



SEŠIT SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce ve zdravotnictví



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Projekt Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II

Období realizace projektu: 2016–2020

Tento Sešit je vydán a financován prostřednictvím projektu „Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003751. Projekt je součástí operačního programu zaměstnanost Evropského sociálního fondu a plynule navazuje na svého předchůdce stejného názvu.

V rámci projektu jsou realizovány níže uvedené klíčové aktivity:

Posílení kompetencí sociálních pracovníků

- Aktivita je zaměřena na vytvoření prostoru pro odborné diskuze a zvyšování odborných kompetencí sociálních pracovníků. Jedná se hlavně o řešení odborných otázek a etických dilemat vyplývajících z každodenní praxe sociálních pracovníků a témata související s aktuálním rozvojem a inovacemi v sociální práci.
- Konference pořádané u příležitosti Světového dne sociální práce, odborné semináře, workshopy, Jarní/Podzimní škola sociální práce, vzdělávací program zaměřený na mediální dovednosti, zahraniční studijní cesty (Slovensko – Košice, Bratislava a Nitra).
- Odborná knihovna.

Hlavní cíle:
podpora profesionalizace výkonu sociální práce v ČR a pozitivní propagace profese

Pilotní nastavení a ověření v oblasti profesního růstu sociálních pracovníků, v oblasti kvality a efektivity výkonu sociální práce a vytvoření databáze sociálních pracovníků

- V rámci této aktivity budou navrženy podmínky pro získání profesních stupňů specialista a všeobecně uznávaný odborník, a to na úrovni klientské a neklientské.
- Bude vytvořen pilotní model Databáze sociálních pracovníků, který umožní registraci sociálních pracovníků, v rámci které současně dojde k ověření odborné způsobilosti sociálních pracovníků.
- Aktivita se věnuje také kvalitě v sociální práci a efektivitě výkonu sociální práce.

Cílová skupina:
sociální pracovníci, nepřímo široká veřejnost

Osvěta/Mediální obraz sociální práce

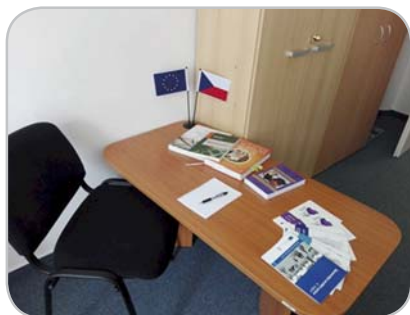
- Cílem aktivity je pozitivní propagace a osvěta sociální práce za účelem rozšíření povědomí o jejích možnostech, tj. o podpoře a pomoci, kterou sociální pracovník může a umí nabídnout klientovi (i potenciálnímu).
- V pravidelných intervalech jsou vydávány odborné články a publikace, které odrážejí činnosti projektu a zaměřují se na aktuální témata v oblasti výkonu sociální práce.
- Články:
 - na www.socialninovinky.cz
 - v elektronickém časopise Sociální práce/Sociální práca
 - v Listech sociální práce
- Sešity sociální práce
- Publikace ze zahraničních studijních cest
- Sborníky z konferencí
- Plakáty věnované historii sociální práce a osobnostem sociální práce z praxe
- Televizní a radiové spoty
- Videospoty

Evaluace projektu

- V rámci projektu bude vyhotovena evaluační studie s cílem zhodnotit dosažené výsledky a krátkodobé dopady. Evaluační aktivity a zpracování studie probíhají v průběhu celé realizace projektu.



Věříme, že pro Vás bude Sešit sociální práce užitečný, a pokud o něj máte zájem i v tištěné podobě, můžete si pro něj zajít do naší **Odborné knihovny projektu**, kde je možnost zapůjčení odborných publikací. Knihovna sídlí na adrese Na Maninách 876/7, Praha 7 – Holešovice, 4. patro, kancelář 24 B – na recepci Vás nasměrují. V knihovně naleznete spoustu zajímavých, jinak těžko dostupných titulů, týkajících se sociální práce. V minulém roce byla knihovna rozšířena o 42 odborných titulů! Seznam všech knih naleznete na webové stránce <http://www.budmeprofi.cz/knihovna/>. Prosíme Vás – čtenáře, abyste se před návštěvou ohlásili a oznámili přibližný čas, kdy Vás můžeme očekávat. Součástí odborné knihovny je nově také studovna, kterou můžete využít k prostudování publikací, zejména těch, které jsou určeny pouze k prezenčnímu zapůjčení.



Kontakt:

Mgr. Lucie Mičínová

(lucie.micinova@mpsv.cz, 770 147 943)

*Děkujeme
Váš tým Profíků II*

Úvodní slovo



Vážení čtenáři, představuji Vám další vydání publikace Sešit sociální práce (dále jen „SSP“), který je jedním z výstupů projektu „Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“. Předkládaný SSP se zaměřuje na jednu z méně viditelných oblastí sociální práce, a sice na sociální práci realizovanou ve zdravotnictví. Publikace, kterou držíte v rukou, prezentuje příklady dobré praxe zkušených odborníků – sociálních pracovníků a zdravotně sociálních pracovníků, kteří navzdory mnohým úskalím s odhodláním vykonávají činnosti sociální práce ve zdravotnictví.

Na úvod mi dovoluje pár vět o historii sociální práce ve zdravotnictví u nás. V roce 1918 vznikla první profesní organizace sociální práce a byla založena právě sociálními pracovníky z nemocničního prostředí. Ve stejném roce byla také založena Vyšší škola sociální práce, která byla později přejmenována na Masarykovu státní školu zdravotní a sociální péče, která nabízela vyšší odborné vzdělání především pro zdravotní sociální pracovníce (Kuzníková a kol. 2012).

Společným cílem sociální i zdravotní péče je vždy návrat člověka do společnosti a jeho aktivní zapojení v ní. Sociální pracovník či zdravotně sociální pracovník působící ve zdravotnickém zařízení je neopomenutelnou součástí multidisciplinárního týmu, jehož cílem je uzdravení člověka, případně stabilizace jeho zdravotního stavu.

Předkládané příspěvky sociálních pracovníků s dlouholetými zkušenostmi ve zdravotnických zařízeních reflektují specifika a podmínky práce na konkrétních příkladech dobré praxe. Dozvíte se například, jaké místo zaujímá sociální pracovník v systému péče o nemocného včetně jeho neopomenutelného vlivu na zdárné uzdravení, když autoři potvrzují důležité postavení sociální práce ve zdravotnictví a ukazují, jak může sociální práce pomoci.

Budu rád, milí čtenáři, pokud se předkládaný text stane inspirací pro Vaši vlastní každodenní praxi v práci s klientem. Rovněž správná míra pochyb je důležitá, neboť může rozvíjet a měnit zažitá přístupy a náhledy na věci kolem nás. Věřím však, že

předáváním si pozitivních zkušeností se můžeme vzájemně obohacovat a podporovat v tom, co dobře funguje. Jak se dočítáme v samotných kazuistikách, výstupem z procesu případové sociální práce ve zdravotnictví je fakt, že všichni tito lidé dostali podporu, kterou skutečně potřebovali, a která vedla k vyřešení jejich nepříznivé sociální situace.

Mgr. Bc. David Pospíšil, DiS.

ředitel Odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení
Ministerstvo práce a sociálních věcí

OBSAH

Úvodní slovo	4
Obsah	6
Představení garanta	8
Úvod	9
KAPITOLA 1 / ROLE A ÚKOLY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI	13
Martin Franěk, DiS.	14
Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici	15
KAPITOLA 2 / VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI	21
Mgr. Markéta Dubnová, Ph.D., DiS.	22
Úvod	23
Kazuistika	23
Uvedení do situace	23
Komentář na závěr	26
KAPITOLA 3 / ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DĚTSKÉM CENTRU	29
PhDr. Martin Karas, Ph.D.	30
Úvod	31
Kazuistika	33
Závěr	35
KAPITOLA 4 / PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PORODNICI	37
Marie Válková, DiS.	38
Role sociálního pracovníka v nemocnici	39
Kazuistika č. 1	41
Kazuistika č. 2	42
Kazuistika č. 3	44
Závěr	44

KAPITOLA 5 / INDIVIDUÁLNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM – SENIOREM	47
Mgr. Kamila Mrtková	48
Úvod	49
Kazuistika	49
Závěr	53
<hr/> Shrnutí a doporučení	<hr/> 57
<hr/> Literatura	<hr/> 62

PŘEDSTAVENÍ GARANTA



doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Je sociální pracovník a vysokoškolský pedagog. Má pracovní zkušenost se sociální prací s dětmi a mládeží, se seniory a s uprchlíky a migranty. Odborně se zaměřuje na téma sociální práce s menšinami a na sociální vyloučení, přičemž v této oblasti publikuje a doposud participoval na několika výzkumných šetřeních. Je také garantem studijního oboru Zdravotně sociální pracovník v rámci studijního programu Zdravotně sociální péče na Vysoké škole polytechnické Jihlava.

Úvod

Úzký vztah mezi zvládnutím nemoci pacienta/klienta (dále jen klient) a řešením jeho nelehké životní (sociální) situace můžeme spatřovat jak ve vzdálenější minulosti, kdy pomoc člověku byla zajišťována ve větší míře lazarety a církevními institucemi (kláštery), tak i v novodobých dějinách sociální práce, které můžeme datovat od počátku 20. století.

V průběhu dějin se sociální práce a role sociálního pracovníka vyvíjely až do současné podoby, která je vymezena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V souvislosti se sociální prací ve zdravotnictví je potřeba zmínit také zákon č. 96/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, který s účinností od 1. 4. 2004 zařadil povolání sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka mezi nelékařská zdravotnická povolání. Vymezení jejich kompetencí pak můžeme nalézt ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

Role sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je v současné době velmi pestrá a v jistém ohledu i prestižní, k čemuž přispívá ta skutečnost, že je zde pro pracovníka příležitost samostatně pracovat a koordinovat odborníky dalších pomáhajících profesí, participujících na řešení dané situace. Jak ukazují dále prezentované kazuistiky a příklady z praxe, agenda tohoto sociálního pracovníka neustále narůstá a rozvíjí se. Sociální pracovník pracuje v multidisciplinárním týmu, setkává se s velmi širokým spektrem klientů (senioři, osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách, těhotné ženy, lidé po závažných úrazech aj.) a lidských příběhů a situací, pokrývajících období od narození až po smrt.

Sociální pracovník je jedním z prvních odborníků, který přichází s klientem do kontaktu v krátké době po jeho přijetí. Řeší tedy situaci klienta od jeho nástupu do zdravotnického zařízení (zajišťuje vstupní sociální šetření), provádí jej po celou dobu vlastní léčby, kdy zajišťuje a koordinuje další potřebné kroky a návazné služby, případně pružně reaguje na měnící se zdravotní stav klienta a přiměřeně k této situaci koordinuje návaznou pomoc. Spolupráce s klientem však často nekončí propuštěním ze zdravotnického zařízení. Jak ukazuje jeden z níže prezentovaných příspěvků, je v některých případech sociální pracovník s klientem v kontaktu i po propuštění, kdy se stává prostředníkem pro řešení nově vzniklých zdravotních událostí, případně návazných situací.

