdo co zařídí, zjistí a do jakého termínu*“ (uvádí KP2). Rozdělení úkolů je velmi důležitý pro plynulý chod týmu a pomoci klientovi.

KP4 zmiňuje: „*Mě vždy přijde, že ty úkoly jsou tak jako divně rozděleny. Moc jich nedostávám a jsem za to ráda. Myslím si, že by to stejně nebylo jako od nich.*“

„*Já jsem ráda, že ty úkoly jsou rozděleny aspoň se pak nedohadujeme, kdo měl co udělat a do kdy*“ (uvádí KP1). Po rozdělení úkolů dochází k tomu, že case manager sepíše případovou studii, která se týká klienta. Jsou zde uvedeny základní údaje, sociální a zdravotní anamnéza, intervence a cíl spolupráce.

„*Vždy když jsou úkoly, které jsou přidělené připraví case manager případovou studii a vyjadřujeme s k ní. Ay to vždy byla společná práce a ne jednotlivce*“ (upřesňuje KP1).

Případovou studii vždy ukončuje celý tým. Před ukončení případové studie vždy „*celý tým znovu projde případ a udělá si shrnutí co je případová studie naučila a ukázala pro možnosti pomoci klienta*“ (uvádí KP3).

Důležité pro správné fungování MDT je také rozdělení rolí. „*Také role jsme si museli vyjasňovat a prakticky je naplňovat. Někdy je třeba rozlišovat kompetence v týmu a v rámci organizace*“ (uvádí KP1).

Komunikační partneři se shodli na tom, že začátky **postavení rolí v týmu nebyli jednoznačně určeny**. Velkým problémem je komunikace mezi členy. Kolektiv je složen pouze z žen a chybí zde

mužský element. „Samozřejmě **dojde ke konfliktu**, ale ty konflikty se snažíme hnedka usměrnit , ale ne vždy se to povede atmosféra pak není ideální“ (uvádí KP3).

Role, jak jsou nyní nastaveny dle vyjádření komunikačních partnerů 1,2,3,5 jsou nyní v pořádku. „Od té doby, co nám ředitelka vysvětlila, kdo co má za úkol to tak nějak funguje“ (uvádí KP2).

KP1 zmiňuje jeden stěžejní problém v týmu. **Jedná se o to, že jeden člen týmu není plně přijímán ostatními členy týmu.** „Často si všímám toho, že ten tým neříkám, že vystrnaduje či nebere vážně pracovníka v přímé službě. Protože oni toho člověka vidí zase úplně jinak. Vidí ho jako toho, kdo se o toho klienta stará o jeho pečovatelskou stránku. Ale myslím si, že ten pracovník v přímé péči v tomhle týmu je opravdu důležitý i z důvodu toho, že on přináší nám ten pohled na tu ošetrovatelskou část, jak se o toho klienta starat, jaké jsou možnosti, co lze dělat, co nelze dělat“.

Základním pravidlem pro správné fungování týmu je to, že každý si je rovný. „Prostě necítím se v tom týmu dobře, protože nemám takové vzdělání a zkušenosti jako ostatní členové týmu“ (uvádí KP4).

Mezi členy multidisciplinárního týmu je klíčová efektivní a otevřená komunikace, která umožňuje každému účastníkovi vyjádřit své názory, myšlenky a obavy. **Spontánní identifikace členů týmu** zahrnuje přirozené **propojení a vzájemné porozumění**, které posiluje týmovou spolupráci a důvěru.

KP2 uvádí: „Na začátku spolupráce v týmu jsme si vytvořili pravidla, ale moc se nám nedaří dodržovat.“ Interní pravidla jsou velmi důležitá a je potřeba aby se na nich shodli všichni a snažili se je dodržovat. „I když máme ty pravidla tak my vadí, že si všichni skáčou do řeči a pak nikdo neví nic“ (zmiňuje KP5).

Shrnutí a diskuse DVO3

Komunikační partneři se shodli na tom, že spolupráce v multidisciplinárním týmu jim přináší nové zkušenosti do jejich profesního života. Získávají nové informace a pohledy na konkrétní situace, které řeší ve své práci či osobním životě.

Základní funkce týmu se dělí na formální a neformální. Kolajová (2006, str. 18-19) uvádí, že funkce formálního týmu zahrnují „koordinaci činnosti, řešení složitých úkolů, podněcování a rozvoj nových myšlenek, které směřují k plnění úkolů“. Naopak neformální funkce týmu „směřují k naplnění potřeb členů“.

Komunikační partneři se shodují na tom, že **formální funkce týmu jsou splněny**. Tým dostatečně koordinuje činnosti, rozvíjí nové myšlenky a zajišťuje dostatečnou inovaci a efektivnost. **Neformální funkce týmu** se však podle vyjádření komunikačních partnerů **nedaří dostatečně naplňovat**. Velmi často se podle nich na schůzkách řeší spíše konfliktní situace mezi členy organizace. Dá se říct, že si na těchto schůzkách řeší osobní a profesní spory. KP1 se snaží tento jev co nejvíce minimalizovat. Společně s ostatními členy týmu se pokusil nastavit pravidla pro správné fungování, ale ne vždy jsou správně dodržena.

Dle Chloupkové (2013) **sociální šetření provádí sociální pracovník**. Provádí tzv. depistáž, nejčastěji v domácím prostředí klienta. Sociální pracovník může informace, které získá, uceleně předat celému týmu.

První kontakt s klientem uskutečňuje sociální pracovník, který provádí síťování klientů ve svém prostředí. Nejčastěji potenciální klient sám kontaktuje sociálního pracovníka nebo přímo organizaci.

