



Spolufinancováno
Evropskou unií

Středočeský kraj

MAPOVÁNÍ PROFESNÍCH POTŘEB ZDRAVOTNĚ- SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ VE STŘEDOČESKÉM KRAJI

Studie vznikla v rámci ESF projektu s názvem „Efektivita sítě sociálních služeb +“, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_006/0000206, spolufinancovaného Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost Plus.

Dana Poustková a kol.
KRAJSKÝ ÚŘAD STŘEDOČESKÉHO KRAJE

Obsah

1	Úvod.....	2
2	Zdravotně-sociální pracovník.....	4
3	Potřeby zdravotně-sociálních pracovníků ve vztahu k zařízení	5
3.1	Náplň práce a kompetence zdravotně-sociálních pracovníků	5
3.2	Náplň práce	6
3.3	Hranice kompetencí.....	6
3.4	Práce v týmu.....	7
3.5	Organizačně-personální struktura a význam ZSP pro zařízení	9
3.6	Pacienti	10
4	Systémové potřeby zdravotně-sociálních pracovníků.....	14
4.1	Sociální a zdravotní služby	14
4.2	Veřejná správa.....	15
5	Osobnostní potřeby zdravotně-sociálních pracovníků	17
5.1	Vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků	17
5.2	Psychohygiena.....	18
5.2.1	Supervize	18
5.2.2	Snížení pracovní zátěže	19
6	Závěr.....	20
7	Doporučení	21
7.1	Odborné sociální poradenství při nemocnicích	21
8	Zdroje	24
9	Legislativní prameny	25

1 Úvod

Hlavním úkolem sociální práce je poskytovat pomoc a podporu lidem, kteří se nacházejí v náročných životních situacích, s ohledem na jejich sociální a zdravotní potřeby. Zdravotně-sociální pracovníci (ZSP), kteří působí v nemocnicích, mají v tomto procesu klíčovou roli. Nacházejí se totiž na pomezí zdravotního a sociálního systému a proto mají mnohdy zásadní vliv na další život a jeho kvalitu u klientů, zde pacientů.

Oproti vývoji v zahraničí, kde byl na sociální práci v nemocnicích kladen důraz již od 20. let 20. století, se sociální práce ve zdravotnictví a profesi zdravotně-sociálních pracovníků v České republice začala rozvíjet až v 90. letech 20. století. Napomohlo tomu zejména přijetí Zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních povoláních a Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. K profesionalizaci ZSP přispěl jak samotný legislativní proces, tak vznik a působení profesních organizací sdružujících ZSP a sociální pracovníky. Zásadní roli v zaštitění profesních zdravotně-sociálních pracovníků v tomto ohledu sehrála Česká asociace sester (dále jen ČAS).

ZSP jsou v současné době téměř v každé nemocnici Středočeského kraje a pacienti tak dostávají potřebné informace o zajištění dalších služeb po propuštění z nemocnice. Díky sociální práci se v nemocnici uvolňují lůžka obsazená pacienty, kteří si nejsou schopni vše zařídit sami, a také se díky tomu snižuje míra opětovné hospitalizace a opakovaného zdravotního selhání.

K tomu, aby mohli ZSP dobře pracovat, musí být naplněny také jejich potřeby. Pokud nejsou tyto potřeby naplněny dostatečně, může se snižovat nejen pracovní výkon, ale také celková spokojenost pracovníka, která nakonec vede třeba i k jeho odchodu ze zařízení. Případná nespokojenost a frustrace se nakonec může podepsat nejen na kvalitě práce, ale také na kvalitě života pacientů. Je tedy dobré potřeby ZSP zjistit a porozumět jim.

O to se snaží tato studie a výzkum, který byl proveden s cílem zmapovat profesní potřeby ZSP v nemocnicích ve Středočeském kraji. Vše bude využito k hlubšímu vhledu do života ZSP, jejich každodenních radostí i starostí, ale hlavně ke zjištění, kde by ZSP uvítali vyšší míru podpory. Zjištěné informace pomohou Krajskému úřadu Středočeského kraje definovat systémové nástroje podpory pro formování strategií a sociální politiky kraje, popřípadě jiných subjektů.

Prvním reálným výsledkem byla příprava a realizace Odborného kazuistického a sebepodpůrného programu pro ZSP, který probíhal od prosince 2023 do ledna 2025 na Krajském úřadě Středočeského kraje v rámci projektu Efektivita sítě sociálních služeb + a zúčastnilo se ho celkem 22 ZSP z 16 nemocnic ve Středočeském kraji.

Do rozhovorů, které programu předcházely, se zapojilo celkem 20 ZSP ze 14 zdravotnických zařízení, tedy téměř 1/3 z celkového počtu ZSP ve Středočeském kraji. Navštíveny byly nemocnice obecní, soukromé i psychiatrické, poskytující péči akutní, následnou i dlouhodobou. Se ZSP byly uskutečněny individuální kvalitativní polostrukturované rozhovory, nejčastěji přímo na jejich pracovišti. Rozhovory vedl jeden nebo dva výzkumníci s jedním nebo dvěma ZSP.

Rozhovory byly zaměřeny na zjištění potřeb ZSP, jaké je jejich postavení v rámci zařízení a také na to, jaká je jejich spolupráce v rámci týmu nemocnice a ve spolupráci s pacienty a jejich rodinami. Dále nás také zajímalo, jak ZSP vnímají systémové uspořádání a další spolupráci se sociálními a zdravotními službami a veřejnou správou. Pozornost jsme věnovali také postojům ZSP k dalšímu vzdělávání, supervizi a psychohygieně.

Projednávaná témata jsme tedy rozdělili do tří tematických okruhů:

- 1) potřeby vztahující se k zařízení
- 2) potřeby vztahující se k systému (zdravotnictví/sociálních služby/veřejné správy)
- 3) osobnostní potřeby

Z informací, které byly zjištěny při rozhovorech, byla vytvořeno několik doporučení, která jsou uvedena v textu v šedých rámečcích. A dále 18 potřeb ZSP, která jsou souhrnně sepsána v tabulce v Závěru.

2 Zdravotně-sociální pracovník

Sociální práce ve zdravotnictví se nachází na pomezí zdravotní a sociální péče o člověka. V tomto ohledu spadá jak do zdravotní, tak do sociální politiky států. Formální oddělenost zdravotní a sociální péče je přitom již řadu let kritizována pro jejich nedostatečnou integraci v komunitě a za problematickou kombinatoriku poskytování dané péče v praxi. Úzká provázanost obou systémů je zřejmá zejména u dlouhodobé péče, kdy pacient/klient vyžaduje jak zdravotní, tak sociální služby. MZČR (2020) uvádí, že je zde problematická zejména kooperace obou resortů a nedostatečná koordinace dlouhodobé péče.

Komplexnost systémů a jejich vzájemná propojenost komplikuje řešení mezíresortních otázek. Změny v jednom systému mohou nezáměrně ovlivnit systém druhý. Například omezení financování sociálních služeb může vést k hospitalizacím ze sociálních důvodů a k jejich protahování.

Právě pozice zdravotně-sociálních pracovníků je jednou z oblastí, která je z důvodu jejich mezíresortního charakteru komplikovaná a upozaděná již ze své podstaty.

3 Potřeby zdravotně-sociálních pracovníků ve vztahu k zařízení

Nejprve nás zajímala otázka náplně práce a kompetencí zdravotně-sociálních pracovníků. Poté jsme se zaměřili na to, jakou mají ZSP pozici v rámci nemocnice, jakým způsobem spolupracují s ostatními kolegy a odděleními a dále také, jak je vnímána jejich užitečnost a přínos ze strany managementu. Nakonec jsme se zabývali problematikou pacientů, zejména těch, jejichž situace je mnohdy na řešení složitá a někdy velmi těžko řešitelná.

3.1 Náplň práce a kompetence zdravotně-sociálních pracovníků

Rozsah činnosti zdravotně-sociálních pracovníků je vymezen ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, konkrétně v § 9.

Mimo výkony platné pro veškeré zdravotnické pracovníky s odbornou způsobilostí (např. provádění zápisů do zdravotnické dokumentace, poskytování informací pacientům, podílení se na přípravě standardů atd.) se **agenda ZSP soustřeďuje zejména na tyto činnosti:**

- provádění sociální prevence,
- provádění sociálního šetření u pacientů,
- sestavování plánu psychosociální intervence,
- zajišťování sociálně-právního poradenství,
- účast na integraci pacientů,
- příprava propouštění pacientů, včetně zajištění další péče, služeb a rekondičních pobytů,
- poskytování odborného poradenství pozůstalým v případě úmrtí pacienta.

