

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2020

Lucie Pacáková

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Lucie Pacáková

*Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním
týmu hospicové péče.*

*Hospic Milosrdných sestier jako inspirace pro
hospice v ČR*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 25. 3. 2020

.....

Lucie Pacáková

Poděkování

V této bakalářské práci nelze začít ničím jiným, než poděkováním, protože tolik lidí přispělo k tomu, aby tato práce mohla vůbec vzniknout.

Nejprve bych chtěla vyjádřit hlubokou vděčnost panu PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, všechny cenné rady, které pomohly směřovat mou práci správným směrem, a také za povzbuzení ve chvílích, kdy mě provázela spousta pochybností.

Dále jsem také z celého srdce vděčná všem zaměstnancům Hospice Milosrdných sestier v Trenčíně za to, že mě svým příkladem dobré praxe inspirovali k tomu, abych výzkum k této práci zrealizovala právě tam. Stejně tak moc děkuji paní ředitelce Hospice Milosrdných sestier sestře Noemi za souhlas s provedením mého výzkumu a hlavně také všem zaměstnancům, kteří byli ochotni mi poskytnout rozhovory, za jejich čas, důvěru, otevřenost a spoustu cenných poznatků.

Velké poděkování také dále patří mé úžasné rodině, která mě v průběhu celého toho času, kdy jsem tuto práci vytvářela, podporovala, a to i tehdy, kdy to se mnou nebylo úplně lehké.

A v neposlední řadě chci do tohoto poděkování zahrnout i všechny pacienty, se kterými jsem se v průběhu své praxe v hospici setkala, nebo mi dokonce dali tu výsadu je doprovázet, protože oni byli mými největšími učiteli a také zapálili mé srdce pro to, abych se věnovala ve své práci právě hospicové péči.

Vám všem výše zmíněným ještě jednou z celého srdce děkuji, protože bez Vás by tato práce nikdy nevznikla.

"... spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí!... až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet ruku, ale nepodrželi..."

Jan Twardowski

Obsah

Úvod.....	7
1 Úvod do problematiky	10
1.1 Umírání a smrt	10
1.2 Paliativní a hospicová péče	11
1.3 Lůžkový hospic	12
1.4 Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně	13
2 Pacient a jeho rodina v hospicové péči	16
2.1 Potřeby umírajících	16
2.1.1 Biologické potřeby	17
2.1.2 Psychologické potřeby	17
2.1.3 Sociální potřeby	18
2.1.4 Spirituální potřeby	18
2.2 Potřeby rodin umírajících	19
2.2.1 Potřeby rodin v průběhu nemoci pacienta	19
2.2.2 Potřeby rodin po úmrtí pacienta.....	20
3 Multidisciplinární tým v hospicové péči	23
3.1 Členové týmu	23
3.2 Vize a cíl týmu	24
3.3 Komunikace v týmu	25
3.4 Respekt k rolím ostatních členů týmu.....	26
3.5 Náplň práce členů týmu	26
4 Sociální pracovník v hospicovém týmu	29
4.1 Problém s vymezením sociální práce v hospici	29
4.2 Specifika sociální práce v hospici.....	30
4.3 Role sociálního pracovníka v hospici	30
4.4 Náplň práce	31
5 Metodologie výzkumu	34
5.1 Výzkumný cíl a výzkumná otázka.....	34
5.2 Popis zvolené výzkumné metody.....	35
5.3 Výběr výzkumného vzorku.....	35
5.4 Technika sběru dat	36