V následujícím textu je prezentováno celkem pět příspěvků, které jsou koncipovány tak, že první z nich, příspěvek Martina Fraňka, DiS. (Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici), představuje pracovní pozici a náplň práce sociálního pracovníka v nemocničním zařízení. V tomto textu je možné nalézt přehled nejčastějších úkolů a činností, se kterými se tito sociální pracovníci setkávají a které řeší. Tento příspěvek je představením pracovní pozice a úvodem do této oblasti sociální práce, přičemž pravděpodobně vystihuje tu nejdůležitější a nejčastější činnost (i když samozřejmě nepostihuje veškerou činnost a pracovní nasazení).

Dále jsou pak zařazeny příspěvky, které již zmiňují konkrétní práci sociálních pracovníků se čtyřmi vybranými cílovými skupinami: 1. osoby s duševním onemocněním (příspěvek s názvem „Výkon sociální práce v psychiatrické nemocnici“), 2. děti (Poslání a povinnosti sociálního pracovníka v dětském centru), 3. mladistvé gravidní dívky (Práce sociálního pracovníka v porodnici) a 4. senioři (Individuální sociální práce s klientem – seniorem). Na prezentovaných kazuistikách je čtenáři přiblížena konkrétní práce v praxi.



KAPITOLA 1

ROLE A ÚKOLY SOCIÁLNIHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI

ROLE A ÚKOLY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI



Martin Franěk, DiS.

Vystudoval sociální práci na Vyšší odborné škole sociálně právní v Praze a v roce 2013 absolvoval akreditované specializační vzdělávání v Brně, které opravňuje pracovat bez odborného dohledu. Dále se věnuje dálkovému studiu na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě, obor Zdravotně sociální pracovník. Od roku 2009 pracuje v oblasti sociální práce. Nejprve jako sociální pracovník v domově pro seniory a od roku 2012 působí v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze jako zdravotně sociální pracovník pro akutní a následná lůžka, ambulantní pacienty a paliativní pacienty nemocnice. Na aktuální pozici se zaměřuje na práci s pacienty s gastroenterologickými obtížemi se symptomatickou léčbou.

Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici

Výkon sociální práce v nemocnici je realizován v rámci samostatné pozice, která je začleněna do multidisciplinárního týmu, který se stará o pacienty jak hospitalizovaných na lůžkách akutní péče, tak lůžkách následných (léčebna dlouhodobě nemocných, dále jen LDN, dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče, dále jen DIOP). Pracovní pozice je začleněna v rámci organizační struktury pod náměstkyni pro nelékařské zdravotnické pozice. Sociální pracovník v nemocnici pracuje buď samostatně, nebo pod vedením sociálního pracovníka, který splnil podmínky pro práci bez odborného dohledu a má absolvované akreditované specializační vzdělávání pro práci bez odborného dohledu.

Nedílnou součástí práce sociálního pracovníka v nemocnici je sociálně právní poradenství, pomoc se zajištěním terénních služeb při propuštění klienta domů nebo zajištění lůžek následné péče jak ošetrovatelských, tak rehabilitačních.

Během vlastní individuální práce s klientem je využíván zejména poradenský rozhovor a anamnestický rozhovor, z přístupů je nejvíce uplatňována práce orientovaná na úkoly, ale i krizová intervence.

Sociální pracovník v nemocnici denně navštěvuje přidělená oddělení, kde společně s lékaři a sestrami vyhodnocuje, kteří z pacientů by mohli potřebovat pozornost sociálního pracovníka. Činnost spočívá v denním setkávání se s lékaři jednotlivých oddělení a zejména se staniční či vrchní sestrou, při kterém jsou vytipováni klienti, kteří jsou rizikováni, ať již z důvodu svého věku, zdravotního stavu, ztrátě soběstačnosti či osamělosti. Základní screening (tedy samotné vyhodnocení rizik u nově hospitalizovaných klientů) je prováděn při přijetí nového pacienta k hospitalizaci, ale také pokaždé, kdy dojde ke změně zdravotního stavu či soběstačnosti, ať již po provedeném zákroku nebo jen v důsledku například delší hospitalizace. S pacienty, kteří byli vytipováni jako případní klienti sociálního pracovníka, provede sociální pracovník anamnesticko-poradenský rozhovor a dle zjištěných skutečností a schopností klienta navrhuje možná řešení nepříznivé sociální situace. Pokud je to potřebné, kontaktuje se souhlasem klienta jeho rodinu, kterou se aktivně snaží zapojit do zajištění bezpečného propuštění klienta domů. Je-li nutná 24hodinová péče, rodina není schopna se o svého blízkého postarat a je-li i nedostatečná kapacita terénní sociálních a zdravotních služeb (myšleno domácí zdravotní péče, pečovatelská či asistenční služba) dle potřeb klienta, zajišťuje sociální pracovník v nemocnici lůžko následné zdravotní péče (LDN, rehabilitace).

V této fázi práce se jedná převážně o poradenství a administrativně koordinační aktivity (vypsání a odeslání žádosti, koordinace případného převozu klienta do jiného zařízení).

Specifickou skupinou klientů jsou osoby bez přístřeší, které jsou v akutním stavu hospitalizované, velmi často je jejich ošacení znehodnoceno. V takovém případě sociální pracovník ve spolupráci s dalšími odděleními, případně dalším subjekty, zajišťuje náhradní ošacení. Během prvního rozhovoru s klientem, který žije na ulici, zjišťuje sociální pracovník, zda má platné doklady, jestli je má u sebe, jak dlouho žije na ulici, zda využíval nějaké terénní či ambulantní sociální služby. Další nezbytnou informací je otázka finančního zajištění, ať již dávkami důchodového pojištění nebo dávkami pomoci v hmotné nouzi, popřípadě dávkami podpory v nezaměstnanosti.

Pokud klient, který žije na ulici, spolupracuje a chce svou situaci řešit, sociální pracovník nemocnice naváže spolupráci s azylovými domy, noclehárnami či léčebnami dlouhodobě nemocných. Při akutní hospitalizaci, je-li to zapotřebí, zahajuje sociální pracovník řízení o nové osobní doklady nebo alespoň požádá sociálního pracovníka obecního úřadu o zajištění rodného listu pro úřední účely a pak jej dále informuje o případném přesunu klienta do jiného zdravotnického zařízení, azylového domu, noclehárny či propuštění klienta z nemocnice.

Při opakovaných hospitalizacích těchto klientů se sociální pracovník často setkává s nespoluprací a nezájmem klientů svou situaci řešit. Mnoho z nich se chce po propuštění vrátit do svého sociálního prostředí a odchází na ulici. Ve většině případů klient ani nedokončí řádnou léčbu a odchází sám z nemocnice.

Bohužel se ve své profesi sociální pracovník v nemocnici setkává i s dalším sociálně patologickým jevem, a to domácím násilím. Pokud je zjištěno podezření na domácí násilí, je klientka či klient hlášen sociálnímu pracovníkovi. Sociální pracovník neprodleně, jakmile je to možné, provede anamnesticko-poradenský rozhovor a nabídne aktivní pomoc oběti. Chce-li oběť domácího násilí situaci řešit, zajišťuje sociální pracovník kontakt s příslušnou sociální službou. Sociální pracovník v mimořádných případech doprovází oběť na jednání v daných institucích či zprostředkuje návštěvu hospitalizované oběti pracovníkem intervenčního krizového centra v nemocnici. Odmítá-li oběť situaci řešit, obdrží alespoň informativní materiály s kontakty na linky bezpečí a instrukce, jak se při opakování násilí chovat.

Sociální pracovník v nemocnici se setkává i s případy násilí či zanedbávání péče u seniorů. V těchto případech je většinou potřebné zajistit dlouhodobou zdravotní péči na lůžku LDN s navazující péčí v domovech pro seniory.

Sociální pracovník v nemocnici je zapojen také do péče o klienty v terminálním stadiu nemoci jak hospitalizovaných, tak docházejících do paliativní ambulance. Je součástí paliativního týmu, který tvoří lékař se specializací v paliativní medicíně, psycholog, nutriční terapeut, farmaceut, duchovní, poradce pro pozůstalé a fyzioterapeut.

Paliativní péče je zahájena v okamžiku, kdy lékaři sdělí klientovi a jeho rodině diagnózu nevyлéčitelného onemocnění a prognózu dalšího vývoje zdravotního stavu. Posléze sociální pracovník, sám nebo v rámci tzv. týmové schůzky, hovoří s klientem a jeho rodinou ohledně možností další paliativní (symptomatické) péče. Vždy konzultuje zvolený postup sociální intervence s ošetřujícím lékařem. Detailně klientovi popisuje možnosti péče v domácím prostředí i v rámci lůžkové hospicové péče. Sociální pracovník je k dispozici pro telefonické konzultace a osobní schůzky po celou dobu hospitalizace i pro období návštěv klienta v paliativní ambulanci nemocnice.

O každém klientovi, který projde tzv. sociální intervencí, je veden záznam jak v elektronické, tak i v tištěné podobě. Záznam obsahuje všechny zjištěné informace od klienta a jeho rodiny – rodinné prostředí, bydlení, sociální prostředí a okolnosti, finanční zajištění, poskytované sociální dávky, již zajištěné sociální služby, zhodnocení aktuální situace a doporučení k řešení aktuálního stavu. Denně sociální pracovník dopisuje nové skutečnosti při zajišťování bezpečného propuštění klienta a související komunikaci s rodinou či institucemi.

Sociální pracovník v nemocnici také denně komunikuje s úřady, orgány státní správy, policií, různými institucemi a poskytovateli terénních či pobytových sociálních a zdravotních služeb. Sociální pracovník má na starosti i zajištění tzv. sociálního pohřbu u zemřelých pacientů nemocnice, kteří nemají příbuzné nebo příbuzní z nějakého důvodu nejsou schopni pohřb vypravít. Dané skutečnosti ověřuje ve spolupráci s Policií ČR.

Práce sociálního pracovníka v nemocnici je zaměřena i na práci v ambulantních provozech a emergency. Jsou-li při návštěvě klienta na těchto odděleních vyhodnocena rizika v oblasti zvládání sebeobsluhy, zdravotní péče atd., je klientovi předán informační leták nemocnice se základními kontakty na sociálního pracovníka nemocnice a instituce dostupné v regionu bydliště. Sestra oddělení se klienta ptá, zda souhlasí s kontaktem od sociálního pracovníka po propuštění a zanese to do písemného záznamu. Na základě tohoto záznamu kontaktuje sociální pracovník do 24 hodin rodinu klienta či přímo klienta s dotazy ohledně (ne)existence míry potřebného zázemí a s tím související projednání variant možností zajištění péči o klienta po jeho propuštění. Pokud je to potřeba, doporučí sociální pracovník kontaktovat terénní služby, předá jim platné kontakty či dané služby přímo zajistí. V některých případech je nutné zařídit umístění přímo na lůžko následné péče. Má-li takový klient rodinu, je vyzvána ke spolupráci (po ústním souhlasu klienta, který je kontaktován jako první). Spolupráce s rodinou je zásadní zejména pro zajištění žádostí do LDN přes praktického lékaře. Pokud se jedná o osamělého klienta, je nutné kontaktovat příslušného obvodního lékaře a domluvit jeho spolupráci při zajištění péče o klienta v domácím prostředí.

Sociální pracovník se v nemocnici setkává s mnoha různými klienty a jejich rodinami ze všech sociálních vrstev s rozličnými problémy a specifickými potřebami. Ke všem

klientům přistupuje stejně a nabízí všechna dostupná řešení jejich aktuální tíživé situace, většinou umocněné změnou zdravotního stavu. Každým rokem se zvyšuje počet klientů, kterým je poskytována podpora sociálním pracovníkem, a souběžně dochází ke zkracování průměrné délky hospitalizace. Z toho je patrné, že je i kratší doba na vyřešení někdy tíživé sociální situace klientů. Na komplexní sociální práci v nemocnici často zbývá méně než týden.