Zdravotně sociální pracovníci fungují v nemocnicích jako jakýsi **prostředník mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, rodinou a dalšími institucemi a službami**. Propojuje jednotlivé subjekty a pomáhá zajišťovat, aby zdravotní stav pacienta měl co nejmenší dopady na jeho život i na jeho okolí. Pomáhá pacientům s tím, aby se adaptovali na svůj současný stav a pomáhá zajistit co nejlepší možnou kvalitu dalšího života a fungování člověka.

V praxi jsou ZSP tak pracovně vytíženi, že velkou část jejich práce musí věnovat administrativě a pro přímou práci s pacienty není tolik prostoru, kolik by chtěli nebo potřebovali, a tím pádem také mnohdy nemají tolik prostoru věnovat pozornost metodám sociální práce, volit nejvhodnější teoretické přístupy a celkově se profesně rozvíjet.

V určitých případech mají zdravotnická zařízení volnou ruku při rozhodování, zda budou v rámci svých služeb poskytovat sociální práci. Nicméně u **lůžkové péče** (dle vyhlášky č. 99/2012 Sb.) vyvstává povinnost personální obsazenost zdravotně-sociálním pracovníkem (nebo jiným odborným pracovníkem) zajistit. V případě akutní lůžkové péče má být přitom zajištěna dostupnost v zařízeních (na odděleních) zaměřených na geriatrii, návykové nemoci a psychiatrii. Následná lůžková péče a dlouhodobá lůžková péče¹ je obligátně zabezpečena dostupností ZSP, vyjma lázeňské léčebně rehabilitační péče a péče paliativní.

¹ Následná péče je poskytována pacientům, u nichž došlo ke stabilizaci zdravotního stavu, ale zároveň je stále nutné zajistit jejich doléčení. Zatímco dlouhodobá péče se soustřeďuje na pacienty, jejichž zdravotní stav sice

3.2 Náplň práce

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ačkoliv je náplň práce ZSP stanovena vyhláškou, v praxi se můžeme setkat s nejrůznějšími činnostmi, které ZSP zajišťují i nad rámec této vyhlášky.

Na odděleních s akutní péčí je sice více pacientů (více se tam „střídají“ na lůžkách) a tím i více sociální práce, ta ale nejde tolik „do hloubky“. Základ činnosti ZSP spočívá v sociálním šetření, tedy sběru dat u lůžka pacienta, dále v psychosociální intervenci, poskytnutí poradenství a také v zajištění další péče po odchodu člověka z nemocnice. Dle slov jedné ZSP je největší částí právě domlouvání další péče, ať už jde o péči následnou, rehabilitační nebo paliativní. Dále je to při návratu do domácího prostředí nasmlouvání domácí péče, terénních sociálních služeb a pomoc se zajištěním finanční podpory v podobě příspěvku na péči nebo na mobilitu. Neméně důležitá je zde psychosociální podpora ve smyslu podpůrných rozhovorů s pacienty.

Naproti tomu u oddělení s péčí následnou nebo dlouhodobou péčí následnou (kam jsou mnohdy přeloženi pacienti z výše uvedené péče akutní), mají ZSP pacienta déle a řeší s ním kromě výše uvedených činností například také zajištění komunikace s bankou, služeb notáře, ověření podpisů apod.

V některých nemocnicích byl záběr práce ZSP opravdu velmi široký – od příjmů pacientů, přes archivaci dokumentů až po pořádání vzdělávacích programů pro veřejnost. Někde má jeden ZSP na starosti i více oddělení nebo i nemocnic.

3.3 Hranice kompetencí

Mezi respondenty výzkumu se potom opakovaně objevovalo téma hranic kompetencí ZSP a jejich systémové vymezení. Tedy do jaké hloubky nebo šířky mají ZSP daný případ pacienta řešit a kde už jejich role a kompetence končí a kde už je to věcí rodiny nebo navazujících služeb. V tomto ohledu není rozsah kompetencí stanoven na úrovni zařízení ani kraje, případně vyšší instance. Činnost ZSP stanovená vyhláškou poskytuje v tomto pouze obecná vodítka bez bližší specifikace. Z výzkumu vyplývá, že pro ZSP je otázka hranic a zodpovědnosti za osud pacientů nejasná a mnohdy frustrující. V rozhovorech zaznívalo, že pacienti nebo jejich rodiny očekávají, že ZSP budou experti na vše – třeba i dluhy nebo bankovní služby. Velké otazníky visí zejména nad hranicemi odpovědnosti u lidí bez domova s potřebou péče a zajištění další pomoci a podpory, která je mnohdy jen velmi těžko dostupná.

V tomto ohledu se zdá být na místě poskytnout zdravotně-sociálním pracovníkům nějaké **metodické vedení**, které jasněji vymezí hranice péče.

Metodika by ZSP pomohla zejména ve složitějších situacích, byla by pro ně oporou. Zároveň by tímto mohlo dojít ke sjednocení kvality poskytované sociální práce v jednotlivých nemocnicích a celkově k profesionalizaci ZSP. Z výzkumu vyplývá, že sami ZSP vidí, jak je práce a kompetence v různých nemocnicích nastavena různorodě. Ulehčilo by to také zaučování nových ZSP, kteří jsou nyní závislí pouze na předání od stávajících pracovníků nebo konzultací

nelze zdravotní péči podstatně zlepšit, ale bez ošetrovatelské péče by se progresivně zhoršoval (ČR, Zákon č. 372/2011 Sb., § 9).

s kolegy z jiných zařízení, v případě, že ten, který odchází „není schopný nebo ochotný“ agendu předat.

Je otázkou, kdo by měl danou metodiku pro ZSP vytvořit – tato profese totiž stojí na pomezí pravomocí dvou ministerstev – zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Dále do celé věci zasahují zdravotní pojišťovny a kraje. O určitou metodickou podporu se snaží Česká asociace sester, ale ze strany ústředních správních orgánů mají ZSP prázdné ruce.

Dalším faktorem je to, že **zdravotnická zařízení nejsou všechna stejná**, mají různé zaměření, priority a důležitá je také kapacita zařízení a vytíženost ZSP. V akutní péči ZSP zabezpečí 500–900 pacientů za rok/úvazek, na dlouhodobé péči potom 300–600 pacientů. Roli zde hraje také preference vedení nemocnice v uvolňování lůžek, osobnost ZSP a další. Metodika by tedy měla být dostatečně flexibilní, ale zároveň jasná v určitých standardech, aby splnila svůj účel.

Navzdory „volání“ po vytvoření metodiky pro ZSP ve výzkumu zaznívalo, jak důležitá je pro pracovníky **otázka autonomie** při řešení případů. Tedy, že respondenti vnímají jako pozitivní absenci neustálé kontroly ze strany managementu. Práce ZSP je pro vedení důležitá ve chvíli, kdy je velké množství sociálních hospitalizací, u ostatních pacientů ale většinou mají ZSP volnou ruku a nikdo je nadměrně nekontroluje, což vlastně kvitují. Dobré by tedy bylo, najít jakousi rovnováhu mezi metodickým vedením a samostatností a autonomií ZSP. Pod metodickým vedením si ZSP představují spíše možnost opory než striktní dodržování standardů, které by bylo kontrolováno a z jejich autonomie by jim ubíralo.

V průběhu výzkumu dále zaznívalo, že ZSP jsou jakýmsi **komunikačním uzlem** mezi zdravotníky, pacienty, rodinami nebo pečujícími a návaznými sociálními a zdravotními službami. Mnohdy dochází k tomu, že každý z výše zmiňovaných aktérů má jinou představu o řešení situace pacienta a ZSP se potom dostává pod velký tlak. Nemocnice a lékaři potřebují uvolnit lůžko, pacient by se chtěl vrátit domů, pečující si na péči doma netroufá a sociální služba zase nemá aktuálně volnou kapacitu. ZSP jsou potom prostředníky mezi jednotlivými přáními a snaží se najít nejvhodnější řešení, mnohdy se potom cítí – jak sami označují – jako „mezi mlýnskými kameny“.

Podstata ZSP jakožto komunikačního uzlu a řešitele posthospitalizační situace pacienta je pro zdravotně-sociální systém klíčová. Jejich postavení by nicméně potřebovalo v celém procesu posílit. Jednou z možností, jak postavení ZSP zlepšit, je vytvořit **sít' odborného sociálního poradenství v rámci nemocnic** (sít' OSP). Ze strany kraje by tak sociální pracovníci ve zdravotnictví získali větší oporu. Interně by se navíc metodické vedení lépe uchopovalo.