Komunikační partneři se s tímto tvrzením ztotožňují. Sociální pracovník při schůzce MDT přináší primárně informace o klientech. Komunikační partneři také uvádějí, že v týmu je rovnoprávnost a kdokoliv může přednést klienta, který je vhodný pro spolupráci v multidisciplinárním týmu.

Role v MDT by měli být rozděleny dle funkcí a náplně práce, ale dle bližšího zkoumání tomu tak bohužel není.

Podle Kolajové (2006) **je role jednotlivce v týmu charakterizována jeho přirozeným chováním, které je přijímáno celou skupinou.** Zahrnuje to, jak daný člen interaguje s ostatními, jak přistupuje k řešení problémů, a jaké postoje zaujímá při plnění úkolů. Tato role je ovlivněna osobními hodnotami a postoji, ale také aktuální situací, problémem k řešení a složením týmu. V multidisciplinárních týmech je role jednotlivce často ovlivněna jeho profesní odborností.

Komunikační partneři se shodli, že určení rolí v týmu bylo dlouhodobějším problémem. Podle KP1 se často stávalo, že si někteří členové týmu mysleli, že mohou zasahovat i do práce ostatních.

Matoušek (2013) uvádí, že **rozdělení rolí v týmu by měl zajišťovat case manager.** Toto tvrzení zde však v multidisciplinárním týmu v CSOP Praha 15 neplatí. Role v týmu rozdělila ředitelka organizace. Znovu se zde poukázalo na profesní hierarchii.

KP4 se v týmu cítí nedoceněný a má problém s ostatními členy týmu. Váží si jich, ale má problém s tím, že si zde přijde nevhodně z důvodu svého vzdělání a pracovního postavení. Na tento jev poukazuje i KP1.

V závěru lze říct, že komunikační partneři si cení své práce v multidisciplinárním týmu a váží si přínosu pro své profesní i osobní uplatnění.

4.10 Návrh pro praxi a doporučení

Shrnutím této části podkapitoly bych ráda poukázala na to, že je důležité, aby došlo v rámci multidisciplinárního týmu ke zlepšení komunikace a vzájemnému respektu. Byla vytvořena vhodná metodika pro spolupráci MDT a správné rozdělení rolí uvnitř týmu.

Multidisciplinární tým v Centru sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15 pracuje na projektu s číslem CZ.03.02.02/00/22_027/0001229. Projekt si klade za cíl nejen podpořit vyloučené osoby, ale také zajistit akreditační program, který by mohl přispět k tvorbě multidisciplinárních týmů a jejich metodiky.

Z analýzy, která byla provedena, je hlavním motivačním aspektem pro spolupráci v multidisciplinárním týmu smysluplnost. Členové týmu poskytují komplexní péči o klienta, který je vždy na prvním místě. **Členové týmu uplatňují při práci s klienty postupy psycho-bio-socio-spirituální teorie.**

Výzkumná zjištění a analýza rozhovorů naznačují, že je nutné klást **větší důraz na komunikaci** a týmovou spolupráci. Týmová spolupráce vede k upevňování postupů se zaměřením na procesy a jejich efektivitu. Zpřesnění komunikace a agend ukazuje na případné nedostatky v plnění členů týmu, případně spolupráce. Vhodné pro **zlepšení komunikace a profesní části týmu** by bylo setkání nejen u kulatého stolu, ale i **supervize** s externím pracovníkem.

Členy do MDT týmu vybrala ředitelka dle pracovních preferencí. Složení multidisciplinárního týmu je jedním z předpokladů, aby mohl tým v pořádku fungovat. Pokud v týmu bude jeden člen, který se do týmu nehodí, např. vyvolává konflikty či se snaží svoji práci delegovat na ostatní, tak v týmu bude velmi nekorektní atmosféra a promítne se to i do práce MDT. Správné by bylo, aby si **členy do MDT vybral přímo case manager** a měl za úkol tento tým vést a správně organizovat jeho náplň a funkci.

Výsledkem zjištění je také potřeba **spolupráce s externími odborníky** a organizacemi v případech, kdy nemohou být potřeby klienta plně řešeny z vlastních zdrojů organizace. Dá se říct, že pokud proběhne konzultace ohledně konkrétního klienta se spolupracujícími organizacemi, tak dojde k urychlení pomoci pro klienta v nepříznivé životní situaci.

Také bylo jednoznačně poukázáno, že není vytvořena metodika, jak mají spolu spolupracovat jednotlivé profese, které se v MDT nacházejí. **Stěžejní je zde také propojení sociálního a zdravotního světa.** Jedná se velmi často o dva protipóly z důvodu toho, že zdravotní část často vidí klienta jako pacienta, ale naopak sociální svět jej vidí jako člověka. Pro efektivní propojení zdravotní a sociální sféry je klíčová **intenzivní komunikace**. Supervize a diskusní setkání, jako jsou kulaté stoly, se ukazují jako účinné nástroje pro posílení spolupráce mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky. Dále je přínosná i **práce v malých interdisciplinárních týmech**.

Hlavním problémem na pomezí sociální a zdravotní péče je nedostatečná propojenost systémů, které slouží k uspokojení potřeb klienta. Příčiny tohoto problému spočívají v tom, že **oba systémy dlouhodobé péče**, jak sociální, tak zdravotní, nejsou **dostatečně integrovány**, což může mít za následek, že se neplní jak sociální, tak zdravotní potřeby těchto klientů. Tento současný problém je především důsledkem nejasné legislativy, která nedostatečně určuje kompetence jednotlivých aktérů (MPSV, 2016).