Sociální práce v nemocnici je komplexně zaměřená na pomoc klientům a jejich rodinám v jejich tíživé situaci způsobené nemocí. Výše zmíněné role a úkoly sociálního pracovníka nejsou komplexním výčtem pracovní náplně, ale jedná se o přehled nejčastějších úkolů, se kterými se během své praxe setkává. Rok od roku se některé činnosti doplňují či utlumují, vše závisí na pacientech hospitalizovaných v nemocnici. Sociální pracovník v nemocnici se tedy musí orientovat v mnoha oblastech sociální práce.



KAPITOLA 2

VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI

VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI



Mgr. Markéta Dubnová, Ph.D., DiS.

Profesně se věnuje sociální práci s lidmi s vážným duševním onemocněním. V rámci svého povolání působila v obou typech péče – v lůžkovém zdravotnickém zařízení na pozici zdravotně sociálního pracovníka Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod i v terénních sociálních službách neziskové organizace Péče o duševní zdraví – region Pardubice jako sociální pracovník a vedoucí psychosociální rehabilitace. Od roku 2013 se věnuje vzdělávání studentů oboru Zdravotně sociální pracovník na Vysoké škole polytechnické Jihlava, zastává pozici vedoucí Katedry sociální práce a garanta odborné praxe. Je absolventkou doktorského programu na Univerzitě Komenského v Bratislavě v oboru sociální práce.

Úvod

Vážné duševní onemocnění významně zasahuje všechny oblasti života člověka na úrovni biologické i sociální (zdraví, péče o sebe, práce, studium, bydlení, finance, vztahy, volný čas) a v podmínkách České republiky, která stále stojí na začátku reformy psychiatrické péče, vede v akutní fázi nemoci zpravidla k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení nebo v psychiatrické léčebně/nemocnici. V rámci této hospitalizace je pomoc a podpora při řešení nepříznivé sociální situace klienta v kompetenci (zdravotně) sociálního pracovníka jako představitele výkonu sociální práce ve zdravotnickém zařízení. Jeho působnost při uspokojování sociálních potřeb klienta v rámci ošetrovatelského procesu spočívá nejen v základním sociálním poradenství a dalších odborných intervencích, ale významnou měrou rovněž v propojování zdravotní a sociální péče uvnitř tohoto zařízení i mimo něj. Konkrétní proces výkonu sociální práce, nezastupitelnou úlohu (zdravotně) sociálního pracovníka i potřebný interdisciplinární přístup v rámci komplexní ošetrovatelské péče je představen prostřednictvím příkladu dobré praxe – kazuistiky.

S ohledem na nutnost komplexního, holistického pojetí péče o lidi s vážným duševním onemocněním zaujímá sociální práce v psychiatrické péči nezastupitelné místo. Sociální pracovník se v rámci multidisciplinárního týmu (zpravidla jej tvoří lékaři, všeobecné sestry, psychologové, psychoterapeuti, ošetrovatelé) podílí na léčebném procesu uspokojování sociálních potřeb klienta. Sociální pracovníci hrají významnou roli v péči o duševní zdraví na úrovni klinik i psychiatrických nemocnic/léčeben a mohou v souladu se svými kompetencemi a dosaženou kvalifikací, v závislosti na potřebách nemocného, realizovat širokou škálu činností od sociálního šetření přes plánování, intervence v průběhu hospitalizace až po činnosti síťování do zajištění následně péče, které jsou nezbytné pro ukončení hospitalizace a propuštění klienta do přirozeného prostředí.

Kazuistika

Uvedení do situace

Mladý muž (27) opakovaně hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici s duální diagnózou (schizofrenie a závislost na návykových látkách) a přidruženým tělesným handicapem omezujícím jeho pohyb. Zajištěn příjmem z invalidního důchodu třetího stupně. Omezený ve způsobilosti k právním úkonům pro nakládání s částkou nad 500 Kč týdně. Přestože má rodiče, funkci opatrovníka vykonává pracovník obce, v níž má klient trvalé bydliště. Rodiče se funkce opatrovníka vzdali poté, co je syn pod vlivem závislosti na návykových látkách slovně i fyzicky napadal, okrádal a ničil jejich majetek. K po-

slední hospitalizaci do psychiatrické nemocnice byl opět přijat pro relaps duševního onemocnění, ke kterému došlo v důsledku nedodržování léčebného režimu v přirozeném prostředí a užívání návykových látek. V době, kdy se setkávám s klientem v rámci překladi z oddělení akutní péče všeobecné nemocnice na naše doléčovací oddělení, se nachází ve stabilizovaném stavu a ochotně spolupracuje s ošetřujícím personálem. V rámci hospitalizace abstínuje, což vyplývá z léčebných a režimových opatření psychiatrické nemocnice. Opakovaně hovoří o tom, že se chce vrátit domů. Rodiče však návrat syna domů odmítají vzhledem ke svému pokročilému věku, špatnému zdravotnímu stavu i předchozím negativním zkušenostem, kdy syn vždy velmi záhy po návratu domů znovu navázal kontakty se závislými „kamarády“, přestal dodržovat léčebný režim a opět začal s užíváním drog. Opatrovník z obce, vědom si předchozích negativních zkušeností po propuštění, nevyvíjí žádnou aktivitu ve smyslu hledání možností, jež by podpořily řešení situace a zvýšení šancí na propuštění opatrovance. Nacházíme se tak v situaci, kdy rodiče považují hospitalizaci syna za vyhovující, protože z jejich pohledu je syn v psychiatrické nemocnici z hlediska dodržování léčebného režimu i zamezení přístupu k drogám adekvátně zajištěn. Opatrovník z hlediska výkonu své funkce rovněž nevyvíjí žádnou aktivitu, která by přispěla k ukončení hospitalizace, neboť v obci (místě bydliště opatrovance) je ve smyslu následné péče možné využít pouze psychiatrickou ambulanci. Nejsou zde dostupné žádné sociální služby, které by mohly být nápomocny procesu psychosociální rehabilitace a zotavení.

Posouzení situace a dohoda o cíli spolupráce

Uvažuji o klientovi z hlediska možností výkonu sociální práce v rámci své pozice sociálního pracovníka zdravotnického zařízení. S ohledem na věk klienta, jeho zdravotní stav a deklarované potřeby a přání prověřuji možnosti jeho propuštění do přirozeného prostředí, které by jej podpořilo v procesu zotavení a motivovalo pro pokračování v abstinenci. Konzultuji s ošetřujícím lékařem i primářem oddělení zdravotní stav klienta s ohledem na možnosti jeho propuštění mimo ústavní zdravotnické zařízení. Telefonicky konzultuji možnosti propuštění rovněž s opatrovníkem. Lékaři konstatují, že z hlediska zdravotního stavu je možné klienta propustit do návazné péče, shodujeme se na pobytové sociální službě, kdy vzhledem k věku klienta by bylo nejvhodnějším řešením chráněné bydlení. Lékaři však šanci na úspěšnou a bezproblémovou adaptaci, vzhledem k závislosti na návykových látkách (a pouze vynucené abstinenci) klienta, nevidí jako reálnou. Opatrovník považuje propuštění s ohledem na opakované selhání při předchozích propuštěních za rizikové, upozorňuje i na zájem rodičů na pokračování hospitalizace. Lékaři ani opatrovník navzdory rozdílnému názoru na budoucí vývoj situace klienta žádným způsobem aktivitám směřujícím k propuštění nebrání. S klientem celou situaci podrobně v průběhu dvou týdnů diskutujeme, včetně jeho motivace a možných rizik. Následně stanovujeme cíl naší spolupráce ve smyslu získání chráněného bydlení.

Formulace úkolů a jejich plánování

Konkrétní úkoly, které povedou k dosažení cíle spolupráce s klientem, byly po dohodě s ním stanoveny ve smyslu dodržování léčebného režimu (užívání léků, dodržování času vycházek, abstinence, spolupráce s ošetřujícím personálem), tréninku sociálních dovedností (nakládání s penězi v rámci nákupů věcí denní potřeby, nákup nového oblečení, komunikace s ostatními klienty, předcházení sporům se spolupacienty na oddělení a jejich řešení) a komunikace s opatrovníkem.

Úkoly pro sociálního pracovníka byly stanoveny ve smyslu kontaktování a komunikace s opatrovníkem na úrovni odborné. Vyhledání vhodné návazné sociální služby a dojednání podmínek pro přijetí.

Plnění cílů, sociální intervence

Klientovi se daří s drobnými nedostatky plnit stanovené úkoly dle časového plánu. Mnohem obtížnější se jeví plnění cílů na straně sociálního pracovníka (tedy v rámci mého působení). Telefonicky zjišťuji dostupnost pobytové sociální služby pro klienta s preferencí chráněného bydlení. Na celém území České republiky se mi však dlouhou dobu nedaří nalézt vhodné zařízení. Setkávám se s opakovaným mnohačetným odmítnutím z důvodu cílové skupiny (kontraindikací je duální diagnóza obsahující závislost na návykových látkách) a z důvodu absence potřebného materiálního a technického zajištění (bezbariérovost). Po více než měsíci intenzivního hledání se mi nakonec daří nalézt chráněné bydlení, které svým charakterem i přístupem odpovídá potřebám klienta. Komunikace s opatrovníkem na odborné úrovni probíhá nakonec uspokojivě, daří se mi jej přesvědčit o tom, že psychiatrická nemocnice není z hlediska rozvoje a kvality života pro klienta vhodným zařízením a že je důležité dát klientovi šanci na „normální“ život v maximální možné míře. Postupem času se opatrovník začíná aktivně podílet na dosažení cíle klienta a stává se klíčovou osobou pro dokončení procesu spolupráce v rámci dosažení tohoto cíle. Přes počáteční nedůvěru v klientovy schopnosti a možnost úspěchu nakonec opatrovník podporuje a sám přejímá dílčí aktivity nezbytné pro převezení klienta do chráněného bydlení a zajištění všech souvisejících náležitostí. Komunikuje rovněž s rodiči, s cílem informovat je podrobně o důvodech i procesu změny a snížit jejich obavy ze změny a umístění syna ze zdravotnické do sociální služby.

Ukončení hospitalizace a spolupráce s klientem

Lékař ukončuje hospitalizaci a zpracovává propouštěcí zprávu, kterou odesílám ambulantnímu psychiatrovi, který klienta převezme do péče v místě chráněného bydlení. Pro potřeby a návaznost služby chráněného bydlení zpracovávám souhrnnou zprávu o provedených sociálních intervencích, se kterou klienta v rámci ukončení naší spolupráce seznamuji, a jejíž součástí je písemně vyjádřený souhlas klienta s jejím obsahem a poskytnutím pracovnice sociální služby. Klient je převezen opatrovníkem do chráněného bydlení.