3.4 Práce v týmu

Nedostatečné a nejasné vymezení kompetencí ZSP ztěžuje mnohdy také spolupráci v týmu na odděleních a v nemocnicích a může vytvářet mezi zdravotníky a ZSP i určitou tenzi nebo nedorozumění. Ostatní pracovníci nemocnice mnohdy přesně nevědí, s čím se mohou na ZSP obracet a kde jejich práce začíná a kde končí. Někdy zde úplně chybí porozumění, v čem je role ZSP přínosná a nezastupitelná.

V literatuře se dočteme, že zdravotnický personál dobře hodnotí to, že ZSP zajišťují pro pacienty následné služby a potřebnou pomoc a podporu po propuštění. V českém prostředí

ovšem dle některých autorů není role ZSP zcela pochopena a tím pádem není dostatečně docenována. ZSP nejsou totiž kolikrát zvyklí svůj přínos dostatečně zveřejňovat, v tomto hodně záleží na osobnosti ZSP a celkovém kolektivu v zařízení. Sociální práce má celkově nízkou prestiž a na základě různých šetření se profese ZSP ocitla v hodnocení až na 6. místě za lékařem, zdravotní sestrou, psychologem, rehabilitačním pracovníkem a sociálním pedagogem. Níže byla jen profese ošetřovatele.

Souvisejícím problémem s nejasným vymezením rolí je rovněž **organizačně-personální postavení ZSP** v rámci zdravotnického zařízení. V tomto ohledu můžeme zdůraznit benefity centralizace zdravotně-sociálních pracovníků do samotného organizačního uskupení a to ve snadnější akceptaci ZSP ze strany zdravotnického personálu a rovněž ve větší systémové transparentnosti.

Výčet kompetencí v předchozí části ozřejmuje fakt, že ZSP v týmu obvykle zastupuje roli manažera a koordinátora případu, který kooperuje jak s interním týmem, tak s externími subjekty s cílem vyřešit sociální situaci pacienta. Ač může být role ZSP v mezioborové spolupráci někdy znesnadňována nízkou profesní prestiží, tak se ZSP mohou v některých případech těšit z egalitárního přijetí a ocenění ze strany ostatních profesionálů. K tomu dochází především v zařízeních a na odděleních, kde je ZSP integrální součástí péče o každého pacienta – tedy např. v psychiatrických nemocnicích.

ZSP nemůže v nemocnici pracovat sám, odděleně od ostatních profesí. Určitá míra spolupráce s ostatními profesionály v nemocnici je v tomto nezbytná a pokud je na dobré úrovni, je celému procesu a pacientovi velmi přínosná. Klíčovým spolupracovníkem ZSP je ošetřující lékař, bez něj se vše neobejde. U akutní péče by stačil jako partner ve většině případů pouze lékař, na odděleních s dlouhodobou péčí je potřeba komunikovat a spolupracovat i s dalšími profesemi. Někde jde jen o výměnu informací (ústně, telefonicky, e-mailem či přes informační systém), někde jsou to pravidelné týmové porady, vizity apod.

Při rozhovorech někteří ZSP svou roli nazývali „koordinátorem“ a také uváděli nutnost a užitečnost spolupráce, kromě lékaře také s vrchní sestrou, staničními sestrami, s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a dalšími. Zaznívalo také opakovaně, že sami ZSP by vše nezvládli a jak je nutná spolupráce a předávání informací v celém týmu.

Někdy ale může dojít ke konfliktu zájmů ZSP a ostatních pracovníků. ZSP se věnuje sociální situaci a snaží se najít co nejkvalitnější řešení, lékař hledí na zdravotní situaci pacienta a sociálním potřebám nemusí věnovat přílišnou pozornost. To může vyvolávat třecí plochy hlavně ve chvíli, kdy z pohledu lékaře již není třeba člověka v nemocnici dále hospitalizovat. Následnou péči, která je v tu chvíli potřebná ovšem nelze zajistit tak rychle.

Z rozhovorů vyplývá, že lékaři mnohdy „tlačí na lůžka“, kde jsou lidé před a po operacích. Z jejich pohledu totiž není dobré, když jsou tato lůžka zcela zaplněna a chybí zde „rezervy“. Často je problém v kapacitách služeb nebo v obtížném hledání služeb vhodných pro daného člověka. Je ale také zřejmé, že lékaři jsou rádi za práci ZSP při domlouvání potřebné následné péče a celkovém zajištění pacienta při propouštění.

Různé pohledy ale ve většině případů nebrání rovnocenné spolupráci a chuti/potřebě se dohodnout. Z výzkumu vyplývá, že i když je v nemocnicích jistá hierarchie profesí, spolupráce

se dá označit spíše jako partnerská. Tedy že lékaři, i když mají při propouštění pacientů poslední slovo, berou ZSP jako partnery se znalostmi a zkušenostmi, které zdravotnický personál nemá.

Ideální spolupráce ovšem není všude. Výjimečně se objevují i případy, kdy je ZSP odříznutý od celého oddělení, spolupráce lékařů a sociálního oddělení vůbec nefunguje a lékaři si vše řeší sami.

V rozhovorech se také objevovalo, jak důležitý je pro lékaře a další personál vlastní zážitek přínosu ZSP a jeho nezastupitelnosti v celém systému. Hodně také záleží na osobnosti ZSP a jeho schopnosti vybudovat si svou pozici a komunikovat s ostatními.

Někdy má vnímání ZSP ostatním personálem dvě „krajní“ polohy. Buď se pracovníci – když zjistí, že ZSP skutečně umí mnoho věcí vyřešit – na ZSP obrací při různých problémech (neřešitelných, obtěžujících...) i mimo jejich kompetence a využívají je jako jakousi „krizovou linku nemocnice“. Zde je důležité, aby si ZSP uměl vymezit a dobře ostatním vysvětlit své kompetence a jejich hranice, které se občas někteří spolupracovníci pokoušejí posunout.

Někdy naopak ostatní personál vůbec nerozumí službám ZSP a proto je vůbec nevyužívá. Dle odpovědí respondentů se to někdy děje při nástupu nových lékařů, kteří potom následné služby sami obvolávají. Pro některé pracovníky je tato profese stále novinkou, neboť tuto agendu dříve hodně řešily zdravotní sestry.

Zde se zdá být účelné význam ZSP (a nejspíš i dalších, méně viditelných, podpůrných profesí) v rámci zařízení lépe **prezentovat zdravotnickému personálu**, například v rámci vstupního školení. Možnosti a limity sociálního oddělení v nemocnici by se staly transparentnější a týmová spolupráce koordinovanější. Podpůrně by mohla působit již zmiňovaná síť odborného sociálního poradenství, která by hranice kompetencí ZSP vymezila i v rámci samotného zařízení a efektivně by tak prosazovala zájmy sociálního charakteru.

3.5 Organizačně-personální struktura a význam ZSP pro zařízení

Za poslední desetiletí se celorepublikový počet pracovníků na pozicích ZSP více než zdvojnásobil (z 385 v roce 2009 na 839 přepočtených úvazků v roce 2019 (ÚZIS ČR, 2020), z toho na Středočeský kraj připadá přibližně **66 úvazků** a na Prahu 220 úvazků². To naznačuje strmý nárůst zájmu ze strany managementu nemocnic. I přes tento vývoj ovšem na každého ZSP stále spadá průměrně 2800 hospitalizací za rok, s tím že ve Středočeském kraji lze hovořit dokonce o **3100 hospitalizacích za rok**³. Vytíženost ZSP se nicméně značně liší mezi zdravotnickými zařízeními.

V každé nemocnici je určitá, individuálně nastavená, **organizačně-personální struktura** a své místo zde mají i ZSP. Z rozhovorů vyplývá, že ZSP by byli rádi za větší centralizaci sociálního oddělení. Tedy v případě, že je v nemocnici ZSP více, aby byli blízko sebe pro lepší předávání informací a určitý zdroj vzájemné podpory, sdílení a možnosti se poradit. Zároveň ovšem uvádějí, že je dobré mít svou samostatnou kancelář, neboť věci, které zde řeší (poradenství nebo

² Vlastní výpočet na základě ÚZIS ČR (2020).

³ Vlastní výpočet na základě ÚZIS ČR (2021).

telefonáty s blízkými nebo kolikrát i pozůstalými) jsou často intimní, důvěrné, emočně náročné a na to je dobré mít čas, prostor a soukromí.