Primárně se v rámci MDT v CSOP Praha 15 řeší klienti, kteří spadají do kategorie tzv. **long-term care (dlouhodobá péče)**. Mezinárodní dokumenty vymezují long-term care jako péči určenou pro jedince, kteří mají trvalé problémy se soběstačností a jsou na pomoci druhých závislí. Tito lidé mají omezenou schopnost vykonávat každodenní činnosti spojené se sebeobsluhou.

Dlouhodobá péče je v současnosti primárně zajišťována rodinnými příslušníky a dalšími neformálními pečovateli v rámci domácnosti nebo komunity, stejně jako profesionálními poskytovateli ve sféře práce, sociálních věcí a zdravotnictví. Koordinace mezi službami nabízenými těmito různými sektory však chybí, což vytváří nerovnosti mezi klienty srovnatelných zdravotnických a sociálních zařízení. Důsledkem je neadekvátní zajištění kvality a dostupnosti péče, stejně jako neefektivní poskytování těchto služeb. Vhodné řešení pro zajištění rovného přístupu je důležité odstranit bariéry mezi zdravotními a sociálními službami. Osoby, které potřebují dlouhodobou péči, by měly mít možnost získat péči přizpůsobenou jejich specifickým potřebám, nejlépe v pohodlí svého domova.

Je klíčové integrovat různé typy péče, jako jsou domácí, terénní, stacionární, ambulantní, lůžková a pobytová. Aby bylo možné tyto služby efektivně poskytovat, je třeba vytvářet nové pracovní pozice a zajistit dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků. Podpora v domácím prostředí by měla zahrnovat také pomoc a úlevu pro neformální pečovatele a rodiny, které se o tyto osoby starají.

Sebeobslužné aktivity dělíme na **základní** (například oblékání, stravování, udržení kontinence, hygienu a mobilní schopnosti, jako je přesun z postele na židli) a **instrumentální**, které zahrnují činnosti potřebné pro samostatný život v rámci komunity (jako je nákup, domácí práce, vaření a

správa financí). Dlouhodobá péče může být poskytována doma nebo v institucích. **Dále je důležité rozlišovat zdravotní a sociální péči.** Zdravotní péče se zaměřuje na léčbu a rehabilitaci, zatímco sociální služby se snaží kompenzovat stávající nedostatky v soběstačnosti. Tyto služby se často navzájem doplňují a je třeba si uvědomit, že cílem zdravotní péče je zlepšení zdravotního stavu, zatímco sociální péče usiluje o podporu samostatnosti.

Závěr

Tato práce je založena na praktických zkušenostech z domova se speciálním režimem v rámci Centra sociálních služeb v Praze 15. Cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat, jak je úloha sociálního pracovníka vnímána v multidisciplinárním týmu tohoto zařízení. Téma je částečně pokryto i v dokumentu **Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016–2025**, který byl vytvořen ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

Teoretická část byla vytvořena na základě odborné literatury a zaměřuje se na vymezení tří klíčových pojmů: sociální práce, domov se zvláštním režimem a multidisciplinární tým. Kapitola věnovaná sociální práci objasňuje pojmy jako funkce a role sociálního pracovníka, role zdravotně sociálního pracovníka, jejich kompetence a etické zásady. Kapitola o domově se zvláštním režimem se soustředí na pojmy týkající se sociální služby, typy sociálních služeb, strukturu domova a personální obsazení. Poslední kapitola se zabývá multidisciplinárním týmem, jeho personálním složením, případovými studiemi a cíli týmu.

Výzkumná část byla realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu, konkrétně pomocí polostrukturovaných rozhovorů s členy multidisciplinárních týmů v domově se speciálním režimem CSOP Praha 15. Otázky byly rozděleny do tří hlavních oblastí: vnímání pozice sociálního pracovníka, hodnocení multidisciplinárního týmu v určitém časovém rámci a přínos týmu pro praxi pracovníků. Pro analýzu a interpretaci dat byla použita metoda tematické analýzy, která pomohla identifikovat klíčová témata pro jednotlivé výzkumné otázky.

Výsledky výzkumu ukazují, že členové multidisciplinárního týmu považují roli sociálního pracovníka za klíčovou a nenahraditelnou, s významným přínosem jak pro tým, tak pro organizaci jako celek.

Cíl práce byl díky výzkumu splněn. Věřím, že tato práce bude přínosná nejen pro studenty sociální práce, ale také pro členy multidisciplinárního týmu a organizace, které tento tým využívají jako součást individuálního plánování klientů. Přínosy této bakalářské práce by mohly pomoci i organizacím, které potřebují lépe porozumět tématu multidisciplinárních týmů a jejich přínosům. Mohou se tak vyvarovat chyb při vytváření a implementaci do praxe těchto týmů.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje:

FABIÁN, Petr. Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 978-80-7560-368-5.

GULOVÁ, Lenka. Sociální práce: pro pedagogické obory. Pedagogika. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HARTL, Pavel. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HAYES, Nicky; CÍSAŘOVÁ, Pavla a SMÉKAL, Vladimír. Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.v

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 8026219686.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024746784.

CHRASTINA, Jan. Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5373-6.

JANKOVSKÝ, Jiří; HOLUB, Martin; MATOUŠKOVÁ, Ivana; VRABCOVÁ, Dana; TAJANOVSKÁ, Andrea et al. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Sešit sociální práce. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. ISBN 978-80-7421-088-4.