Komentář na závěr

Uvádím výše uvedenou kazuistiku jako příklad dobré praxe, který dle mého názoru zrcadlí výkon sociální práce ve zdravotnickém zařízení, pro jehož kvalitu je klíčové rovnocenné postavení sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu a spolupráce odborníků ve zdravotnickém zařízení i mimo něj v zájmu klienta. Z výše uvedeného rovněž vyplývá, jak důležitý je kvalifikovaný výkon sociální práce v rámci léčebného procesu a jak vysoké nároky jsou kladeny na sociálního pracovníka při procesu přípravy podmínek na propuštění lidí s vážným duševním onemocněním (zejména opakovaně a dlouhodobě hospitalizovaných), a to jak z hlediska profesních dovedností, tak z hlediska kapacity sociálního pracovníka. Při počtu klientů, které mají sociální pracovníci v současné době ve zdravotnických zařízeních v péči (všeobecné nemocnice, psychiatrické nemocnice, LDN) je individuální dlouhodobá podpora jednoho klienta nerealizovatelná nebo je poskytnuta za cenu nerovného přístupu (není reálně možné, aby sociální pracovník v počtu jednoho úvazku na celou všeobecnou nemocnici nebo v počtu např. pěti úvazků na psychiatrickou nemocnici o 500 lůžkách realizoval sociální poradenství a intervence v rozsahu, který odpovídá potřebám všech hospitalizovaných pacientů).



KAPITOLA 3

ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DĚTSKÉM CENTRU

ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DĚTSKÉM CENTRU



PhDr. Martin Karas, Ph.D.

Vystudoval speciální pedagogiku se zaměřením na pracovní a tělesnou výchovu zdravotně postižených na Univerzitě Karlově v Praze, kde absolvoval též rigorózní řízení. Jeho profesní dráha je neustále prolínána jak sociální prací, tak zdravotnictvím. Je absolventem doktorského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Rehabilitace. V současné době si doplňuje vzdělání v oboru Diplomovaná všeobecná sestra na Vyšší odborné škole zdravotnické v Českých Budějovicích. Zprvu svůj profesní život zasvětil seniorům, od kterých plynule přešel k těm nejmenším a paralelně i k osobám se zdravotním postižením. Pomoc ohroženým dětem se stala jeho prioritou a srdeční záležitostí. Přestože je řadu let ředitelem Dětského centra ve Strakonících a Domova pro osoby se zdravotním postižením na Javorníku, více než ředitelem je pracovníkem v přímé péči a sociálním pracovníkem. Každodenně se věnuje pomoci nejen dětem, ale též dospělým. Načerpané osobní, pracovní a teoretické zkušenosti společně se svými kolegy den co den uplatňuje v přímé práci s nimi. Nezprostředkovaný kontakt s realitou je to, co ho neustále udivuje, naplňuje a pozitivně motivuje k novým aktivitám.

Úvod

Působení zdravotně sociálního pracovníka (dále jen sociální pracovník) nejen ve zdravotnických, ale i neziskových organizacích, je dnes nedílnou součástí odborného multidisciplinárního týmu. Přestože je jeho postavení ve zdravotní a sociální práci velmi významné, stále neexistuje mnoho studijních oborů, které by garantovaly získání patřičně komplexního vzdělání. Podstatou takového studia by mělo být načerpání souhrnných znalostí z oblasti sociální problematiky, metod sociální práce, zdravotnictví či ošetrovatelství, které se navíc musí umět zdárně aplikovat v přímé péči. Prolínání těchto dvou oborů je v oblasti mého působení vnímáno jako cesta k úspěchu.

Činnost sociálního pracovníka má v dětském centru velmi důležité postavení. Hovoříme například o přemístění dětí (do tří let věku) do zdravotnických zařízení, případně jiných institucí nebo také do náhradních rodin apod. Pro pracovníka, který řeší tuto situaci, to znamená nutnost osvojit si komplexní znalost jak zdravotního stavu malého pacienta (klienta), tak související sociální problematiky. Neméně důležitá je znalost například rodinné anamnézy a aktuální situace v rodině. Pracovník musí správně vyhodnotit celkovou situaci dítěte a na základě toho učinit objektivní závěry. Toto všechno jsou důležité aspekty, které mohou ovlivnit budoucí život jak dítěte, tak rodiny. Jeden z důvodů, proč kvitujeme roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví je ten, že jeho odborná znalost je dnes na velmi vysoké úrovni a přispívá k souhrnnému a ucelenému pohledu na klientovu situaci.

Dětské centrum

V případě Dětského centra ve Strakonících se jedná o nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje nejen zdravotně ošetrovatelské, ale také sociální služby ohroženým dětem a jejich rodinám. Díky širokému záběru služeb, které paralelně poskytuje, je přítomnost sociálního pracovníka nezbytná. Jeho klíčovou náplní práce je intenzivní kontakt s dítětem. Úzce spolupracuje s multidisciplinárním týmem a především pak klíčovým pracovníkem, od kterého shromažďuje veškeré důležité informace. Klíčový pracovník je vždy přidělen dětským centrem za účelem úzkého kontaktu a spolupráce s dítětem. Na podkladě získaných informací vyhotovuje zprávy pro příslušné instituce, jakými jsou soud, oddělení sociálně-právní ochrany dětí, zdravotnická či školská zařízení apod. Společně s klíčovým pracovníkem sestavují individuální plán ochrany dítěte. Dále úzce spolupracuje se zdravotnickým personálem (zdravotními a lékařskými pracovníky). Ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace selektuje ty informace, které jsou nezbytné pro šetření ostatních odborných pracovišť (středisko výchovné

péče, krizové centrum, dětské centrum, dětský domov, soud, psychiatrická léčebna, zdravotnické zařízení apod.). Jeho úkolem je připravit kompletní propouštěcí zprávy a (z pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví) též zajistit tolik potřebné doprovedy do zdravotnických zařízení. Zabezpečuje řádné termíny vyšetření, dokládá potřebné dokumenty, je účasten případovým konferencím atd. Výhodou této profese je znalost jak zdravotnické, tak sociální problematiky, které se vzájemně prolínají, a nelze je při jednáních oddělit. Dále se podílí na zprostředkování náhradní rodinné péče (dále NRP), připravuje všechny potřebné materiály, které jsou součástí zdravotní a sociální dokumentace. Zajišťuje kontakty žadatelů o NRP, pořizuje z těchto návštěv písemné záznamy, obstarává propouštěcí zprávy. Velmi důležitým úkolem této profese je zajišťování kontaktů s biologickou rodinou. V gesci sociálního pracovníka ve zdravotnictví je též zajišťovat setkání dítěte společně s rodičem, který se nachází ve výkonu trestu.

Práce s rodinou

Přestože se dětské centrum přednostně zabývá péčí o svěřené děti, nedílnou součástí sociální práce je i úzká spolupráce s biologickou rodinou. Ta nemusí být vždy jednoduchá. Hovoříme o lidech, jejichž problematické chování je do značné míry ovlivněno hospitalizací dítěte. Z tohoto důvodu je komunikace s rodinou složitá a dojednat s nimi společný cíl může být obtížné. Na sociálního pracovníka jsou v tomto ohledu kladeny velké nároky, aby celou situaci optimálně řešil ku prospěchu všech dotčených stran. Důležitým aspektem sociální práce je zachovat si vždy objektivní pohled. Není pochyb o tom, že každý člověk si zaslouží respekt a úctu, ať už žije jakýmkoliv způsobem života. Musíme respektovat klientovu jedinečnost a individualitu. Musíme mít dar komunikace, abychom dokázali vyjednat následné kroky podpory. Chce to hodně praktických zkušeností a také trochu osobnostních předpokladů. Ke konfliktu nebo nedorozumění mezi klientem a sociálním pracovníkem dochází výjimečně, obvykle na základě nesprávné komunikace. Výsledkem by mělo být oboustranné pochopení. Dalším úkolem sociálního pracovníka je pozitivní motivace, i když klient zprvu jakoukoliv podporu odmítá. Jedná se o úkol absolutně nejtěžší.

Tam, kde se věnujeme malému klientovi (což je vždy v případě Dětského centra), podpora a péče vyžaduje spolupráci přinejmenším sociálního a zdravotního, popřípadě výchovného pracovníka. Proto, abychom mohli situaci racionálně řešit, je zapotřebí znát nejen rodinnou anamnézu dítěte, ale především jeho aktuální zdravotní stav se všemi podrobnostmi. Bývá výhodné, když se jedná o jednu osobu se zdravotnickým i sociálním vzděláním. Dětská duše je velmi křehká a vždy je lepší, když se mu věnuje výhradně jeden člověk. Důvěra a pocit bezpečí dítěte ve zdravotnických zařízeních se buduje složitě a pomalu. Čím širší je okruh odborníků, kteří s dítětem samostatně komunikují, tím větší obavy dítě může mít. Z uvedeného vyplývá, jak nelehká a velmi zodpovědná je práce sociálního pracovníka ve zdravotnické instituci.

Kazuistika

(Pozn. autora: Kazuistiky jsou čerpány přímo ze zdravotní a sociální dokumentace dětského centra. Nejsou autorem nijak upravovány, pouze osobní a citlivé údaje o klientech jsou anonymizovány z důvodu ochrany jejich identity.)

Rozvedená a znovu vdaná čtyřicetiletá matka. Vyrůstala v úplné rodině, dle jejích slov v přátelském rodinném prostředí. Nikdy nepracovala, dosáhla základního vzdělání, s poruchou intelektových schopností. Před nástupem do Dětského centra nebyla uživatelkou návykových látek. S matkou dlouhodobě spolupracoval orgán sociálně-právní ochrany dětí, přibližně šest měsíců před umístěním do dětského centra. V té době jí byla nabízena pomoc formou ambulantních sociálních služeb, avšak neúspěšně. Má celkem dvě děti. Starší z dětí je umístěno v péči prvního manžela. Druhé je v péči Dětského centra. Matka je následně s tímto dítětem umístěna do Dětského centra v rámci sociální služby „Sociální rehabilitace“. Obě děti mají diagnostikovanou lehkou mentální retardaci. Rodičovství bylo plánované. S druhým manželem žijí v azylovém domě. Manžel s poruchou intelektových schopností. Oba rodiče jsou velmi laskaví, o dceru se snaží co nejlépe pečovat, bohužel jim to příliš nejde. Nemají ani fyzickou ani intelektovou kapacitu na to, aby zajistili alespoň základní potřeby dítěte. Manžel dlouhodobě pracuje. Atmosféra v rodině je pohodová. Hlavním důvodem, proč matka nastoupila do Dětského centra bylo, že by chtěla zvládnout péči o dceru. Má strach, aby jí nebyla odebrána. Během pobytu na sociální rehabilitaci s matkou a dítětem souběžně spolupracovalo několik odborníků: sociální pracovník, pracovníci Dětského centra, pediatr, psycholog, fyzioterapeut, psychiatr, dětský neurolog, imunolog, orgán sociálně-právní ochrany dětí a další pracovníci azylového domu. Matka je snaživá, starostlivá, ale díky svému handicapu a náročnější péči, kterou dcera vyžaduje, není schopna tuto situaci dostatečně zvládnout. Matka nastoupila na pobyt v centru na podnět orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Sama si neuvědomuje, že péči nezvládá. V zařízení respektovala veškerá pravidla. Se službou byla spokojená. Do sanace rodiny nebyla zainteresována širší rodina z důvodu, že prarodiče v péči o vnučku nedokázali matce pomoci. Během poskytování služby byly realizovány tři případové konference, bohužel s negativním výsledkem. Délka pobytu matky činila 9 měsíců. Matka pobyt z vlastní vůle předčasně ukončila a vrátila se k manželovi. Oba rodiče dceru v zařízení několikrát týdně pravidelně navštěvovali. Aktuálně je dítě umístěno v domově pro osoby se zdravotním postižením z důvodu nařízení ústavní výchovy.