Význam ZSP pro zařízení spočívá hlavně ve dvou bodech a to v **uvolňování lůžek a redukování rehospitalizací**. Uvolňování lůžek umožňuje udržení jejich „průtočnosti“ a je zásadní pro zajištění kvality a efektivity poskytovaných služeb. Redukování rehospitalizací spočívá v dostatečném nastavení následné podpory a péče po propuštění pacienta z nemocnice, aby nedošlo k opětovné hospitalizaci pacienta ve velmi krátké době. Z výzkumu vyplývá, že pro snížení počtu rehospitalizací je velmi důležitá úzká spolupráce ZSP v nemocnicích s návaznými zdravotními a sociálními službami a také se sociálními pracovníky na obcích.

ZSP vnímají tyto dva přínosy (uvolňování lůžek a snižování počtu rehospitalizací) jako velmi důležité, ale **ne vždy dostatečně doceněné ze strany vedení**. Někdy nemá management o sociální oddělení příliš velký zájem, nebo moc dobře nefunguje komunikace a vede to také k dlouhodobému podstavu ZSP a jejich pracovnímu přetížení. Také délka hospitalizace u některých pacientů je delší, než by si management přál a představoval. ZSP se tak kolikrát nacházejí v dilematu mezi pacientem očekávanou kvalitou a managementem požadovanou rychlostí jejich práce.

To, že není práce ZSP tolik „vidět“, je hodně způsobeno tím, že **ZSP jsou financováni z rozpočtu nemocnic a nejsou zahrnuti do zdravotně-pojistného systému**, jejich práce není přímo hrazena úhradou výkonů (*Zákon č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění*) a nemocnicím tedy „nevydělávají“, respektive nedá se to vyčíslit. Tato situace se pravděpodobně, vzhledem k postoji zdravotních pojišťoven, hned tak nezmění. Záleží tedy na přístupu vedení, jakým způsobem ZSP ohodnotí.

Zároveň je **(zdravotně-) sociálních pracovníků na trhu práce nedostatek**. Je to úzce spojeno především s nízkým finančním ohodnocením a nepřilíživou prestiží tohoto oboru.

Určitým řešením výše uvedených problémů by mohl být **vznik sítě odborného sociálního poradenství (OSP) v rámci nemocnic**. Pomohlo by to v tom, že by ZSP byli seskupeni na jednom místě pro lepší předávání informací. A zároveň by se tím mohla vyřešit otázka financování, neboť OSP by jako sociální služba byla částečně hrazena krajem.

Je možné, že management nemocnice nemusí dostatečně vnímat lukrativnost sociálního oddělení pro absenci tvrdých dat na národní úrovni potvrzujících zmiňované benefity. V tomto ohledu by bylo účelné **uskutečnit výzkumnou studii zkoumající vliv ZSP na uvolňování lůžek a na míru rehospitalizací** v českém prostředí. Důkazy ze zahraničí nemusí být tuzemským zařízením známy nebo představovat dostatečný podklad vzhledem k nesourodosti různých zdravotnických systémů.

3.6 Pacienti

Nejdůležitějším jsou v práci ZSP samozřejmě **pacienti**. Protože jsou lidé/pacienti a jejich obtíže i životní příběhy různé, je i hledání řešení a práce ZSP u každého pacienta svým způsobem jedinečná a unikátní. I přesto lze vysledovat určité společné body a témata. K prvnímu kontaktu s pacientem může dojít buď na základě depistáže (soustavného mapování příchozích pacientů),

upozornění některého z pracovníků nemocnice nebo na žádost blízkých pacienta, či jeho samotného.

Úkolem ZSP je potom získat o pacientovi potřebné informace, což se děje především rozhovorem s ním, nebo jeho blízkými, či z dokumentace a informací od lékařů a sester. ZSP může k pacientovi přistupovat partnerským nebo paternalistickým způsobem. Podle toho se také odvíjí další spolupráce a to, do jaké míry bude ZSP řešit věci za pacienta a jeho rodinu, či jak hodně použije spíše poradenství a dané úkoly bude delegovat na ně. I když by ZSP měli dle Etického kodexu sociálních pracovníků (APSS ČR, 2017) volit zejména podporu pacientů a vést je k vlastní odpovědnosti a tím je zkompetentňovat, zkušenosti ukazují, že se propouštění pacienti cítí spíše jako objekty rozhodování, bez možnosti rozhodovací proces ovlivnit.

Kromě samotných pacientů je velmi důležitá také **rodina nebo jiní blízcí pacienta**. Z rozhovorů se ZSP vyplynulo, že rodina je v mnoha případech velmi nápomocna při řešení situace pacienta a zajištění následné péče. Hospitalizace a nemoc je pro pacienty náročná, ale může tím dojít i k posílení vazeb v rodině – najednou je zde problém a rodina se ho snaží řešit společnými silami.

Někdy může jít rodina ale také proti zájmům svého příbuzného a komunikace s ní je velmi obtížná až nemožná. Například ve chvíli, kdy chce rodina svého blízkého umístit do pobytového zařízení, on si však přeje vrátit se do domácího prostředí s podporou rodiny nebo zdravotních a sociálních služeb. V krajních případech rodina může využívat pacienta i pro své obohacení. ZSP sdělovali, že se v praxi setkávají s případy, kdy pacient nechce žádost do pobytové služby podepsat, ale rodina nakonec později přinese žádost od svého příbuzného podepsanou. Nebo se naopak člověk již na návrat do domácího prostředí necítí a rodina tlačí na to, aby stále rehabilitoval, opět se naplno zmobilizoval a fungoval samostatně jako před nástupem do nemocnice.

Někdy dojde ale také k situaci, že to všichni vlastně myslí dobře, ale neumí si to říct. ZSP zde mnohdy působí jako prostředník a může celkové situaci, vyjasňování a nalezení řešení velmi pomoci. Jedna ZSP zmiňovala případ pacientky, která chtěla jít zemřít do hospice, ale dcera trvala na tom, že si ji vezme k sobě domů. Když potom ZSP dceři sdělila maminky přání, divila se, proč jí to maminka sama neřekla.

Občas se ale dle sdělení ZSP objevuje u rodinných příslušníků také agresivní chování – např. pokud jde o novorozenecká oddělení, spolupráci s OSPOD a rozčilené rodiče, zejména otce. Ale může to být i chvilkové rozrušení příbuzných po sdělení nepříznivých zpráv o jejich blízkém.

První skupinou pacientů, u které se zastavíme, a která je v nemocnici nejvíce zastoupena, jsou **senioři**. Důvodem je geriatrická křehkost a často výskyt více onemocnění a různých omezení. S tím souvisí také doba hospitalizace a nutnost zajištění následné péče v domácím prostředí nebo nalezení vhodné pobytové sociální služby. V případě úmrtí pacienta je ZSP v mnoha případech oporou rodiny ať už poradensky či psychicky. Pokud nelze dohledat žádného příbuzného, ZSP poté podává na ORP žádost o zajištění tzv. sociálního pohřbu.

Dalšími pacienty, kteří se většinou dostanou do péče ZSP, **jsou osoby sociálně vyloučené, bez přístřeší, bez příjmů**. Právě u těchto lidí je pomoc a podpora ZSP klíčová, neboť další

zdroje podpory u těchto pacientů vůbec nejsou nebo fungují jen velmi sporadicky a ne moc dobře.

Nemocnice u těchto lidí fungují jako jakási záchránná síť a odpovědnost za řešení, velmi často složitých případů, dopadá na ZSP. Ti se pak musí potýkat se spoustou etických dilemat zejména ve chvíli, kdy člověk potřebuje následnou péči, ale nemá zázemí, finance a propuštění zpět na ulici napovídá, že se v nemocnici znovu může ocitnout. Jeho zdravotní problémy se přitom mohou ještě zhoršit a může zde hrozit například riziko amputace nohou nebo dokonce úmrtí člověka.

V rozhovorech si ZSP často posteskli, že v těchto případech úplně neví, jak mají postupovat. Předávají lidem bez domova při propuštění z nemocnice kontakty na úřady, neziskové organizace pro další zajištění dávek nebo potravinové pomoci či poskytnutí ošacení, ale mnohdy nejsou tito lidé celkově v moc dobrém stavu. V zimě potom není pacient kolikrát propuštěn z důvodu mrazů a neexistujícího zázemí. Zaznívaly i názory, že pokud člověk již z nevyhovujícího prostředí přišel a do současné doby v něm žil, tak proč by se to mělo měnit jen proto, že nyní prošel nemocnicí. Shodně pracovníci uváděli, že je to většinou intenzivní práce, která ne vždy přinese kýžené výsledky.