5.5	Analýza rozhovorů.....	37
5.6	Etické aspekty výzkumu	38
6	Interpretace výsledků výzkumu	39
6.1	Multidisciplinární spolupráce v hospici.....	39
6.1.1	Nezbytnost spolupráce v multidisciplinárním týmu	39
6.1.2	Příležitosti ke spolupráci.....	41
6.1.3	Způsob posuzování potřeb pacientů.....	44
6.1.4	Hranice jednotlivých profesí.....	45
6.1.5	Předpoklady dobrého fungování týmu.....	46
6.1.6	Konkrétní příklady osvědčené/nedostatečné spolupráce	47
6.2	Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu.....	51
6.2.1	Vstupy spolupráce v týmu	51
6.2.2	Konkrétní příklady osvědčené/nedostatečné spolupráce	60
7	Diskuze.....	63
7.1	Multidisciplinární spolupráce	63
7.2	Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu.....	66
7.2.1	Role.....	67
7.2.2	Náplň práce	68
7.3	Limity výzkumu a možnosti dalšího zkoumání	70
	Závěr	71
	Zdroje	74

Úvod

V České republice je stále jednou z aktuálních otázek uzákonění eutanázie. Méně se však již hovoří o zařízeních, které se věnují právě těžce nemocným umírajícím pacientům a snaží se jim zajistit důstojný a bezbolestný život až do konce. Jsou jimi hospice. Právě ty mohou být jedním z hlavních důvodů, proč by uzákonění eutanázie ospravedlněné argumentem „bezbolestné smrti a zabránění utrpení“ bylo zbytečné. Paliativní a hospicová péče si totiž umí s nepříjemnými symptomy závažného onemocnění včetně bolesti poradit.

Díky výborné lékařské péči, která je v hospicích poskytována, se ve většině případů opravdu podaří tlumit fyzickou bolest. Jak jsem však měla možnost si uvědomit díky své praxi v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně, kterou je tato práce inspirována, důležité je, aby se v hospici nepracovalo jen s biologickou stránkou života pacienta, ale důležité je pracovat se všemi ostatními oblastmi, tedy také s oblastí psychologickou, sociální a spirituální. Toho lze dosáhnout jen tehdy, pokud v hospici nespolupracují pouze zdravotnické profese, ale do celkové péče o pacienta jsou zahrnuty i profese nezdravotnické, jako je například sociální pracovník, psycholog nebo duchovní. Je tedy důležité, aby v hospici pracoval celý multidisciplinární tým složený ze zdravotnických i nezdravotnických profesí.

I když je však toto tvrzení uváděno i v odborné literatuře, ze své vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že ne vždy je v hospici tato spolupráce opravdu na první pohled viditelná a ne vždy v ní mají také nezdravotnické profese, jako je například sociální pracovník, rovnocenné postavení. Vycházím ze své vlastní praxe nejprve v jednom z prvních českých hospiců a poté v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně. Díky těmto dvěma zkušenostem jsem si uvědomila, že i když hospice sdílejí společný cíl a myšlenku, rozdíly mezi nimi jsou v některých ohledech diametrální.

V obou hospicích, kde jsem vykonávala svoji praxi, sice existoval multidisciplinární tým, v prvním případě jsem však týmovou spoluprací neměla možnost sledovat a uvědomit si tak její důležitost, protože zde mezi sebou komunikovaly zejména zdravotnické profese a ostatní profese, jako například právě sociální pracovníci, byly z týmu více vyčleněny. Odlišnosti jsem také vnímala v roli a postavení sociálních pracovníků. V prvním případě byl sociální pracovník zejména pracovníkem administrativním, který trávil téměř všechnen čas v kanceláři. V druhém případě, tedy v Hospici Milosrdných sestier, byl plnohodnotnou součástí týmu, se kterým byl neustále

v interakci, a měla jsem pocit, že v tomto zařízení dokáží využít potenciál sociální práce mnohem lépe než v předchozím případě.

Tyto faktory mě inspirovaly k tomu, abych právě v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně zrealizovala kvalitativní výzkum na téma Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu hospicové péče a na výsledcích z polostrukturovaných rozhovorů poté prezentovala příklad dobré praxe, který by mohl být motivací pro další hospice, ve kterých multidisciplinární spolupráce ještě není dostatečně podchycená a sociální pracovník je pojmán stále spíše jako administrativní pracovník.