V první fázi podpory bylo úkolem zdravotně sociálního pracovníka setkat se s rodinou a vysvětlit jim, jaké služby má Dětské centrum v nabídce. Z důvodu neprospívání a zanedbání dítěte bylo zapotřebí před nástupem zajistit jeho veškerá odborná vyšetření, která se do té doby prováděla jen sporadicky. Pracovník matce zajišťoval doprovod nejen při vyšetření dítěte, ale musel též dopomoci při vyřízení všech náležitostí spo-

jených s nástupem do Dětského centra. Vzhledem k intelektovým schopnostem toho matka nebyla schopna. Matka si společně s multidisciplinárním týmem stanovila průběh pomoci a také hlavní cíl, který měl směřovat ke zvládnutí její rodinné situace. Klíčovým bodem bylo, aby matka v rámci svých možností co nejlépe zvládala péči o dítě s cílem co největší samostatnosti a navrácením (společně s dítětem) zpět do biologické rodiny. Jelikož bylo dítě opožděno v psychomotorickém vývoji, bylo nutné zajistit pravidelnou péči fyzioterapeuta. Sociální pracovník spolupracoval se zdravotnickým a ošetrovatelským personálem a pravidelně dvakrát denně dohlížel, jak matka veškeré činnosti zvládá. Z těchto aktivit prováděl denní záznamy a vždy pravidelně jedenkrát týdně společně s matkou a multidisciplinárním týmem provedl týdenní hodnocení. Součástí hodnocení bylo to, jak matka zvládá péči o dítě, o svou osobu, zdali a s jakou úspěšností plní všechny úkoly stanovené v individuálním plánu péče. Matka byla neustále motivována k udržování pravidelného kontaktu s rodinou, ať už písemnou či telefonickou formou. S ohledem na zdravotní stav matky jí byla zajišťována pravidelná návštěva u odborníka z oboru psychiatrie, kam byla na její přání pracovníkem doprovázena. Součástí podpory byla matce poskytována pomoc při vyřizování dávek pomoci v hmotné nouzi a příspěvku na péči. Náplní práce sociálního pracovníka byla koordinace všech složek pomoci, které byly dohodnuty na první případové konferenci. Sociální pracovník dále zajišťoval návštěvy u dětského psychologa a neurologa. Koordinoval spolupráci se speciálním pedagogem a SPC. Matka během třech měsíců začala postupně zvládat základní rodičovské kompetence, na základě kterých bylo přistoupeno i k samostatným individuálním vycházkám s dítětem, které bylo doposud svěřeno do péče Dětského centra. Sociální pracovník dítě pravidelně kontroloval, matce poskytoval poradenskou činnost. Díky společným pravidelným návštěvám odborníků (psychiatr, psycholog), kterých se matka vždy účastnila, se její situace výrazně zlepšila. Přesto, s ohledem na její poruchu intelektových schopností, nebyla schopna o dítě dlouhodobě, samostatně pečovat. Délka pobytu v Dětském centru je časově omezena. Jelikož se pro dítě nenašla žádná vhodná forma náhradní rodinné péče, vzhledem k těžkému zdravotnímu hendikepu, k prognóze a aktuálnímu věku se s ohledem na jeho zájmy muselo přistoupit k převozu do domova pro osoby se zdravotním postižením. Matka po několika konzultacích s pracovníkem centra nakonec se změnou služby souhlasila. Sociální pracovník společně s pracovníkem oddělení sociálně-právní ochrany dětí vyjednali nejvhodnější typ zařízení. Pracovník Dětského centra zajistil veškerou písemnou dokumentaci potřebnou k přijetí dítěte do sociální služby. Zajistil také doprovod při převozu dítěte. Matka při převozu nebyla, jelikož se toho času ve Strakonících nezdržovala. Přestože nakonec dítě neskončilo v péči matky, má zajištěnu řádnou odbornou péči. Dcera je matkou pravidelně navštěvována a s manželem si ji berou na víkendové pobyty, což by bez předchozího zácvičku nebylo možné.

Závěr

Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví se v současné době stává velmi prestižní a žádanou pozicí v oblasti zdravotnických, sociálních a ošetrovatelských oborů. Určitě k tomu přispívá nejen široký záběr znalostí a kompetencí, které musí pracovník ovládat. Co je ovšem dle mého názoru na této pozici pro zájemce lákavé, je příležitost samostatně pracovat, rozhodovat se a mít celý proces podpory ve vlastní režii. Lekdy i malé kroky vedou k velkým a významným úspěchům, které nás posunují dál. Na druhou stranu si musíme uvědomit, že se jedná o velmi náročnou práci, při které musíme mimo jiné efektivně zkoordinovat veškeré složky pomoci tak, aby účinně fungovaly. Hovoříme o zodpovědnosti, kterou v plném rozsahu bereme na svá bedra. Nesprávnými postoji a metodami můžeme celý průběh našeho snažení dočista zmařit. Musíme mít kuráž a trpělivost, musíme být pečliví, senzitivní a empatičtí. Především však musíme mít pro tuto profesi předpoklady a tak trochu talent. Abychom mohli být dobrými sociálními pracovníky, je nutné nejprve načerpat řadu pracovních a osobních zkušeností v praxi. Všem, kteří se ubírají či budou ubírat tímto směrem, přeji hodně zdaru v této krásné, avšak nelehké práci.



KAPITOLA 4

PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PORODNICI

PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PORODNICI



Marie Válková, DiS.

Marie Válková se narodila a žije v Brně. Vystudovala Vyšší odbornou školu sociálně právní, kde v roce 2000 získala titul diplomovaný specialista. Aktuálně studuje třetím rokem na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě obor Zdravotně sociální pracovník v bakalářském programu. V letech 2000 až 2010 byla zaměstnaná na Magistrátu města Brna, Odboru státní sociální podpory jako dávkový specialista. Od roku 2011 je v pracovním poměru ve Fakultní nemocnici Brno, pracoviště reprodukční medicíny, jako sociálně zdravotní pracovník. V rámci povinného celoživotního vzdělávání absolvovala řadu seminářů s akreditací, např.: Služby pro ohrožené děti a jejich rodiny (2016), Kontakt s pozůstalými v prostředí fakultní nemocnice (2016), Domácí násilí na seniorech (2015), Etika ve zdravotnictví, Etické poradenství (2015) a další.

Role sociálního pracovníka v nemocnici

Ve svém příspěvku bych vám ráda přiblížila práci sociálního pracovníka, respektive zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici, v mém konkrétním případě v porodnici, tj. ve Fakultní nemocnici Brno, Pracoviště reprodukční medicíny (dále jen PRM), Obilní trh 11, která v letošním roce oslavila 130 let od svého založení. Na Sociálně zdravotním oddělení FN Brno jsem zaměstnaná od roku 2011, v sociální oblasti se ale pohybuji již od roku 2000.

Fakultní nemocnice Brno je druhá největší nemocnice v České republice a zároveň nemocnice evropského významu. Ročně se zde narodí více než šest tisíc dětí. Pozice sociálního pracovníka má ve Fakultní nemocnici Brno dlouhou tradici a v průběhu několika desetiletí se ustálila i náplň naší práce.

Práce sociálního pracovníka na porodnici je velmi různorodá a vyžaduje široký přehled a znalosti z mnoha oblastí. Služby našeho oddělení jsou hojně využívány v podstatě všemi odděleními Gynekologicko-porodnické kliniky, nejčastěji ale pediatrii z Neonatologického oddělení. Na základě schváleného pracovního postupu je podnětem pro zahájení sociálního šetření nejčastěji žádost lékaře, a to na příslušném formuláři, nebo vlastní depistáž sociálně zdravotního pracovníka.

Dle mých zkušeností si dovoluji říci, že nejpodstatnější jsou pro naši práci informace a úzká provázanost s dalšími odděleními i úřady. Z institucí nejčastěji spolupracujeme s orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Častá spolupráce je také s Magistrátem města Brna, Odborem sociální péče, Referátem náhradní rodinné péče. Součinnost máme samozřejmě i s ostatními odděleními sociální péče jednotlivých úřadů s rozšířenou působností a Policií ČR. Pokud to situace vyžaduje, konzultujeme dosavadní péči o dříve narozené děti i s registrujícím pediatrem novorozence (PLDD), který je v nejužším kontaktu s rodinou. Naší snahou je vždy najít co nejvhodnější řešení daného problému.

Pokud má rodička o novorozené dítě zájem, chce o něj skutečně pečovat a má snahu vzniklou situaci řešit, jsme schopni – trůfám si říci vždy, najít řešení, i když někdy jen dočasné. Rodičce navrhneme možnosti řešení její momentální situace, nastíníme důsledky jednotlivých kroků a rozhodnutí. Prvotním zájmem je řádná péče o novorozené dítě tak, aby nedošlo k ohrožení jeho života či zdraví. Veškeré výstupy však musíme vždy konzultovat s místně příslušným OSPOD. Místní příslušnost je dána trvalým bydlištěm novorozence. OSPOD má vždy rozhodující slovo u námi navrženého postupu řešení.

Důvody pro zahájení sociálního šetření mohou být různé: rodička, která se na první pohled ocitla v nepříznivé sociální situaci (např. o tom svědčí fakt, že do porodnice při-

jela bez základního vybavení – hygienické potřeby, náhradní oblečení, výbavička pro novorozence, je bez dokladů totožnosti), uvádí, že je bez stálého bydlení, je pod vlivem návykové látky či alkoholu a jiné.

Velkou část klientek představují nezletilé dívky, které přicházejí do gynekologických ambulancí na našem pracovišti. Pokud lékař v průběhu vyšetření zjistí, že došlo k pohlavnímu styku před dovršením patnácti let věku dívky nebo má podezření na její zneužití či týrání (syndrom CAN – syndrom týraného a zneužívaného dítěte), plníme oznamovací povinnost a neprodleně tuto událost písemně hlásíme příslušným orgánům – OSPOD i Policii ČR (povinnost lékaře).

V kanceláři sociálního pracovníka, zcela v soukromí, s nezletilou a jejím zákonným zástupcem zahájíme sociální pohovor. Probereme rodinnou anamnézu, postoj nezletilé k celé události, reakci zákonného zástupce na novou skutečnost, uspořádání budoucích rodinných poměrů a domluvíme se na budoucí spolupráci.

Pro ilustraci uvádím statistické údaje, které si vedu v rámci našeho oddělení o počtu porodů na pracovišti k poměru počtu porodů nezletilých rodiček.

Dle statistiky SZO na PRM:

Rok	Počet porodů za rok celkem	Počet porodů nezletilých
2011	3119	31
2012	2987	18
2013	2820	21
2014	2998	26
2015	2911	19
2016	2885	11
2017	2992	12
2018 (do 10. měsíce)	2601	14

U nezletilých gravidních rozlišujeme dva způsoby, kterými k otěhotnění došlo. Jedná se o pohlavní styk dobrovolný a nedobrovolný. Na porodnickém Oddělení sociálně zdravotní péče FN Brno se nejčastěji setkáváme se situacemi, popsány v následujících kazuistikách.

Kazuistika č. 1

Klientkou sociálního pracovníka často bývá klientka, která má **dobrovolný**, často **pravidelný pohlavní styk** a graviditu mnohdy plánovanou. Nezletilá s partnerem, obvykle starším, chce žít společně. Rodina se výchově další generace nebrání, většinou je podpoří. Poskytne jim materiální, finanční i bytové zázemí (mnohdy jen pokoj na ubytovně). Místně příslušný OSPOD pak nemá námítky s propuštěním novorozence nezletilé matce do domácí péče (je-li starší šestnácti let). Zákonný zástupce nezletilé, většinou babička novorozence, podepíše na našem oddělení prohlášení, ve kterém se zaručí za řádnou péči o novorozence do zletilosti rodičky nebo do přiznání otcovství u soudu zletilým otcem novorozence. Po propuštění novorozence a jeho nezletilé matky do domácího prostředí je úkolem sociálního pracovníka odeslat na OSPOD závěrečnou zprávu o průběhu hospitalizace, včetně informací, jakým způsobem nezletilá matka zvládla péči o novorozené dítě. Zároveň telefonicky informujeme registrujícího pediatra novorozence o jejich propuštění.