Pokud se člověk bez domova nemůže z důvodu imobility vrátit na ulici, je potom zajištění pobytového zařízení sociálních služeb většinou, dle sdělení ZSP, téměř nadlidský úkol. Bezdomovectví je spíše dominantou mužů, ale případy žen bez domova se také objevují čím dál tím častěji. Navíc se ZSP shodují, že přibývá i lidí, kterým je 40 let, jsou na následné péči a nikdy nepracovali.

Palčivým tématem jsou bezpochyby neumístitelní pacienti. Zde se nám nabízí několik kombinovatelných variant.

Za první lze jednat regulativně, tedy legislativně přimět sociální služby k přijímání neumístitelných pacientů (např. pomocí větší transparentnosti přijímacího řízení, kontrolou diskriminačních praktik atd.).

Za druhé lze zvolit formu nátlaku s využitím moci veřejných orgánů (kraje, ministerstva). V tomto ohledu by byla vhodná implementace formálního mechanismu, s jehož pomocí by ZSP upozornili na nemožnost v regionu pacienta umístit.

A za třetí se nabízí možnost vzniku úplně nové služby, jež by se soustředila právě na tuto skupinu pacientů/klientů. V celém procesu je přitom klíčová spolupráce a hledání systémového řešení, které povede k průtlačnosti zdravotní péče, jež je výrazně nákladnější než péče sociální.

A nakonec se zastavíme u **aktuálních trendů**, které se v tématu hospitalizovaných pacientů objevují a ZSP se s nimi dennodenně setkávají. Za první je to prodlužující se délka dožití a silné populační ročníky a rostoucí počet pacientů ve vyšším seniorském věku. Zároveň ale ne všechny rodiny fungují, případně jsou přetíženy z toho důvodu, že pečující spadají do tzv. sendvičové generace – čili že kromě svých rodičů pečují také ještě o své děti. Dále se navýšil počet řešených případů domácího násilí a s tím spojených problémů. ZSP také vnímají zvýšenou míru užívání alkoholu a jiných návykových látek. Všechny tyto trendy ZSP pocítují a musí ve své práci řešit. V rozhovorech všechna výše zmiňovaná témata ZSP potvrzovali.

ZSP potřebují zejména podporu při řešení situace lidí bez přístřeší.

S ohledem na příležitostnou agresivitu rodin pacientů by rovněž ocenili nástroje pro řešení situací, kdy je spolupráce s rodinnými příslušníky komplikovaná. Rovněž je třeba brát v úvahu přírůstek negativních trendů, které se podepisují na charakteru řešených případů.

4 Systémové potřeby zdravotně-sociálních pracovníků

V oblasti systémových potřeb ZSP jsme se zabývali otázkou zajišťování další sociální a zdravotní péče pro pacienty po odchodu z nemocnice. Dále nás také zajímalo, jak funguje spolupráce ZSP s veřejnou správou.

4.1 Sociální a zdravotní služby

V oblasti návazných sociálních a zdravotních služeb se ukázalo, že hlavními problémy jsou neefektivnost a **nedostatečná provázanost sociálních služeb a upřednostňování služeb pobytových před terénními**. Mnohdy se stává, že v nemocnici jsou pacienti zrehabilitováni, poté navraceni do domácího prostředí, ale zde nemají dostatečnou podporu pečujících a zdravotních a sociálních služeb a proto situaci doma nezvládnou a vracejí se zpět do nemocnic, kde jsou opět hospitalizováni. Dle některých respondentů chybí sociálně-zdravotní lůžka. Pokud tedy není dobrá koordinace zdravotních a sociálních služeb, může dojít k nedostatečnému zajištění potřebné péče a ohrožení zdraví a života propuštěných pacientů.

Pobytové služby jsou pro ty pacienty a klienty, kteří svou situaci s podporou rodiny, blízkých a terénních či ambulantních sociálních a zdravotních služeb nezvládnou, a musí mít větší péči, po celý den. Toto se však v současné době ještě v mnoha případech neděje a do pobytových služeb jsou přijímáni i lidé, kteří by mohli být v domácím prostředí. Není proto místo pro ty, kteří opravdu péči potřebují a zároveň si zařízení mohou své klienty „vybírat“. Těm, které odmítnou, potom často jako důvod nepřijetí uvedou regionální nepříslušnost, neschopnost služby zajistit speciální potřeby klienta apod.

V nemocnicích tak zůstávají pacienti, které není možné nikam umístit. Jsou to zejména **senioři bez finančních prostředků, kteří žili na okraji společnosti a nepobírají žádný důchod**. V roce 2024 ovšem došlo u této skupiny ke změně a Středočeský kraj vyčlenil prostředky na dofinancování služeb pro tyto nesolventní klienty.

Další skupinou, kde je obtížné sehnat návazné služby, **jsou lidé, kteří nemají zázemí** (domov, rodinu nebo kontakty s ní, finance...) a zároveň jejich celkový stav vyžaduje pomoc dalších osob, **ale zároveň nedosahují věkové hranice** pro přijetí do zařízení pro seniory a jiná vhodná služba v regionu pro ně neexistuje.

Komplikované je také zajistit **služby pro lidi s psychiatrickou diagnózou** (schizofrenií, mentálním handicapem nebo autismem apod.) a také pro **lidi s morbidní obezitou**. A tímto výčet nekončí.

Sociální služby oficiálně žadatele diskriminovat nemohou (důvody k odmítnutí jsou v § 91 odst. (3) zákona č. 108/2006 Sb.), ale **netransparentnost přijímacího řízení** dovoluje zařízením zájemce odmítnout nebo do jisté míry s pořadníkem žadatelů „manipulovat“.

Pobytové sociální služby se proti přijetí některých klientů brání tím, že mají vytvořené individualizované žádosti o jejich služby tak, aby rozpoznali „nežádoucí“ sociální a zdravotní problémy lidí a na jejich základě je mohli vyřadit či zařadit na konec svého pořadníku. Jako důvod potom uvedou, že člověk nespadá do jejich cílové skupiny. Dochází tedy k diskriminaci některých klientů. V tomto ohledu ZSP chybí dovednost hájení práv a oprávněných zájmů a argumentace opírající se o antidiskriminační legislativu.

Forma žádosti se napříč zařízeními liší, přičemž v některých případech obsahuje např. i potvrzení o bezdlužnosti, výši příjmů či lékařskou zprávu, což jsou údaje, na jejichž sběr nemá poskytovatel nárok. Všechny tyto informace ve výsledku vytváří prostor pro skrytou diskriminaci. Nejednotná žádost navíc zvyšuje pro ZSP (a rodiny) administrativní náročnost a finanční zátěž. Lékařská zpráva, jejíž vyhotovení pacient hradí, musí být adresovaná konkrétní službě a pacient tak musí navíc uradit minimálně administrativní poplatek, aby ji mohl použít pro účely dalšího zařízení.

Určitá **unifikace žádostí do pobytových služeb** by tudíž mohla být dalším tématem, o němž by měla být vedena diskuse. Jednotná žádost nicméně naráží na liberalizační překážky, které přinesl zákon o sociálních službách.

Ideální samozřejmě je, pokud sociální služba dokáže svým charakterem naplnit veškeré potřeby pacienta. Zařízení se ale spíše orientují podle diagnózy a cílové skupiny, pro kterou je služba určena. Přestože musí být cílová skupina zařízení vymezena pozitivně, nikoli negativně, tak i přesto dochází ke **zneužívání cílové skupiny jakožto neoprávněného štítu** proti klientům, kteří jsou nároční na péči nebo finančně nezajištěni. Ve výsledku se tyto skupiny lidí kumulují v nemocnicích, kde potom není místo pro ostatní pacienty.

Z výše uvedeného vyplývá, že ZSP nezvládají v případě diskriminačního jednání **argumentovat antidiskriminačním legislativním aparátem**. Důvodem nicméně může být i jejich relativně slabé postavení vůči sociálním službám. Zde by tudíž zaštitění krajem rovněž mohlo zajišťování péče výrazně ulehčit.

To, že se sociální služby při přijímání nových klientů takto chovají, je při nedostatku personálu, vytíženosti pracovníků a snahy provozovat službu udržitelně, celkem pochopitelné. Jedná se tedy spíše o systémový problém.

Jinak si ZSP na spolupráci se sociálními službami ve svých rozhovorech nestěžovali, naopak ji většinou hodnotili jako dobrou, kolegiální, někdy až přátelskou. Samozřejmě i zde se najdou výjimky, kdy spolupráce moc nefunguje.