KAŇÁK, Jan; KLÁPŠŤOVÁ, Zuzana; NAVRÁTILOVÁ, Jitka; PTÁČEK, Ladislav a ŘEZÁČ, Karel. Pojetí případové sociální práce: (casework a casemanagement). Sešit sociální práce. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. ISBN 978-80-7421-137-9.

KOLAJOVÁ, Lenka. Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Poradce pro praxi. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1764-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. Úvod do ergoterapie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

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

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

MÁTEL, Andrej. Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.

MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0232-5

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

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

NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

POSPÍŠIL, David. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016. ISBN 978-80-7421-126-3.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Sociologie. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách, 2020. ISBN 978-80-88361-02-2.

ŘEZNÍČEK, Ivo. Metody sociální práce: podklady ke stáži studentů a ke kazuistickým seminářům. Studijní texty. Vyd. 2. Praha: SLON, 2000. ISBN 80-85850-00-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7972-0.

VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi. Komunikace. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

Elektronické zdroje:

Časopis Sociální práce. Online. 2011, roč. 2011, č. 3. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2011. ISSN 1213-6204 [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2011-3.pdf>

Evaluace v praxi sociální práce. Časopis Sociální práce. © 2020 [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/evaluace-v-praxi-socialni-prace-prakticky-pruvodce-pro-socialni-pracovniky/>

Domov se zvláštním režimem. Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15. © 2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.csop-praha15.cz/socialne-zdravotni-sluzby/#domov-se-zvlastnim-rezimem>

Individuální plánování. Ministerstvo práce a sociálních věcí Odbor sociálních služeb a inspekce sociálních služeb. 2017. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/2_DP_Individu%C3%A1ln%C3%AD_p%C3%A1nov%C3%A1n%C3%AD_3_2022.pdf/4cb2cccc-cabb-34be-a2ab-7418cd3d3d43

*International Federation of Social Workers*2014. [online]. ©2024 [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-ofsocial-work/>

Klinický farmaceut. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/6807>

Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. © 2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka. Zákony pro lidi © AION CS, s.r.o. 2010–2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře. Zákony pro lidi © AION CS, s.r.o. 2010–2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>

Ověřené evaluační nástroje. Národní pedagogický institut České republiky (dříve Národní ústav pro vzdělávání). © 2011–2022. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://archiv-nuv.npi.cz/ae/overene-evaluacni-nastroje.html>.

O nás. Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15. © 2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.csop-praha15.cz/o-nas/>

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Zákony pro lidi © AION CS, s.r.o. 2010–2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>

Psychiatr. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1369>

Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sborník prací fakulty sociálních studií brněnské univerzity sociální studia.2000, vydání: 5. [online]. [cit. 2024.09.28]. Dostupné z: https://is.jabok.cz/el/jabok/zima2020/S302/080404095539_Socialni_prace_s_prislusniky_mensinovyx_skupin-1.pdf

Všeobecný praktický lékař. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/112>

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zákony pro lidi. © AION CS, s.r.o. 2010–2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Zákony pro lidi. © AION CS, s.r.o. 2010–2024. [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Vzdělávací program kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník. Ministerstvo zdravotnictví 2022 [online]. [cit.2024-09-28]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wpcontent/uploads/wepub/8860/35359/Priloha-c.-28-%E2%80%93AKK-%E2%80%93Zdravotne-socialni-pracovnik.pdf>

Přílohy

Příloha č. 1 – Ukázkový formulář souhlasu s výzkumem

Příloha č. 2 – Souhlas s výzkumem v zařízení Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15

Příloha č. 3 - Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 4 – Teoretické personální obsazení domova se zvláštním režimem

Příloha č. 5 - Proces přijímání klientů do domova se zvláštním režimem, klíčový pracovník a individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby

Příloha č. 6 – Výzkumná metoda – kazuistika

Příloha č. 1

Ukázkový formulář souhlasu s výzkumem

Souhlas účastníků výzkumu

Byli jste osloveni k účasti na polostrukturovaném rozhovoru v rámci sběru dat pro kvalitativní výzkum, který je součástí bakalářské práce Terezy Šorčíkové, studentky Vysoké školy Polytechnické v Jihlavě v oboru zdravotně sociální pracovník. Cílem výzkumu je zkoumat postavení sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu a pohledy jeho kolegů na jeho roli.

Účast v tomto projektu je zcela dobrovolná. Zahrnuje účast na nahrávaném polostrukturovaném rozhovoru, který bude trvat 30 až 45 minut, a uskuteční se během září nebo října 2024. Záznamy rozhovorů budou doslovně přepsány a následně analyzovány výhradně pro účely této práce. **Osobní údaje budou zpracovávány v souladu se zákonem č. 108/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.**

Veškeré poskytnuté informace zůstanou důvěrné a budou použity pouze v rámci tohoto výzkumu. Zvukové nahrávky budou přístupné jen mně a po ukončení výzkumu budou všechny záznamy vymazány. Bakalářská práce bude uložena v archivu závěrečných prací Vysoké školy Polytechnické. Pokud narazíte na otázku, na kterou nechcete odpovědět, máte právo ji odmítnout nebo kdykoli ukončit rozhovor bez udání důvodu.

Odstoupení z výzkumu pro vás nebude mít žádné negativní důsledky a s účastí nejsou spojena žádná rizika.

Pro případné dotazy ohledně výzkumu můžete kontaktovat Terezu Šorčíkovou tel.: xxxxxxx, email: xxxxxx

Svým podpisem potvrzujete, že jste porozuměli výše uvedeným informacím a souhlasíte s účastí ve výzkumu.