Mnohaletá praxe ukázala, že toto chování je specifické pro určitou skupinu osob, která dřívejší zahájení pohlavního života a brzké založení rodiny nepovažuje za společenský problém, spíše naopak. Trestně právní odpovědnost je pro ně pak zcela nepochopitelná. Výše uvedené bych vám přiblížila první kazuistikou.

Základní informace:

Do ambulance dětské gynekologie FN Brno se dostavila patnáctiletá nezletilá k potvrzení gravidity zjištěné pomocí domácího těhotenského testu. Po vyšetření lékařka zkonstatovala, že se skutečně jedná o graviditu, přesněji o její třináctý týden, a že nezletilá již vede pravidelný pohlavní život. Klientka těhotenství uvítala s tím, že s partnerem a označeným otcem novorozence hodlá v budoucnu vést společnou domácnost, ve které chtějí společnými silami očekávané dítě vychovávat.

Sociální intervence:

Nezletilá před nedávnem ukončila povinnou školní docházku a zaregistrovala se na Úřadu práce v evidenci uchazečů o zaměstnání. Dosud bydlela u svých rodičů v bytě 2+1, společně s dalšími nezletilými sourozenci. Rodina jejího partnera nový přírůstek do rodiny přivítala s nadšením. Umožní mladému páru bydlet v jedné místnosti v bytě rodičů označeného otce novorozence a hodlá jej také významně finančně podporovat. Matka nezletilé se pobytu dcery v rodině jejího partnera nebrání, souhlasí s ním, protože dcera do školy chodit už nechce, takže není důvod, proč by nemohla mít dítě.

Návrh řešení:

I přes to, že obě rodiny mají z těhotenství nezletilé zjevnou radost, byly informovány, že k zahájení pohlavního života došlo před patnáctými narozeninami nezletilé, jedná

se tudíž o čin jinak trestný (dle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže) a my jsme povinni celou situaci hlásit jak na OSPOD, tak na Policii ČR. Protože nezletilá již z minulosti má svého kurátora pro děti a mládež, za kterým rodina chodila, byla těhotenství na OSPOD nahlásit sama. Možnost stíhání policií rodina nechápe, odmítá a nesouhlasí s tím.

Závěr:

O celé situaci byl písemně informován místně příslušný OSPOD, který s rodinou pracuje, a který již o vzniklé situaci věděl. Sociální pracovnice do rodiny pravidelně dochází a zná ji. K propuštění novorozence do domácí péče nezletilé a její rodiny pravděpodobně nebude mít námitky, protože již nyní rodina podnikla řadu kroků k vytvoření vhodného prostředí pro novorozence a mladý pár hodlá podporovat i v budoucnu.

Kazuistika č. 2

Ve druhém případě se často setkáváme s klientkami, které mají **dobrovolný pohlavní styk**, často **jednorázový**, v lepším případě s kamarádem či spolužákem. Dochází k němu, řekněme, **ze zvědavosti**. Pro rodinu nezletilé je gravidita mnohdy velkým šokem. Rodiče nezletilé musí s dcerou řešit, jak se k nové situaci postaví. S lékařem v ambulanci mohou probrat případné ukončení gravidity. Pokud se rodina rozhodne pro zachování gravidity, vybírá mezi možnostmi vychovat dítě v biologické rodině, nebo jej nabídnout k adopci. Je-li rodička starší 16 let, má rodičovská práva částečně omezena. Pokud je mladší, nedisponuje jimi vůbec a soud musí stanovit opatrovníka jak nezletilé, tak případnému novorozenci.

V případě, že si rodina i nezletilá rodička nepřejí dítě vychovávat a umělé ukončení gravidity již lékař nedoporučí, je variantou nabídnout novorozence k osvojení. Jde-li o rodičku, která má na území České republiky trvalý pobyt, je svobodná a neoznačila otce novorozence (tzv. domněnka otcovství), má ještě před porodem možnost požádat o utajení své osoby v souvislosti s porodem.

Tato možnost zajišťuje rodičce především anonymitu. V rodném listu novorozence pak není uvedeno jméno a příjmení matky, jeho trvalý pobyt se váže k místu porodu – dostane přidělenou adresu úřadu dle místa narození. Dokumentace o porodu je vedena pouze v listinné podobě a je po ukončení hospitalizace uložena a zapečetěna na sekretariátu kliniky. Rodička je od počátku vedena pod označením x, y – tedy bez uvedení jména či adresy pobytu. Současně rodička obdrží identifikační kód, který je duplicitně uveden i v zapečetěné dokumentaci, pro případ, že by si své rozhodnutí rozmyslela.

Úkolem sociálního pracovníka je v tomto případě neprodleně po porodu písemně informovat Magistrát města Brna – Referát náhradní rodinné péče a požádat jej o zajištění následné péče o novorozence po ukončení jeho hospitalizace. Pracovníci referátu

pak ve spolupráci s Krajským úřadem Jihomoravského kraje vyberou vhodné pěstouny na přechodnou dobu a požádají soud o vydání usnesení o předběžném opatření. Reálně vše probíhá tak, že naše oddělení je kontaktováno již v okamžiku příjmu rodičí ženy do péče porodního sálu. S rodičkou je nezbytné probrat její rozhodnutí, poučit ji o právech a povinnostech, a sepsat s ní základní údaje nutné pro vydání rodného listu novorozence a vše písemně zpracovat a odeslat příslušným úřadům.

Pro případ, že vlastní matka o dítě nejeví zájem a již v porodnici jej opustí, vytvořili jsme v naší porodnici formulář umožňující péči třetí osoby: Žádost o umístění dítěte. Potřebnost tohoto dokumentu prokázala řada odborných studií zabývajících se péčí o novorozence, ze kterých vyplývá pozitivní vliv přítomnosti pečující osoby na zdravotní stav novorozence. Po podpisu tohoto dokumentu rodičkou, ve spolupráci s Magistrátem města Brna, Referátem náhradní rodinné péče a Krajským úřadem Jihomoravského kraje, jsou ihned kontaktováni pěstouni na přechodnou dobu, kteří o novorozence mohou začít pečovat již záhy po jeho narození, přímo na novorozeneckém oddělení. Právo podpisu takového dokumentu má samozřejmě i nezletilá rodička. Případ, v němž nezletilá požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem, přiblížím na druhé kazuistice.

Základní informace:

14letá nezletilá se dostavila do gynekologické ambulance našeho ústavu v doprovodu své matky. Po vyšetření lékařkou bylo zjištěno, že nezletilá je ve 24. týdnu gravidity. Obě ženy trvaly na okamžitém ukončení těhotenství. Vzhledem k vysokému stupni gravidity toto již nebylo možné, proto uvedly, že novorozence ihned po porodu předají k osvojení.

Sociální intervence:

S nezletilou a její matkou byla probrána aktuální situace. Nezletilá je žákyní 8. třídy základní školy, rodiče se před časem rozvedli. Nezletilá žije s matkou a mladší sestrou v malém, dvoupokojovém bytě. O výchovu novorozence nezletilá nemá zájem, na adopci trvá. Nezletilá byla tedy odeslána na Referát náhradní rodinné péče Magistrátu města Brna, aby mohly být učiněny kroky k předání novorozence k osvojení.

Návrh řešení:

Po celý zbytek gravidity bylo s nezletilou i její matkou několikrát jednáno a obě na svém rozhodnutí trvaly. Vzhledem k okolnostem byla nezletilá navržena možnost utajení její osoby v souvislosti s porodem.

Závěr:

Příjem nezletilé rodičky k porodu byl veden utajeně a novorozenec byl na základě rozhodnutí soudu, který vydal usnesení o předběžném opatření, předán do pěstounské

péče na přechodnou dobu. Asi po čtyřech týdnech se nezletilá dostavila do naší kanceláře a písemně požádala o odtajnění své osoby v souvislosti s porodem. Žádosti bylo vyhověno. O novorozence projevil zájem otec nezletilé, tedy dědeček novorozence. Protože splňoval nároky na svěřením dítěte do své péče, Městský soud v Brně, za souhlasného stanoviska Referátu náhradní rodinné péče Magistrátu města Brna, vyhověl jeho návrhu a novorozence byl ve věku dvou měsíců předán do jeho péče.

Kazuistika č. 3

Za osm let mé práce v porodnici mohu říci, že jsem se **pouze jednou** setkala s případem sexuálního zneužití, a to šestileté holčičky jejím otčímem.

Pohlavní styk zletilé osoby s nezletilou je **vždy** trestným činem, a proto je spolupráce s orgány činnými v trestním řízení nezbytná a ze zákona č. 218/2003 Sb. povinná. V případech řešených naším oddělením jsme většinou pracovali s dívkami věkem blízkým patnácti let, které uváděly, že se jedná o pohlavní styk dobrovolný, bez známek zjevného napadení či ublížení na zdraví.

Je samozřejmě k diskusi, zda jsou tyto nezletilé matky schopny zhodnotit závažnost svého rozhodnutí vést mnohdy pravidelný sexuální život v takto nízkém věku a zda laxní přístup zákonných zástupců k této věci je dostatečně stíhán a trestán příslušnými orgány.

Závěr

Každý den v porodnici přináší nové a nové situace a my dopředu nikdy nevíme, co nás ten den čeká. Pro zajímavost mi závěrem dovoluji uvést, že za mého působení ve Fakultní nemocnici Brno na porodnici na Obilním trhu, jsem se doposud setkala s nejmladší rodičkou ve věku dvanácti let, navíc závislou na návykových látkách.

Nejstarší prvorodičkou pak byla žena ve věku padesát tři let. Pro srovnání – nejmladší babičkou byla žena, která krátce před narozením své vnučky oslavila třicáté narozeniny.



KAPITOLA 5

INDIVIDUÁLNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM – SENIOREM

INDIVIDUÁLNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM – SENIOREM



Mgr. Kamila Mrtková

Vystudovala obor Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě. Po studiu začala pracovat v Nemocnici Havlíčkův Brod, kde je zaměstnána již 11 let na pozici zdravotně sociální pracovnice. Její nejpočetnější skupinu klientů tvoří tzv. „riziková“ senioři, u kterých sociální status a nově vzniklé zdravotní omezení s určitou nesoběstačností determinuje potřebu sociální intervence. Spolupracovala na několika projektech, které se týkaly sociální problematiky. V roce 2014 se např. zapojila do projektu rozvoje sociálních služeb ve městě Havlíčkův Brod, který se mimo jiné zabýval právě sociální problematikou seniorů. Pro nelékařské zdravotnické pracovníky Nemocnice Havlíčkův Brod připravuje pravidelné přednášky o zdravotně sociální problematice. V rámci své činnosti zdravotně sociální pracovnice koordinuje dobrovolnický program na Oddělení následné péče a rehabilitace.

Úvod

Sociální práce ve zdravotnictví je nedílnou součástí komplexní péče o potřebné, sociálně znevýhodněné a ohrožené nemocné. V následující kazuistice je popsána individuální sociální práce s klientem – seniorem. Především u nesoběstačných seniorů je potřeba věnovat zvýšenou pozornost kompenzaci nesoběstačnosti pro jejich možné propuštění z hospitalizace. Sociální pracovník má tak nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu nemocnice, kde kvalitní komunikace a spolupráce všech členů je podmínkou pro celostní uzdravení klienta v holistickém pojetí.