4.2 Veřejná správa

Spolupráce s veřejnou správou (obcemi, městy, obcemi s rozšířenou působností a krajem) je klíčová zejména při řešení komplikovanějších případů, u kterých hrozí rehospitalizace pacientů. Většinou totiž mají právě sociální pracovníci na obcích o lidech, kteří trpí sociálním vyloučením, v jejich správních obvodech největší přehled.

To, jakým způsobem **spolupráce mezi veřejnou správou a ZSP** probíhá, je velmi různé – od velmi úzké spolupráce až po její úplnou absenci. Rozhovory potvrdily, že pokud je spolupráce dobrá, potom i následné řešení po propuštění pacientů z nemocnice je mnohem menším problémem než tam, kde toto nefunguje. Někde je spolupráce natolik dobrá, že ZSP dostávají od sociálních pracovníků na obci zprávu, že do nemocnice se chystá někdo, s kým na obci dlouhodobě spolupracují a tato spolupráce pokračuje i v průběhu hospitalizace – pro ZSP je to velká pomoc a pro pacienty ještě větší. Úroveň a kvalita spolupráce mnohdy závisí na osobnosti ZSP, potřebách daného klienta a také na rozdílných přístupech obcí. Když ZSP už

vyčerpají všechny možnosti, mohou se se žádostí o pomoc obrátit, a také to tak činí, na krajský úřad.

Některé případy jsou téměř neřešitelné – když například nelze pacientku propustit, protože nebylo vykonáno sociální šetření v místě jejího bydliště, neboť bydlí sama a sociální pracovník do jejího obydlí sám nemůže, ale z nemocnice paní nepropustí do doby, než zjistí vhodnost podmínek v jejím obydlí.

Pokud ZSP naráží na neschopnost obcí zajistit sociální službu pro pacienta (občana) nebo jejich nečinnost, pak se v některých případech obrací na kraj, popřípadě na ministerstvo. V tomto ohledu chybí určitý **administrativní aparát**, který by toto počínání formalizoval. Rovněž zde by se síť OSP při nemocnicích osvědčila. Aplikace formálního postupu a orientace na řešení problému a na nedostatek individualizovaných služeb by mohla vést k procedurálnímu pokroku ve zkracování sociálních hospitalizací.

ZSP sdělovali, že spolupráce s **ORP v místě působení nemocnice** většinou více či méně funguje, pokud jde ale o úřady, které jsou vzdálené, ale pacient zde má trvalé bydliště, tam je spolupráce kolikrát o dost složitější.

Další věcí, která celou situaci ztěžuje, je fakt, že **sociální pracovníci chybí** nejen v nemocnicích, ale také ve státní správě a to se potom odráží na kapacitách i kvalitě. ORP nejsou mnohdy schopny reagovat tak rychle, jak by bylo potřeba.

A to se týká nejen propouštění seniorů a pomoc se zajištěním následné péče doma, případně dalších podpůrných návštěv, ale také spolupráce s **oddělením sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)** a propouštění novorozenců, nebo při podezření na domácí násilí v rodině.

V neposlední řadě zde hraje roli také to, že **úřady ORP nejsou ukotveny v obecném povědomí veřejnosti** a mnozí lidé tak nevědí, že se se svými problémy a tíživou sociální situací mohou obracet právě na sociální pracovníky na obcích s rozšířenou působností. Do nemocnic se tak kolikrát dostanou lidé, kterým by včasná podpora sociálních pracovníků obcí velmi pomohla. Občas se i stává, že se veřejnost místo na sociální pracovníky na obcích, obrací právě na ZSP v nemocnicích. Jedna ZSP v rozhovoru uváděla, že SP z ORP dokonce odkazovala své klienty přímo na poradenství u dané ZSP v nemocnici.

Úřady ORP lze dostat do podvědomí lidí **osvětovou činností a komunitní sociální prací**. Pokud se již pacient do nemocnice dostane, tak lze navíc riziko rehospitalizace snížit pouze soustavnou podporou. Té může být dosaženo ovšem pouze v případě, že bude nějakým způsobem koordinována soustavným působením na krajské úrovni.

5 Osobnostní potřeby zdravotně-sociálních pracovníků

U osobnostních potřeb bylo nejprve zkoumáno téma vzdělávání ZSP, dále pak psychohygiena a možnosti supervize v jednotlivých zařízeních.

5.1 Vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků

Kvalifikaci ZSP lze podle *Zákona č. 96/2004 Sb.* získat absolvováním:

- akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření (tzn. obor zdravotně-sociální pracovník či zdravotně-sociální péče),
- studia na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku; a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník⁴,
- specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry.

V oboru tak mohou působit i všeobecné sestry, které absolvovaly dřívější pomaturitní specializační studium v oboru zdravotně-sociální péče, včetně osob s úplným středním vzděláním, které absolvovaly speciální průpravu *sociální služba* nejpozději do konce roku 2009 (MZČR, 2023).

Donedávna tedy platilo, že se zdravotně-sociálním pracovníkem mohla stát rovněž všeobecná zdravotní sestra, která absolvovala akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně-sociální pracovník. Od roku 2022 je nicméně podmínkou absolvování zmiňovaného kurzu předešlé vzdělání v sociální oblasti, viz bod dva (MZČR, 2022).

Nejsou však výjimkou situace, kdy základní sociální práci, respektive sociální šetření vykonávají všeobecné sestry bez nutné kvalifikace v rámci ošetrovatelského procesu. Znovu zde narážíme na problém nedostatečné ukotvenosti profese ZSP a tedy i **profesní nesourodosti**, která se odráží rovněž v diferenciaci postupů výkonu sociální práce mezi ZSP.

Mimo formální kvalifikaci vyžaduje práce zdravotně-sociálního pracovníka určité **profesní kompetence a schopnosti**. Zásadní schopností ZSP je i vymezení hranic ve vztahu s pacientem.

Další možností, jak si udržovat a prohlubovat profesní dovednosti je mimo jiné celoživotní vzdělávání ZSP. Do roku 2017 bylo toto vzdělávání, stejně jako je tomu u ostatních nelékařských pracovníků, zařazeno do kreditního systému a pravidelná účast na akreditovaných vzdělávacích akcích byla povinná.

Klíčovou roli v tomto hrála **Česká asociace sester (ČAS) a její zdravotně-sociální sekce**. Poskytovala širokou paletu různých vzdělávacích akcí a konferencí. Zákonem č. 201/2017 Sb. bylo ovšem ustanovení ze zákona č. 96/2004 Sb. vyjmuta a nyní je další vzdělávání ZSP

⁴ Podmínka akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře (MZČR, 2023).

založeno pouze na domluvě s vedením. Zájem o členství v ČAS se zrušením kreditního systému markantně poklesl a celkově povědomí o ČAS není dle výsledků rozhovorů příliš velké. Dle sdělení vedoucí zdravotně-sociální sekce ČAS se počet z původních 300 členů v roce 2017 snížil na 45. Respondenti, kteří o ČAS věděli nebo byli v minulosti i jejich členy, činnost této organizace oceňovali.

Z rozhovorů se ZSP jasně vyplynulo, že **o další vzdělávání zájem mají**, vzhledem k tomu, že tato oblast v současné době není povinná, je nabídka programů a seminářů velmi omezená a velmi často jde spíše o témata ze zdravotní oblasti – takto zaměřené vzdělávání je mnohdy dostupné přímo v nemocnicích. Seminářů určených přímo pro ZSP, jak vyplynulo z rozhovorů, je jen velmi omezené množství. Někde také chuť a potřeba dalšího vzdělávání naráží na pracovní vytíženost pracovníků. Mnohde není zastupitelnost, a proto výjezd mimo nemocnici přináší další zátěž a stres z telefonátů i v době konání vzdělávací akce a dále nahromadění povinností po návratu do práce. Někteří respondenti také uváděli, že vzhledem k délce jejich působení na daném místě mají pocit, že většinu nabízených témat již absolvovali. Někde si ZSP musí na vzdělávací akce dokonce vybírat dovolenou.

Mezi **žádaná témata** patří práce s nemístitelnými pacienty – zejména s lidmi bez přístřeší, bez zdrojů podpory nebo s kumulovanou diagnózou. Dále je to komunikace s lidmi s demencí, novinky z oblasti zákonných úprav, paliativní péče, dluhové poradenství nebo téma diskriminačního zacházení a nástrojů, jak se proti němu bránit.

Respondenti by velmi ocenili také semináře, kde by se **mohli setkat s kolegy ze sociální oblasti**. Někde taková setkání probíhají – například jsou organizovaná neziskovou organizací, scházejí se zástupci úřadu práce, okresní správy sociálního zabezpečení, sociálního odboru města, terénních i pobytových služeb, ale také lékaři a pečující – dle sdělení respondenta jsou velmi přínosná a užitečná k předání potřebných informací.