Jméno a příjmení:

Datum:

Podpis:

Příloha č. 2

Souhlas s výzkumem v zařízení Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15

Povolení k realizaci výzkumu a použití směrnic

Souhlasím, aby Tereza Šorčíková studentka Vysoké školy polytechnické Jihlava, realizovala kvalitativní výzkum pro svojí bakalářskou práci s názvem: *Postavení sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem.*

Výzkum bude proveden v zařízení Centra sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15 s 5 členy *multidisciplinárního* týmu. Ve výzkumu bude zachována anonymita zaměstnanců.

Studentka se zavázala, že dodrží povinnost mlčení o skutečnostech, které nenaleží bakalářské práci.

V Praze dne 15.09.2024

Příloha č. 3

Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

- 1) Je dle vás sociální pracovník v tomto týmu důležitý?
- 2) Jak často komunikujete se sociálním pracovníkem?
- 3) Myslíte, že sociální pracovník má dostatečně silné slovo v týmu?
- 4) Jak vnímáte posun v týmu za sledované období 9/2023–9/2024?
- 5) Ve sledovaném období je nějaký krok, který si vybavíte, že byste udělali jinak?
- 6) Jak hodnotíte přínos ve sledovaném období pro klienty?
- 7) Zajímá vás stav klientů i nadále po ukončení případu v rámci multidisciplinárního týmu?
- 8) Jak hodnotíte přínos zkušeností pro vaší profesní praxi?
- 9) Jak se dostanete do prvního kontaktu s potenciálním klientem?
- 10) Jsou dle vašich zkušeností jasné role v týmu, je postavení členů rovnocenné?

Teoretické personální obsazení domova se zvláštním režimem

Sociální pracovník

Sociální pracovník v Domově se zvláštním režimem (DZR) má na starosti několik důležitých, které zahrnují:

- **Individuální plánování péče:** Spolupráce s klienty a jejich rodinami na vytváření a aktualizaci individuálních plánů péče, které reflektují potřeby a přání klientů.
- **Podpora a poradenství:** Poskytování sociálního poradenství a podpory klientům a jejich rodinám, pomáhání s orientací v dostupných sociálních službách a dávkách.
- **Koordinace péče:** Koordinace práce s ostatními členy multidisciplinárního týmu, jako jsou zdravotní sestry, terapeuti a další odborníci, aby se zajistila komplexní péče o klienta.
- **Aktivizační programy:** Organizace a vedení aktivit, které podporují sociální interakci, duševní stimulaci a fyzickou aktivitu klientů.
- **Zajištění práv klientů:** Ochrana práv klientů, zajištění, že se s nimi zachází důstojně a respektují se jejich rozhodnutí a preference.
- **Řešení krizových situací:** Řešení případných krizových situací, které mohou nastat v životě klientů, a poskytování podpory při jejich zvládnutí.
- **Dokumentace a administrativa:** Vedení záznamů a dokumentace o poskytnutých službách, účasti na poradách a školeních.

Sociální pracovník v DZR hraje důležitou roli při zajišťování kvalitní péče a podpory pro klienty s cílem zlepšit jejich kvalitu života v zařízení.

Vrchní sestra

V České republice se vzdělávání zdravotních sester řídí zákonem č. 96/2004 Sb. „K tomu, aby mohl někdo vykonávat profesi všeobecné sestry, je nutné dokončit tříletý bakalářský program v oboru Všeobecná sestra, nebo absolvovat tříleté studium na vyšší zdravotnické škole, kde studující získá titul DiS. (Diplomovaný specialista)“.

Vrchní sestra je zdravotnický profesionál, který má na starosti řízení a koordinaci práce zdravotnického personálu. Jejím úkolem je zajistit kvalitu péče o pacienty, organizaci pracovních směn, školení a dohled nad ostatními sestrami a zdravotnickým personálem.

Vrchní sestra také může sloužit jako spojka mezi lékaři a sestrami, zajišťovat dodržování standardů péče a pravidel, a podílet se na administrativních úkolech. Jejich role je klíčová pro efektivní fungování zdravotnického týmu a kvalitu poskytované péče.

Praktický lékař

Praktický lékař v DZR má důležitou roli. Do zařízení dochází smluvní lékař 2x týdně či dle potřeby. V organizaci probíhá komunikace nejčastěji mezi lékařem a vrchní sestrou. Všichni klienti, kteří jsou v DZR jsou zaregistrováni u smluvního lékaře. Praktický lékař doporučuje léčebný plán či fyzioterapii pro klienty.

Praktický lékař také hraje důležitou roli v koordinaci specializované péče, pokud je to potřeba, a zajišťuje, aby klienti nebyli vystaveni zbytečným vyšetřením či léčebným zásahům, které by mohly být neefektivní nebo dokonce škodlivé. Díky tomuto komplexnímu přístupu přispívá celkové kvalitě života seniorů a zajišťuje, aby jejich zdravotní péče byla co nejvíce individualizovaná a respektovala jejich přání a potřeby.

V ustanovení § 4 zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, je uvedeno:

„Výkonem povolání lékaře s odbornou způsobilostí je preventivní, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, dispenzární a paliativní péče podle zákona o zdravotních službách prováděná lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dozorem nebo odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí a dále revizní činnost podle zákona upravujícího veřejné zdravotní pojištění prováděná lékařem s odbornou způsobilostí pod odborným dozorem lékaře se specializovanou způsobilostí.“

Odborný lékař – psychiatr

Psychiatr je odborník, který se specializuje na diagnostiku a léčbu duševních onemocnění. Jeho úkolem je posoudit psychický stav pacienta, identifikovat možné poruchy, a navrhnout vhodný terapeutický přístup. Klíčovým aspektem této profese je kvalitní vztah mezi psychiatrem a pacientem, který je založen na důvěře a otevřenosti.