Kazuistika

Uvedení do situace

Paní Monika byla přijata k hospitalizaci do nemocnice pro léčbu rozsáhlých bércových vředů na dolních končetinách a stabilizaci diabetu. Ošetřující lékař kontaktoval sociálního pracovníka nemocnice se žádostí o intervenci u klientky z důvodu podezření na nedodržování doporučeného léčebného režimu v domácím prostředí a zřejmě i špatného sociálního zázemí. Dále vzhledem k aktuálně velmi omezené mobilitě (pohyb o dvou francouzských holích na kratší vzdálenosti – do 50 metrů) a nesoběstačnosti klientky bylo potřeba zvážit zajištění odpovídající následné péče po propuštění z hospitalizace pro minimalizaci rizika rehospitalizace.

Zahájení individuální sociální práce a nastavení spolupráce

První kontakt sociálního pracovníka s klientkou proběhl na oddělení u lůžka ještě též den, kdy ošetřující lékař požádal o sociální intervenci, a to 10. den hospitalizace klientky. Před samotným kontaktem konzultoval sociální pracovník s ošetřujícím lékařem dosavadní anamnézu klientky potřebnou k prvotní představě o jejím aktuálním stavu. Paní Monice je 60 let, v současnosti je v invalidním důchodu, je rozvedená a žije sama na ubytovně. Má jednu dceru, se kterou není v poslední době v kontaktu, dcera je psychiatricky léčena. Nemají spolu dobré vztahy. V nemocnici ji nenavštěvuje. O jiných příbuzných nemluví. Dle ošetřujícího lékaře je léčba klientky obtížná pro nedodržování doporučeného léčebného režimu za hospitalizace, zřejmě tedy i v domácím prostředí. Vzhledem k výše uvedeným zdravotním problémům klientky se jedná především o doporučení omezení kouření až k úplné abstinenci, dále dodržování pravidelného dietního stravovacího režimu, pravidelné užívání naordinované medikace a dodržování potřebné hygieny. Během hospitalizace klientka opakovaně bez upozornění ošetřovatelského personálu opouštěla oddělení. V nemocničním bufetu konzumovala nevhodné potraviny a před nemocniční budovou byla viděna kouřit cigarety. Spolu-

práce klientky je dále limitovaná poruchou osobnosti s histriónskými rysy. Její emoční projevy jsou dětinské, často neadekvátní situaci. Jako cíl sociální intervence u klientky bylo stanoveno zajištění odpovídajícího podpůrného sociálního zázemí jako předpoklad pro dodržování optimální léčby. Jednalo se o zavedení terénních zdravotních a sociálních služeb a zajištění vhodnějšího typu bydlení.

Paní Monika je na nemocničním pokoji spolu s dalšími dvěma pacientkami. Sociální pracovník se jí představuje. Nechápatě si jej prohlíží. V návaznosti na individuální přístup, respektování soukromí a možnost volby každého jedince, sociální pracovník klientce nabízí možnost rozhovoru v soukromí, ve společenské místnosti na oddělení. Klientka souhlasí. Během prvního kontaktu by měl sociální pracovník projevit opravdový zájem o klienta, snažit se vytvořit atmosféru důvěry a vyjasnit svou roli. Při rozhovoru je důležité respektovat osobnost klienta, nehodnotit, být konkrétní, oceňovat a nespěchat. Podstatné je nejenom s klientkou hovořit, ale i naslouchat, nepřerušovat ji a nevášet do její řeči žádné vlastní nevyžádané rady. Klientce je sdělen důvod návštěvy sociálního pracovníka – pomoc při zprostředkování a zavedení zdravotně sociálních služeb po propuštění z nemocnice, pokud toto bude sama vnímat jako potřebné. Mlčí. Přemýšlí, neboť potřebuje čas ke zpracování kontaktu se sociálním pracovníkem a zamyšlení se nad svou situací. Přece jen ona nebyla iniciátorkou setkání a ve zdravotnictví je pro ni interakce se sociálním pracovníkem zcela novou zkušeností. Sociální pracovník vysvětluje svou roli, která nespočívá v přejímání zodpovědnosti za řešení jejích sociálních problémů, ale v nabízení podpory a zprostředkovávání možné pomoci se zohledněním jejích preferencí. Vyjasnění role je důležité i z hlediska toho, že někdy mívají klienti i neadekvátní představu o službách sociálního pracovníka v nemocnici. Jsou tak jasně dány hranice ve vztahu s klientem, kde aktivní zapojení klienta při řešení jeho sociální situace je důležité pro trvalou efektivitu výsledku sociální intervence.

Klientka se najednou rozpláče a rozpovídá se o své současné situaci. Již několik let je rozvedená, o bývalém manželovi nic neví. Má dceru, která bydlí ve stejném městě, ale nestýkají se. Nemají spolu dobré vztahy. O tom, že je dcera psychiatricky léčena nemluví. S bratrem rovněž není v kontaktu, prý je to alkoholik. Vůbec netuší, kde nyní žije. Dříve pracovala jako poštovní doručovatelka, nyní je již 10 let v invalidním důchodu pro přiznanou invaliditu II. stupně pro onemocnění páteře. Zároveň je v evidenci Úřadu práce ČR jako uchazečka o zaměstnání. Byla v péči sociální pracovnice organizace, která je poskytovatelem sociálních služeb se zaměřením na osoby s duševním onemocněním a která jí pomáhala s hledáním možnosti pracovního uplatnění a řešila s ní otázku vhodnějšího bydlení. Nyní bydlí na ubytovně, kde obývá ve 2. patře jednu místnost, sociální příslušenství a kuchyňka jsou společné na chodbě, v domě není výtah. V době, kdy se zhoršila její schopnost sebeobsluhy, jí nabídla pomoc kamarádka, která jí zajistila i pravidelnou výpomoc pečovatelské služby. Úkony péče zahrnovaly donášku nákupu, obden dovoz obědů, pomoc při úkonech osobní hygieny. V posledních dnech již ale paní Monika vůbec nevycházela z bytu. Byla slabá, bolely ji nohy

a celkově se necítila dobře. Následně byla na doporučení praktického lékaře převezena k hospitalizaci do nemocnice, čemuž se ale velice bránila. Nemocničního prostředí se bála, a to i přesto, že vzhledem k jejímu stavu byla již hospitalizace nevyhnutelná. Po zaléčení a stabilizaci stavu chtěla být co nejdříve propuštěna. Nyní ale připouští, že péči o sebe samu, zřejmě ani s podporou terénních sociálních služeb jako dosud, nezvládne. Odmlčí se, jenom pláče. Po chvíli se omlouvá za své emoce. Její projevy jsou však v tuto chvíli v naprostém pořádku. Sociální pracovník by měl právě takové situace vhodně emočně zvládnout. Měl by mít dostatečně rozvinuty profesionální dovednosti, ke kterým patří i sebeovládání a empatie. Dovednosti, které mu umožňují konstruktivně jednat s lidmi. V tento moment se sociální pracovník domnívá, že již není vhodné pouštět se do dalších komunikačních témat. Pro promyšlení celé situace, zvážení možnosti pomoci a následné péče nechává klientce prostor do druhého dne.

Řešení sociální situace

Při druhém setkání se klientka již sama aktivně dotazuje na možnosti zajištění sociální péče po propuštění, má větší náhled na svou situaci. K sociálnímu pracovníkovi získala důvěru a je nakloněna spolupráci. Zprvu ještě zvažuje možnost návratu na ubytovnu a dostupnost terénní sociální péče, ale záhy upřednostňuje péči v domě s byty zvláštního určení. Sociální pracovník klientce tuto formu péče upřesňuje a ona ji uznává za vhodnou a optimální. Dopomoc nyní potřebuje při celkové hygieně, přípravě stravy, nutný je doprovod při přesunu na delší vzdálenosti. Pro slabost v nohou se nyní pohybuje převážně na invalidním vozíku, zvládá sama přesuny z lůžka na vozík a zpět. Původní sociální prostředí by tak trvale nevyhovovalo i z hlediska bariérovosti. S klientkou byla v následujících dnech sepsána žádost o přidělení bytu v domě s byty zvláštního určení, byla podána žádost o příspěvek na péči a zajištěna dosílka invalidního důchodu do nemocnice.

S klientkou se sociální pracovník setkal během její několikaměsíční hospitalizace a následně při další rehospitalizaci ještě několikrát. Ze schůzek vyplynula potřeba další dílčí sociální intervence vzhledem ke změně celkového zdravotního stavu a soběstačnosti klientky. Zhruba po měsíci léčby byla ošetřujícím lékařem klientce doporučena amputace pravé dolní končetiny ve stehně – z důvodu nehojících se defektů. Amputaci odmítla a na svém rozhodnutí trvala i po opakovaných poučeních lékařem o rizicích s tím spojených. Při jedné z dalších návštěv sociálního pracovníka její klientka požádala o pomoc se zvážení všech pro a proti. Sociální pracovník pacientku vyslechl a upozornil na možná zdravotní rizika jejího rozhodnutí amputaci nepodstoupit. Nijak nesoudil, dál nehodnotil její postoj k věci. Pár dnů poté své rozhodnutí klientka přehodnotila a s amputací souhlasila. Klíčovým okamžikem změny rozhodnutí bylo setkání s pacientkou, která amputaci nohy podstoupila před rokem. Tato pacientka byla nyní přijata k hospitalizaci pro jiné zdravotní obtíže a byla uložena na lůžko vedle paní Moniky. Byla velice komunikativní, navzdory veškerým zdravotním obtížím stále optimistická a svým pozitivním přístupem podpořila paní Moniku k rozhodnutí amputaci nohy podstoupit.

Po operaci se Monice pahýl nehojil příliš dobře, proces hojení trval několik týdnů. Teprve poté mohla být zahájena aktivní fyzioterapeutická péče na oddělení následné péče. Sociální pracovník pravidelně konzultoval s fyzioterapeutem limity klientky. Bude reálné umístění v domě s byty zvláštního určení vzhledem k druhu poskytované péče? V jakém rozsahu bude klientka odkázána na pomoc druhé osoby? Co zvládne sama? Bude potřebovat další kompenzační pomůcky pro sebeobsahu? Klientka na rehabilitační péči maximálně aktivně spolupracovala. Spolupráce byla omezena pouze v prvních několika týdnech, kdy pociťovala neustupující tzv. fantomové bolesti v amputované končetině. Přivolaný klinický psycholog u pacientky využil techniku tzv. hypnoterapie pro úlevu a postupné vymizení bolestí.