Kromě těchto mezioborových setkání by ale byli ZSP velmi rádi také za **setkání inter-oborová**, tedy ta, kde by se sešli s dalšími ZSP a mohli si tak předat zkušenosti a know-how. Mnohde je v celé nemocnici jen jeden ZSP a možnost poradit se s kolegy s oboru nebo s nimi moci probrat věci, se kterými se potýká, je velmi cenná. Za nejpřínosnější považují respondenti vždy „zjištění, že řešíme stejné problémy“.

V rámci navrhované sítě center OSP při nemocnicích by měl kraj možnost na vzdělávání ZSP soustavně působit a prosazovat tak cílenou profesionalizaci sociální práce ve zdravotnictví. Pracovníkům by se tak rozšířila nabídka a vzdělávací programy by mohly být šity skutečně na míru jejich potřeb.

5.2 Psychohygiena

Dalším důležitým tématem v oblasti osobnostních potřeb byla psychohygiena pracovníků. Práce ZSP je náročná a hrozí zde syndrom vyhoření, je proto třeba věnovat psychickým potřebám ZSP zvýšenou pozornost.

5.2.1 Supervize

Ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb. je zanesena ve Standardech kvality povinnost poskytovatele sociálních služeb zajistit zaměstnancům, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je

sociální služba poskytována, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka – jinými slovy supervizi.

Bohužel sociální práce v nemocnicích není sociální službou, a proto, pokud nemá pracoviště sociální lůžka, se na tato zařízení tento standard nevztahuje. Ve většině oslovených zařízení není tedy supervize vůbec. Pravdou je, že někdy jsou pocity ze zkušenosti se supervizí smíšené. V některých nemocnicích ale funguje pravidelně a ZSP si její pozitivní efekt velmi pochvalují. Těchto zařízení je ovšem minimum. Buď ji nepodporuje vedení, nebo s ní nebyly moc dobré zkušenosti.

Pokud supervize ze strany externího odborníka není, obvykle pracovníci nalézají **podporu v týmu nemocnice, případně mimo zařízení**. Pokud je ZSP v nemocnici sám nebo nemá podporu v interdisciplinárním týmu, musí aktivovat interní zdroje podpory a se složitými situacemi se vypořádat sám, nebo hledat zdroje podpory mimo pracoviště – u kolegů z jiných nemocnic nebo sociálních služeb, u rodiny a přátel. Jako velmi důležité a ulevující uváděli respondenti možnost probrat některé věci s kolegy už jen pro pocit, že na to nejsou sami, mohou si s někým popovídat, poradit se, říct některé věci nahlas.

5.2.2 Snížení pracovní zátěže

Z výzkumu také vyplývá, že intenzita práce v mnohých nemocnicích je taková, že jsou ZSP **přetížení, vyčerpání** a to má dopady i na jejich zdraví, a snížení pracovní zátěže by skutečně ocenili.

Dle slov některých z nich není jejich práce moc veselá, pracují s utrpením lidí. Mnohdy je úspěch to, že je zajištěna požadovaná LDN nebo hospicová péče. ZSP jsou také často „mezi mlýnskými kameny“ a pod obrovským tlakem ze všech stran. Při tom všem se snaží pracovat s empatií a laskavostí, takže je velmi náročné při tom všem mít stále dostatek sil. Někdy si starosti z práce pracovníci nosí v myšlenkách s sebou i domů.

Podle některých by pomohlo **zkrácení pracovní doby**, třeba jen o hodinu denně. Dalším způsobem by mohlo být **personální posílení**, které by pomohlo i jako možnost zastupitelnosti, sdílení problémů a zdroj podpory ZSP navzájem.

Rovněž v případě pokrytí psychosociálních potřeb by mohla síť center podpory působit ozdravně. Zřízení sociální služby při zdravotnickém zařízení by dalo vzniknout povinnosti supervize, která by ZSP nabídla možnost posílit vztahy s kolegy a řešit problematiku situace. Sociální práce by se navíc v nemocnicích více formalizovala a pracovní zatížení ZSP by se lépe usměrňovalo.

6 Závěr

Na základě rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníky působících v nemocnicích Středočeského kraje jsme identifikovali těchto 18 potřeb, které souvisí s výkonem jejich povolání.

Tabulka 1 Profesionální potřeby ZSP

<i>Typ potřeb</i>	<i>Téma</i>	<i>Potřeby</i>
<i>POTŘEBY VE VZTAHU K ZAŘÍZENÍ</i>	Kompetence – role ZSP v zařízení	• nastavení hranic odpovědnosti za pacienta • autonomie
	Práce v týmu	• interní vyhranění kompetencí • zvýšení povědomí o ZSP v zařízení
	Organizačně-personální struktura a význam ZSP pro zařízení	• vlastní prostor pro práci • centralizace sociálního oddělení nemocnice • přesvědčit vedení o ekonomickém významu ZSP
	Pacienti	• metodická podpora při práci se složitými pacienty (lidé bez přístřeší ad.)
<i>SYSTÉMOVÉ POTŘEBY</i>	Sociální a zdravotní služby	• uzpůsobit systém neumístitelným pacientům • unifikace žádosti do pobytových zařízení • antidiskriminační aparát
	Veřejná správa	• zlepšit spolupráci při zajišťování sociálních služeb • zvýšit její flexibilitu při řešení akutních případů • zvýšit povědomí lidí o možnostech podpory
<i>OSOBNOSTNÍ POTŘEBY</i>	Vzdělávání	• rozšířit nabídku programů ČŽV o kurzy propojující zdravotní a sociální sféru • platformy pro mezioborová a inter-oborová setkání
	Psychohygiena	• možnost supervize • snížení pracovní zátěže

Zdroj: Vlastní zpracování

Většina zjištění se shoduje s informacemi uvedenými v literatuře. Jedinou výjimkou je role ZSP v týmu. Z rozhovorů vyplynulo, že ZSP se cítí být zdravotním personálem respektováni a spolupráce probíhá většinou na partnerské úrovni.

7 Doporučení

V závěru studie můžeme shrnout určitá **doporučení**.

Zdravotně-sociální pracovníci by uvítali existenci metodik a metodického vedení a možnosti se o něco opřít. Zároveň ale zaznívalo, že jsou rádi za určitou míru autonomie, a tudíž relativní svobodu v rozhodování při řešení případů.

Ačkoli literatura na téma sociální práce ve zdravotnictví existuje, tak zřídka nabízí praktické návody k řešení rozličných případů, které práce ZSP přináší. Metodické vedení by mohlo toto slepé místo pokrýt a poskytnout tak ZSP určitý nástroj ve chvíli, kdy si nevědí s případem rady. ZSP by se pak v praxi cítili mnohem jistější.

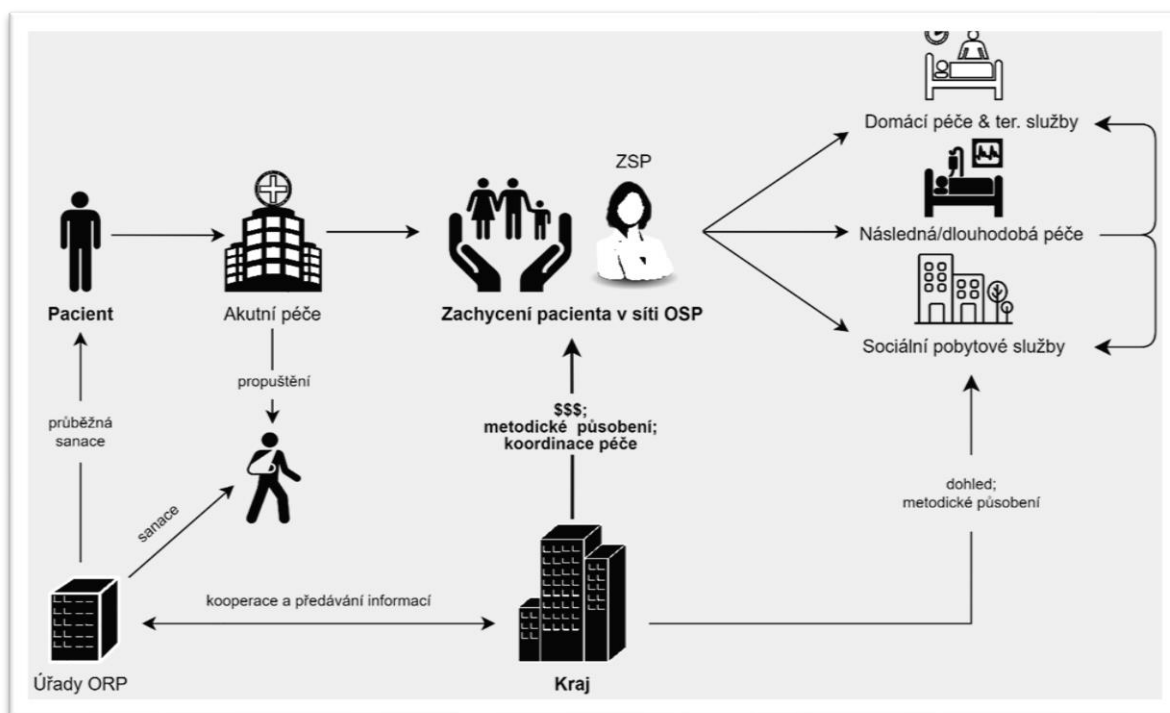
Velice důležitým subjektem pro ZSP je vedení zařízení (popřípadě oddělení). S managementem nemocnice je třeba komunikovat přínos ZSP, a to nejlépe pomocí čísel. V tomto ohledu se zdá být účelné provést výzkumné šetření mapující ekonomický přínos sociální práce, tedy její vliv na uvolňování lůžek a na míru rehospitalizace. Na tomto podkladu se poté dají budovat lepší pracovní podmínky, a to zejména s ohledem na personální zajištění. Tímto by byla například uvolněná cesta k personálním standardům, které by se odvíjely například od počtu lůžek v zařízení (stejně, jako je tomu u zdravotních sester).