Psychiatr nejenže diagnostikuje a hodnotí různá symptomatická projevy, ale také podává pacientovi vysvětlení ohledně jeho duševního zdraví. Důležité je, aby pacient rozuměl své diagnóze a léčebným možnostem, které mu psychiatr nabízí. Tento proces je nezbytný pro zajištění informovanosti a spolupráce pacienta, což může výrazně ovlivnit úspěch terapeutického procesu. (nzip.cz)

Psychiatrie jako obor zahrnuje různé přístupy, včetně farmakoterapie, psychoterapie a dalších intervenčních metod, a psychiatr často spolupracuje i s dalšími odborníky, aby vytvořil komplexní plán péče o pacienta. (nzip.cz)

Psychiatr dle zákona č.95/2004 Sb. získává profesní způsobilost po absolvování studia všeobecného lékařství, po kterém následuje specializované vzdělání v oboru psychiatrie. Psychiatr používá titul MUDr., což potvrzuje jeho lékařské vzdělání.

V DZR kde jsou klienti primárně s psychiatrickými diagnózami je velmi důležité, aby za nimi docházel odborný lékař. Díky výborné multioborové spolupráci mezi lékařkou a organizací je lékařka v zařízení přítomna 1x týdně. Dle domluvy je také lékařka na telefonu v případě zhoršení zdravotního stavu u klientů. Pokud by bylo nutné dokáže společně s vrchní sestrou nastavit léčbu pro klienta i po telefonu.

Všeobecná zdravotní sestra

Všeobecné zdravotní sestry pracují na zdravotním úseku. Spolupráce s ošetrovatelským personálem je klíčová. Všeobecné sestry mají také zodpovědnost za vedení zdravotní dokumentace. Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, mohou všeobecné sestry samostatně provádět preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou, paliativní a dispenzární péči. Přípravují klienty na léčebné zákroky, asistují lékařům nebo poskytují ošetrovatelskou péči během a po lékařských výkonech. Při poskytování

specializované ošetrovatelské péče, odpovídající lékařské diagnóze, mohou být pod dohledem jiné všeobecné sestry s příslušnou specializací.

Dle Malíkové (2020) všeobecná zdravotní sestra poskytuje svým klientům péči zaměřenou na individuální potřeby. Řídí se stanoveným léčebným a ošetrovatelským plánem a s klienty udržuje úzkou komunikaci, zjišťuje jejich potřeby a snaží se je naplnit. Na základě hodnocení situace stanoví diagnózu, navrhuje řešení a integruje intervenci do ošetrovatelského plánu.

Fyzioterapeut

Fyzioterapeut je zdravotnický profesionál, který se specializuje na diagnostiku, léčbu a prevenci pohybových poruch a bolestí pohybového aparátu. Jeho úkolem je pomoc pacientům zlepšit jejich pohybové funkce, zmírnit bolest a obnovit nebo zlepšit jejich celkovou fyzickou kondici.

Fyzioterapeuti pracují s různými technikami, jako jsou terapeutické cvičení, manuální terapie, elektroterapie a další rehabilitační postupy. Často spolupracují s lékaři, ergoterapeuty a dalšími zdravotnickými odborníky, aby poskytli komplexní péči. Fyzioterapie se využívá při různých potížích, jako jsou úrazy, chronické bolesti, neurologické poruchy, pooperační rehabilitace a mnoho dalších stavů. Fyzioterapeut předává své zkušenosti ostatním pracovníkům zařízení. (Malíková, 2020)

Dle ustanovení § 24 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) získá fyzioterapeut odbornost:

- a) akreditovaným magisterským studijním programem v oblasti zdravotnictví určeného pro přípravu fyzioterapeutů, pokud bylo studium zahájeno nejpozději v akademickém roce 2018/2019,
- b) akreditovaným bakalářským studijním programem v oblasti zdravotnictví zaměřeného na přípravu fyzioterapeutů,
- c) tříletého vzdělávacího programu na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaný fyzioterapeut, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo
- d) střední zdravotnické školy v oboru fyzioterapie nebo rehabilitačního pracovníka, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

Až do té doby, kdy fyzioterapeut získá specializovanou způsobilost nebo prokáže alespoň 10 let praxe v oboru, musí fyzioterapeut, který získal odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. d), pracovat u poskytovatele zdravotních služeb pod odborným dohledem fyzioterapeuta, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez dohledu, přičemž prvních šest měsíců pracuje pod jeho přímým vedením. Fyzioterapeut, jenž získal odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. a) až c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu, pokud doloží minimálně jeden rok praxe v oboru.

Pracovníci v sociálních službách

Pracovníci v sociálních službách jsou důležitý členové ošetrovatelského personálu. Dle § 116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává:

a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Odborná způsobilost pracovníka v sociálních službách se řídí specifickými požadavky na vzdělání a kvalifikaci. Pro výkon této profese je nutné mít minimálně základní vzdělání, střední vzdělání s výučním listem nebo maturitu, popřípadě vyšší odborné vzdělání, a navíc absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz.

Pokud však pracovník spadá do výjimek, nemusí tento kurz absolvovat. Tyto výjimky zahrnují:

- Fyzické osoby, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání jako ošetřovatel,
- fyzické osoby, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110,
- fyzické osoby, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání, který je stanoven prováděcím právním předpisem,
- fyzické osoby, které podle zvláštního právního předpisu získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut.