Schopnost soběstačnosti u pacientky se začala postupně vylepšovat. Zvládala se samostatně pohybovat pomocí invalidního vozíku, a rovněž přesuny z vozíku a zpět. V rámci multidisciplinárního týmu bylo shodně konstatováno, že péče v domě s byty zvláštního určení bude pro pacientku vhodnou variantou následné sociální péče po propuštění z hospitalizace. Sociální pracovník klientce zprostředkoval přes její kamarádku vyklizení bytu na ubytovně, kde dosud žila. Osobní věci a nábytek byly rovnou převezeny do domu s byty zvláštního určení a ve spolupráci s pečovatelskou službou byly zajištěny všechny náležitosti ohledně nastěhování. Po 5měsíční hospitalizaci byla klientka ve stabilizovaném stavu propuštěna do pečovatelského domu. Fyzioterapeut klientce zprostředkoval zapůjčení invalidního vozíku. Praktický lékař klientky zajistil třikrát týdně návštěvy domácí ošetrovatelské služby. Jednalo se o následující úkony: převazy nohou, rehabilitaci, kontrolu glykémie a kontrolu celkového zdravotního stavu. Sociální pracovník nemocnice po konzultaci s klientkou dohodl s pečovatelskou službou potřebné úkony péče – donáška obědů, pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při úkonech osobní hygieny, nákupy, běžný úklid a údržba domácnosti, běžné pochůzky, doprovod, praní a žehlení prádla. Na žádost klientky dále dojednal návštěvy dobrovolníka. S dobrovolnickou službou se klientka setkala během své hospitalizace na oddělení následné péče. Dobrovolník docházel za klientkou dvakrát v týdnu a vyplňoval jí čas léčby v nemocnici povídáním, hraním společenských her, v případě hezkého počasí ji bral ven na vycházky. V domácím prostředí bude dobrovolník klientce dle vzájemné domluvy vypomáhat o víkendech a ve dnech státních svátků, kdy není dostupná pečovatelská služba. Na doporučení ošetřujícího lékaře klientky kontaktoval sociální pracovník organizaci Fokus se žádostí o převzetí klientky do jejich péče.

Rehospitalizace

Zhruba po půl roce byla paní Monika rehospitalizovaná pro výrazné zhoršení defektů na levé končetině a menší proleženiny na hýždích. Pečovatelská služba sděluje, že paní Monika nebyla schopna se o sebe postarat a odmítala i nasmílované služby, především úkony osobní hygieny. Paní pečovatelka upozorňuje na skutečnost, že pokud se celková soběstačnost pacientky nezlepší, případně nebude využívat potřebné pečovatelské

služby, nebudou jí schopni nadále v domě s byty zvláštního určení plně zabezpečit podporu a péči. V průběhu hospitalizace vedl sociální pracovník s pacientkou několik rozhovorů o jejím dosavadním fungování a nastavení další péče. Klientka se chce vrátit zpět do domu s byty zvláštního určení a tvrdí, že péči neodmítá. S variantou péče v domově pro seniory není ztotožněna. Během doby rehospitalizace zprostředkoval sociální pracovník klientce žádost o zvýšení stupně invalidity a požádalo se i o zvýšení přiznaného příspěvku na péči. U paní Moniky se celková schopnost soběstačnosti postupně výrazně horšila, doporučenou léčbu nedodržovala – při rehabilitaci byla pasivní a nezdržela se doporučeného zákazu kouření. Ani přes opakované intervence sociálního pracovníka ohledně vyřízení žádosti do domova pro seniory nesouhlasila. Několikrát bylo s pacientkou o péči v domově seniorů diskutováno, byly sděleny informace o službě. Po ukončení akutní péče v nemocnici byla s jejím souhlasem převezena do léčebny dlouhodobě nemocných. Na následné rehabilitační péči příliš nespolupracovala a míra soběstačnosti se u ní za velmi krátký čas výrazně zhoršila. Místní sociální pracovnice se snažila pravidelnými individuálními pohovory vést klientku k uvědomění si celkové sociální situace, potřebě spolupráce a zajištění následné adekvátní péče. V momentě, kdy klientka přestala zvládat bez nutné podpory přesuny z lůžka na vozík, souhlasila s péčí v domově pro seniory. Po čtyřměsíční hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných byla klientka umístěna v domově seniorů.

Ukončení individuální sociální práce

Individuální sociální práce je ukončena propuštěním z hospitalizace, kdy je klientka předána do péče návazných zdravotně sociálních služeb. V případě rehospitalizace, s potřebou řešení i sociální problematiky, se klientka opět dostává do péče sociálního pracovníka nemocnice. Sociální pracovník tak musí vyhodnotit nejen všechna opatření dojednaná v minulosti, zda splnila zamýšlený účel, ale i nově vzniklé sociální skutečnosti u pacienta pro opětovné plánování odpovídající sociální intervence.

Často se stává, že se na sociálního pracovníka nemocnice pacienti obracejí i v budoucnosti po propuštění z hospitalizace. Sociální pracovník tak pro ně i nadále zůstává „konzultantem“ pro jejich potenciálně nově vzniklé životní situace v návaznosti na zdravotní stav.

Závěr

- Při sociální intervenci u klientky se nedirektivní doprovázející přístup stal jedním z důležitých postupů pro její samostatné rozhodování o zajištění konkrétní sociální péče a pomoci po propuštění. Sociální pracovník na sebe nepřejímal záležitosti klientky, jelikož by tím mohl výrazně snížit její aktivní účast na rozhodování o možnostech následné péče. Přejímání odpovědnosti za rozhodnutí klientky by se mohlo negativně odrazit v adaptaci na novou sociální situaci po propuštění z hospitalizace a tento postup by byl proti principům sociální práce.

- Pozitivní pro nastavení dobré spolupráce se v tomto případě jeví věnovat klientce na začátku intervence dostatečný čas a prostor pro zvážení její tíživé sociální situace a ujasnit si i očekávání od další spolupráce se sociálním pracovníkem. Při zahájení sociální práce nejen se seniory je klíčovým okamžikem i vybudování vzájemné důvěry mezi sociálním pracovníkem a pacientem. Determinující pro výsledek sociální intervence u sociálně znevýhodněného pacienta se stává i časový úsek od přijetí k hospitalizaci do doby, kdy je klient nahlášen k intervenci sociálního pracovníka nemocnice a někdy také krátká doba hospitalizace.
- Spolupráce a komunikace v multidisciplinárním týmu by měla být standardem při péči o sociálně znevýhodněného pacienta. Možnost ze strany pacienta využít interakci se sociálním pracovníkem v nemocnici je dána zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Dle § 46 odst. 1 písm. c) tohoto zákona je poskytovatel zdravotních služeb povinen zajistit, aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace.
- Kvalitní sociální práce ve zdravotnictví má za cíl snížení či předcházení riziku tzv. rehospitalizací, respektive opakovaných hospitalizací nejen takových klientů, u nichž převažují sociální důvody k hospitalizaci, tedy nedostatečné zajištění odpovídající podpory v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pro efektivitu intervence je potřebný objektivní náhled klientky na svou situaci a její souhlas s navrhovaným řešením.
- Nastavení dobré spolupráce a komunikace sociálního pracovníka s organizacemi, které zajišťují návazné služby je vnímáno jako klíčový aspekt pro promptní a efektivní řešení sociální situace klientky pro ukončení její hospitalizace.



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ



SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ

David Urban

Z výše uvedených příspěvků je zřejmé, že sociální pracovník v prezentovaných institucích zastává celou řadu úkolů a významně participuje na řešení problematické situace pacienta/klienta. Mezi jeho stěžejní úlohu bychom mohli zařadit koordinaci multidisciplinárního týmu, jehož je sociální pracovník nepostradatelným členem. Mezi další členy tohoto týmu můžeme (s ohledem na aktuální situaci klienta) zařadit ošetřujícího lékaře, všeobecnou sestru, fyzioterapeuta, psychologa, duchovního či pastoračního asistenta, návazné zdravotní a sociální služby, OSPOD, Úřad práce České republiky, sociální pracovníky obecních úřadů a v neposlední řadě rodinu klienta a klienta samotného. Je tedy patrné, že sociální pracovník musí při řešení spolupracovat s celou řadou odborníků, kdy jedním z nejdůležitějších předpokladů pro úspěšnou práci se stává kooperace všech zainteresovaných subjektů.

Nespornou předností dané pracovní pozice je ta skutečnost, že sociální pracovník má o klientovi ucelené informace, a díky tomu může organizovat a koncipovat další činnost a návazné (sociální) služby odpovídající potřebám klienta. Díky této koncepci může klient odcházet z nemocničního zařízení s tím, že pro potřeby domácí péče má sjednanou např. terénní sociální službu, která zajistí jeho specifické potřeby během domácí rekonvalescence, případně bude saturovat dovednost, kterou již klient nemá nebo kterou pozbyl např. vlivem nemoci.

Bezpochyby důležitá je také navázaná komunikace a spolupráce s rodinou pacienta či jeho nejbližším okolím, pokud nějaké je a má zájem participovat na řešení, a pokud o to má zájem klient. Tato spolupráce s širší rodinou/okolím klienta může totiž být vhodným preventivním opatřením před následnými a opakovanými hospitalizacemi klienta.

Pokud však rodina (nebo sám klient) zájem na řešení situace klienta, který je propuštěn do domácí péče, nemá, zajišťuje a koordinuje sociální pracovník následnou péči, případně možnosti jeho přijetí do pobytových zařízení. Často se jedná o seniory, u kterých je evidentní, že po propuštění do domácí péče budou vyžadovat pomoc a péči dalších osob, což rodina z různých důvodů nemůže, neumí či nechce v potřebném rozsahu zajistit a péči by nedokázaly zajistit ani terénní sociální služby. V těchto případech sociální pracovník zjišťuje možnosti přijetí do pobytového zařízení sociálních služeb. Jak ukazuje praxe, těchto případů přibývá, a tak se tato činnost stává stále větší pracovní náplní sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnických zařízeních.

Je evidentní, že nároky kladené na sociální pracovníky se neustále zvyšují a pracovníci řeší celou řadu složitých a náročných situací, které vyžadují nemalé množství času a pracovního nasazení. A právě dostatek času, věnovaný ze strany sociálního pracovníka klientovi, je klíčový pro úspěšnou a profesionální práci. Především z toho důvodu, aby bylo možné navázat důvěru, ve které by byl klient ochoten a schopen otevřeně hovořit o své tíživé zdravotní a sociální situaci, a často také proto, aby se ve své nové životní situaci spojené se zdravotní komplikací dokázal sám zorientovat. Pro tento účel potřebují mít sociální pracovníci přiměřenou agendu klientů, kterým věnují svůj čas. Je jistě dobrým příkladem praxe, když sociální pracovníci mají svou agendu rozdělenou dle jednotlivých nemocničních oddělení či klinik a zároveň vzájemně znají práci jeden druhého pro potřeby nutného (krátkodobého) zastoupení. Naopak kvalitní práce sociálního pracovníka v nemocnici je jen těžko myslitelná v situacích, kdy v celé nemocnici působí pouze jeden sociální pracovník a sám spravuje agendy všech o oddělení.

Literatura

Srov. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. (2011). Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

Sešit sociální práce

6. číslo, 2019

Sociální práce ve zdravotnictví

Odborný garant a editor vydání:

doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Autoři kapitol:

Martin Franěk, DiS.

Mgr. Markéta Dubnová, Ph.D., DiS.

PhDr. Martin Karas, Ph.D.

Marie Válková, DiS.

Mgr. Kamila Mrtková

Recenzent:

Mgr. Andrea Faltysová, DiS. MBA

Odborný metodik:

Mgr. Katarína Sedlářová, Ph.D.

Fotografie:

Archiv autorů/fotobanka

Vydává:

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2

Tel.: +420 221 921 111

www.mpsv.cz

Grafické zpracování a tisk:

GRAFEX-AGENCY s. r. o.

ISBN 978-80-7421-184-3

www.budmeprofi.cz

Poznámky:

Poznámky:



Systemová podpora profesionálního výkonu sociální práce II

Sešit sociální práce byl vydán v rámci projektu MPSV – „Systemová podpora profesionálního výkonu sociální práce II“, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003751, financováno z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.