7.1 Odborné sociální poradenství při nemocnicích

V neposlední řadě je třeba vzpomenout doporučení, jež prostupuje všemi výše zmíněnými body, jímž je **vytvoření sítě odborného sociálního poradenství při nemocnicích**. Taková síť podpory by přinesla ZSP větší oporu a jejich postavení by se jak v rámci systému, tak v rámci zařízení, výrazně posílilo. Interně by se navíc metodické vedení snadněji uchopovalo a lépe by se vymezovaly hranice kompetence ZSP. Síť by navíc přispěla k řešení otázky financování tím, že by byla sociální práce v nemocnicích hrazena z více zdrojů. Tato systémová změna by rovněž zajistila pružnější koordinaci péče a zefektivnila by řešení situace pacientů/klientů, u nichž je umisťování do pobytových sociálních služeb problematické. V neposlední řadě by měli ZSP lepší možnost prosazovat své zájmy, což by působilo prospěšně i s ohledem na uspokojení jejich osobnostních potřeb.

Je třeba podotknout, že se nejedná o řešení, které by již v praxi nebylo v určité formě ozkoušené. Například **v kraji Vysočina existuje institut tzv. koordinátorů pomoci⁵**, kteří působí jak v nemocnicích, tak na obcích s rozšířenou působností a na samotném kraji. Koordinátoři zajišťují propojení zdravotních a sociálních služeb se záměrem usnadnit přechod mezi nimi.

⁵ Institut vznikl na základě projektu „Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina“ realizovaném od roku 2020.



Systém fungování sítě odborného sociálního poradenství v nemocnicích

Zjednodušený systém fungování sítě odborného sociálního poradenství v nemocnicích je znázorněn na Diagram 1 výše. Oproti současnosti by se posílila průběžná sanace (podpora) ze strany ORP v případě rizikových sociálních skupin, u nichž je pravděpodobné zdravotní selhání. Pokud by se pacient dostal na akutní péči a nebyl by zachycen zdravotně-sociálním pracovníkem v nemocnici, tak by byl po propuštění dále v péči sociálního pracovníka z obce. V případě, že pacient vyžaduje následnou péči nebo vyžaduje podporu při řešení jeho situace po propuštění, tak je zachycen sítí odborného sociálního poradenství. Ta je díky metodickému vedení a zdrojům ze strany kraje schopná péči efektivně koordinovat. Je přitom vynaloženo veškeré úsilí pro zajištění domácí péče a terénních služeb a v případě, kdy si situace žádá pobytovou sociální službu, je jí účinněji dosaženo. Pacienti, kteří tak do této chvíle "uvízli" na následné a dlouhodobé péči by mohli zdravotnickým systémem procházet výrazně rychleji. Síť OSP a zefektivnění koordinace péče z ní vyplývající by tak v důsledku ušetřily zdroje zdravotnictví a poskytly řešení případů neumístitelných pacientů.

V současnosti kraj působí pouze jako dohledový orgán v sociálních službách, ale jeho přímý vliv na práci ZSP (obzvláště v nemocnicích, krajem nezřízených), je minimální. Pouze interní působení v rámci nemocnice přitom umožní překlenout mezery sociálně-zdravotního systému, uspokojit potřeby zdravotně-sociálních pracovníků a zefektivnit zdravotní a sociální péči.

Byly definovány potřeby zdravotně-sociálních pracovníků Středočeské kraje a oblasti, v nichž ZSP potřebují podporu.

Mezi tyto oblasti patří především:

- metodická opora,
- vymezení kompetencí,
- uzpůsobení systému neumístitelným pacientům,
- zvýšení flexibility veřejné správy,
- rozšíření nabídky vzdělávacích programů propojujících zdravotní a sociální problematiku
- a v neposlední řadě snížení pracovní zátěže.

V rámci práce s pacienty je dle výsledků nejsložitější komunikace a kooperace s jejich rodinami. ZSP v tomto ohledu působí jako komunikační uzel, který hledá kompromis napříč všemi aktéry. Další oblastí ve vztahu k pacientům, která si žádá zvýšené pozornosti, jsou osoby bez přístřeší. V tomto ohledu valná většina respondentů prokázala frustraci z nejasnosti nad tím, jak s takovými pacienty pracovat. S touto skupinou se rovněž pojí problematika umisťování pacientů, kterým se nedaří sjednat navazující pobytovou sociální službu.

Vzniká tak stále se rozvíjející skupina neumístitelných pacientů, kteří blokují lůžka, a to zejména v zařízeních poskytujících následnou a dlouhodobou péči. V tomto případě ZSP viní sociální služby, které tyto pacienty odmítají přijmout, a veřejnou správu, která vhodné služby není schopna zajistit.

V oblasti vzdělávání se ukázalo, že zájem o programy dalšího vzdělávání ZSP většinou mají, ale ne vždy jsou schopni si pro ně udělat prostor.

Dále bylo zjištěno, že ve chvíli, kdy ZSP nemají v zařízení supervizi, tak si povětšinou najdou zdroje podpory u kolegů. Ačkoli se snaží ke své profesi přistupovat psychohygienicky, tak ne vždy se jim daří jejich zdraví uchránit před pracovním náparem, kterému musí čelit.

Přestože se nám podařilo mnoho potřeb zdravotně-sociálních pracovníků identifikovat, tak jsme určitě nedosáhli plného výčtu. Naše práce se navíc orientovala na nemocnice poskytující péči různého typu (včetně psychiatrické), což nám sice umožnilo obsáhnout větší spektrum hledisek, ale zároveň nás limitovalo v tom, dostat se do větší hloubky konkrétních oblastí. Potřeby a vnímání sledovaných problematik se totiž napříč různými typy zařízení někdy i výrazně lišily. Bylo by tudíž vhodné směřovat další výzkum na specifické skupiny zařízení (např. na zařízení poskytující následnou péči atd.).

8 Zdroje

- APSS ČR, 2017. Etický kodex sociálních pracovníků a členů Profesionálního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách APSS ČR.
- Česká asociace sester, 2012. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Revize PP-ČAS-200803.
- MPSV, 2022. Sociální začleňování [WWW Document]. Soc. Začleňování. URL <https://www.mpsv.cz/socialni-zaclenovani> (accessed 10.3.23).
- MPSV, 2020. Strategie sociálního začleňování 2021-2030.
- MZČR, 2023. Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Minist. Zdr. URL <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/> (accessed 6.30.23).
- MZČR, 2022. Věstník Ministerstva zdravotnictví: Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK. Minist. Zdr. Čes. Repub.
- MZČR, 2020. Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030.
- ÚZIS ČR, 2021. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019. Úst. Zdr. Inf. Stat. ČR.
- ÚZIS ČR, 2020. Zdravotnická ročenka ČR 2019. Úst. Zdr. Inf. Stat. ČR.

9 Legislativní prameny

- ČR. Zákon č. 48/1997 o veřejně zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
- ČR. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- ČR. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ČR. Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- ČR. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- ČR. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- ČR. Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
- ČR. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>