Pokud zaměstnanec musí absolvovat kvalifikační kurz, je povinen to učinit do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání. Po tuto dobu vykonává činnost pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách, což zajišťuje, že klienti mají zajištěnu péči na odpovídající úrovni.

Ergoterapeut

Slovo ergoterapie pochází z kombinace řeckých slov "**ergon**," což znamená práce, a "**therapia**," což znamená léčení nebo terapie. Podle Křivošíkové (2011) ergoterapie pomáhá lidem zapojovat se do každodenních činností i přes jejich postižení nebo omezení.

Ergoterapeuti nabízejí individuální nebo skupinové intervence a konzultace, které podporují klienty v různých aktivitách v zařízení. Ergoterapeut v podstatě využívá analýzu činností při hodnocení a léčbě a využívá specifické zaměstnání k vyplnění času a prostoru klienta. (Křivošíková, 2011, str. 6)

Dle § 7 zákona č. 96/2004 Sb. je odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta:

„a) akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,

b) tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005,

c) střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999, nebo

d) střední zdravotnické školy v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Za výkon povolání ergoterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru ergoterapie“.

Aktivizační pracovník

V DZR se aktivizační pracovníci snaží co nejvíce zapojovat klienty do různých kroužků, aktivit a výletů. Každý klient si samozřejmě sám rozhoduje, zda má zájem o nabízené aktivity, které jsou přizpůsobeny jejich kognitivním schopnostem a zdravotnímu stavu.

Podle Procházkové (2019) aktivizační pracovník provádí takzvanou psychosociální rehabilitaci klienta na základě plánů péče, které určují aktivizaci podle přání klienta. Aktivizační pracovník také vede záznamy o aktivizaci, jak z kvantitativního, tak kvalitativního hlediska. Tento pracovník v sociálních službách provádí činnosti zaměřené na aktivaci klientů.

Proces přijímání klientů do domova se zvláštním režimem

Tento proces je velmi náročný. Potenciální klient by měl mít dostatek času na přípravu na přijetí, a rodina by nikdy neměla jednat za jeho zády nebo mu lhát. Úkolem sociálního pracovníka je pomáhat lidem překonávat obavy a vysvětlit, že není správné skrývat pravdu o pobytu v domově se zvláštním režimem. Pokud by klient byl přesvědčen, že je v zařízení jen kvůli doléčení nebo rehabilitaci, mohlo by to vést k jeho rezignaci a předčasnému ústupu ze života. Je velmi důležité navštívit potenciálního klienta v jeho domácím prostředí, ukázat mu zařízení a poskytnout co nejvíce informací o tom, co ho čeká. Uklidnění je klíčové pro proces přijetí.

Rodina nebo klient musí podat žádost o přijetí, která bude následně posouzena, a poté se čeká na uvolnění místa. Potenciální klient má tedy dostatek času, aby se na novou situaci připravil. Pro usnadnění adaptace je pro klienta výhodné, pokud zná někoho z personálu.

Dle Malíkové (2020), je klient při nástupu do sociální služby proveden zařízením, uveden na svůj pokoj, kde je seznámen se svým spolubydlícím, pokud má dvoulůžkový pokoj.

Klíčový pracovník edukuje klienta o tom, že proběhne vytvoření IP a IPP. Všeobecná sestra provede základní vstupní rozhovor s klientem, na jehož základě vyplní formulář ošetřovatelská anamnéza.

Podle Matouška (2010) je individuální plán péče (IPP) založen na posouzení zdravotního i psychického stavu klienta, hodnocení jeho soběstačnosti a zajištění základních životních potřeb. Plán identifikuje hlavní problémy klienta a stanovuje postupné kroky, které mohou přispět ke zlepšení jeho stavu. IPP musí být nastaven u každého klienta. V tomto dokumentu se uvádí např. zdali potřebuje klient pomoc s podáním stravy, péčí o osobní hygienu či pomoc při přesunu z lůžka do křesla apod.

Tento plán je velmi důležitý pro všechny pracovníky, kteří přicházejí do kontaktu s klientem, aby znali jeho zvyklosti a schopnosti. Často se můžeme setkat s tím, že např. ženy si nepřejí koupel od mužů. Tato informace je v IPP uvedena.

Plán též stanoví časový horizont a jednotlivé úkoly pro jednotlivé členy pracovního týmu. Plán také umožňuje pravidelné hodnocení či změny v IPP. (Matoušek, 2010)

Pravidelné hodnocení plnění cílů klientů zahrnuje posuzování všech částí plánu v stanovených intervalech – pro klienty využívající služby se to provádí každých 6 měsíců (u příspěvku na péči 3 a 4) nebo každé 3 měsíce (u příspěvku na péči 1 a 2). Pokud se změní klientovy cíle nebo rozsah poskytovaných úkonů, může být hodnocení IPP a IP provedeno dříve, například každý měsíc. Za plánování a realizaci služeb pro jednotlivé klienty jsou odpovědní konkrétní pracovníci zařízení, tzv. klíčoví pracovníci. Vedoucí domova se zvláštním režimem (DZR) společně se sociální pracovníci zodpovídají za plánování služeb pro klienty, rozvrh služeb, tvorbu individuálních plánů uživatelů a za frekvenci, změny a metody hodnocení služeb.

Klíčový pracovník

V úvodní fázi pomáhajícího procesu pracovník zjišťuje, jaké jsou představy a očekávání klienta a jaké jsou zdroje jeho motivace. Další fáze spočívá v odhalení klientových současných problémů a výběru několika z nich, na jejichž řešení se bude pracovat. Následně jsou vybrané problémy probírány podrobněji, přičemž jsou stanoveny jasné, konkrétní a dosažitelné cíle a termíny jejich plánovaného dosažení. (Časopis sociální práce, 2011)

KP je pracovník přímé péče, zpravidla pracovník v sociálních službách (PSS), pověřený individuálním plánováním služby s klientem. Je odpovědný za celý proces IPP s klientem. Klíčový pracovník během procesu může být změněn, a to z vážného důvodu jak ze strany klienta, tak ze strany pracovníka. Tímto důvodem může být např. střet zájmů, příbuzenský vztah (subjektivní přístup – chtít pro klienta „to nejlepší“, bez ohledu na to, co si přeje sám klient), antipatie bez konkrétní příčiny, vlastní negativní zkušenost z dřívější doby. Při průběhu poskytování a plánování služby zkoumá klíčový pracovník klientovy možnosti, zaměří se na jeho silné stránky, představy, problémové oblasti a rizika, která vyhodnocuje. Podporuje klienta v tom, aby během klíčového rozhovoru formuloval své osobní cíle (potřeby, přání) a podílel se v rámci svých možností na uskutečňování plánu a tím dosahování stanoveného cíle.

Individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby

Poskytovatel má dle § 88, odst. 2 písm. f) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, povinnost vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby. Tyto záznamy tvoří nedílnou část dokumentace klienta a musí z nich být jasné, jak probíhalo (nebo probíhá) konkrétní poskytování sociální služby klientovi. Záznamy poskytují podrobný popis aktivit a činností souvisejících se sociální službou. Je klíčové, aby poskytování služby odpovídalo individuálnímu plánování. Kromě základních informací, jako jsou kdy, kde, kdo, a především jak byla služba poskytnuta, je nezbytné zaznamenávat jakékoliv odchylky nebo změny, které se u klienta vyskytují (např. pád, úraz, agresivní chování, změny ve zdravotní stavu).

Záznamy, které jsou součástí dokumentace klienta, jsou zásadním nástrojem pro zajištění kvality sociálních služeb a slouží jako klíčový podklad pro hodnocení jejich poskytování. Také pomáhají při kontrole kvality služeb a jsou důležité v případě sporů, včetně soudních řízení. Formát a obsah těchto záznamů se liší v závislosti na druhu sociálních služeb a jejich osvědčených postupech. Doporučuje se, aby:

- Obsah předávaných a zaznamenávaných informací byl jasně definován, aby poskytovatel měl dostatečné údaje pro hodnocení a aktualizaci cílů spolupráce a průběhu poskytování služby. (MPSV, 2022)
- Způsob sdílení informací zajišťoval jejich dostupnost a srozumitelnost pro ty, kteří se budou věnovat hodnocení a aktualizaci cílů spolupráce a průběhu služby. (MPSV, 2022)
- Množství informací mělo být omezeno na nezbytně nutné, aby se předešlo zbytečnému zahlcení zaměstnanců nadbytečnými informacemi a administrativnímu přetížení. (MPSV, 2022)

Výzkumná metoda – kazuistika

Kazuistika

Kazuistika je metoda, která se zaměřuje na analýzu konkrétních případů nebo událostí. Tento přístup se často využívá v oblasti medicíny, psychologie, práva a sociálních věd. V rámci kazuistiky se zaznamenávají podrobnosti o specifických případech, které mohou sloužit jako základ pro další výzkum, analýzu nebo vzdělávání. (Hartl, 2004)

Cílem kazuistiky je pochopit a ilustrovat komplexní jevy, vzorce chování nebo specifické situace, které mohou být obtížné analyzovat prostřednictvím kvantitativních metod. Kazuistika může také napomoci lékařům a odborníkům sdílet cenné zkušenosti a poznatky z praxe. (NZIP, 2024)

Kazuistika jako metodika

Kazuistika jako metodika zahrnuje systematické zpracování dat a popis různorodých charakteristik jednotlivých případů. Tento přístup umožňuje odborníkům lépe porozumět specifickým situacím a dynamice, které se v jednotlivých případech vyskytují. Kazuistická metoda zahrnuje sběr informací, analýzu a interpretaci dat, což pomáhá při diagnostice a navrhování postupů či léčby. V oblasti zdravotnictví se většinou zaměřuje na pacienty a jejich unikátní zdravotní stavy, zatímco v oblasti pedagogiky se může týkat dětí, žáků nebo studentů a jejich vzdělávacích potřeb. (Chrastina, 2019)

Kazuistika jako výstup

Kazuistika jako výstup je výsledkem pečlivého a systematického diagnostického a analytického procesu. Tento výstup může mít formu publikace v odborných časopisech, kde je použitý retrospektivní popis toho, jak byla kazuistika zpracována a jaké závěry z ní byly vyvozeny. V této podobě slouží kazuistika jako cenný zdroj poznatků pro ostatní odborníky, kteří se mohou inspirovat nebo poučit z popsaných zkušeností a případových studií. Důležitou součástí kazuistiky je i její transparentnost a reprodukovatelnost, což umožňuje ostatním odborníkům posoudit použité metody a závěry. (Chrastina, 2019)

V obou významech kazuistika hraje klíčovou roli ve výzkumu, vzdělávání a praxi, přispívající k hlubšímu pochopení specifických jevů a situací v různých oborech.