Další motivací poté byla možnost rozšířit poznatky z oblastí multidisciplinární spolupráce a sociální práce v hospici v kontextu českého a slovenského prostředí, protože i přesto, že o hospicové péči je již odborné literatury poměrně velké množství informací, o těchto dvou tématech toho v literatuře (především české a slovenské) moc nenajdeme.

Během své praxe jsem si také uvědomila, že pokud chci provádět výzkum na téma Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, musím nejdříve pochopit multidisciplinární tým jako celek a teprve poté se zaměřit na sociálního pracovníka, který je pouze jednou částí celého týmu zajišťujícího pacientům komplexní péči. Proto výzkum k této bakalářské práci sleduje dva hlavní cíle. Prvním cílem je zjistit, jak a díky jakým faktorům v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně funguje multidisciplinární spolupráce. Druhým cílem je poté zjistit, jakou roli v multidisciplinárním týmu zastává sociální pracovník a jak vnímají jednotliví členové týmu důležitost této profese.

První kapitoly této bakalářské práce jsou zaměřeny teoreticky. První kapitola nejprve uvádí do problematiky umírání a stručně také popisuje specifika hospicové péče, a to již rovnou se zaměřením na lůžkové hospice, protože právě tomuto typu hospicové péče se věnoval tento výzkum. Dále je zde také popsán Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně, kde byl prováděn výzkum k této bakalářské práci.

Druhá kapitola je zaměřena na cílovou skupinu hospicové péče, tedy na pacienta a jeho rodinu, a mapuje jejich potřeby. Nejprve se kapitola věnuje potřebám těžce nemocných pacientů ve všech rovinách, tedy v rovině biologické, psychologické, sociální a spirituální, a poté se zaměřuje i na potřeby rodin umírajících, které jsou rozděleny na potřeby rodin v průběhu onemocnění pacienta a potřeby po pacientově úmrtí.

Třetí kapitola se pak již věnuje konkrétně multidisciplinární spolupráci v hospici, která je reakcí na rozmanitost potřeb umírajících a jejich rodin. Vyjmenovává členy týmu, stručně se zabývá náplní jejich práce a také zmiňuje některá hlavní specifika multidisciplinární spolupráce.

Čtvrtá kapitola se pak již věnuje sociální práci v hospici. Zabývá se problematikou vymezení sociální práce v hospici a na základě odborné literatury také popisuje její role a náplň práce.

Po teoretické části následuje část empirická. V páté kapitole bude popsána metodologie výzkumu, tedy například výzkumná metoda a výběr výzkumného vzorku. Poté již následuje interpretace výsledků výzkumu, kde budou popsány všechny zjištěné informace vztahující se k výzkumným cílům této práce. Na interpretaci poté navazuje diskuze, která se snaží získané poznatky uvést do kontextu odborné literatury a také zhodnotit přínos výzkumu a jeho slabiny. V závěru poté budou znovu stručně shrnuty výsledky výzkumu a bude zhodnocen přínos práce.

1 Úvod do problematiky

Bez pochopení pojmů, jako je umírání a smrt, a bez pochopení podstaty paliativní a hospicové péče nelze hovořit o multidisciplinární spolupráci v hospici a stejně tak ani o roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu.

Právě k pochopení těchto pojmů a podstaty hospicové péče slouží tato kapitola. Cílem této kapitoly však není popsat zmíněné pojmy podrobně, ale pouze poskytnout stručný úvod k tématům, která budou popsána v dalších kapitolách, jako je multidisciplinární spolupráce a role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. V závěru této kapitoly bude také popsán Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně, ve kterém probíhal výzkum k této bakalářské práci.

1.1 Umírání a smrt

Pojmy umírání a smrt jsou do značné míry v naší společnosti tabu. Dnešním jedincem jsou tato témata vnímána jako traumatizující a znepokojující a většina lidí skutečnosti spojené s nimi vytěšňuje. To má však za následek, že se jednoho dne stávají překvapivou realitou našich životů, se kterou si dnešní člověk neví rady. Je však důležité pochopit, že umírání i smrt jsou nevyhnutelnou, přirozenou a lidskou součástí života každého člověka. Smrt samotná pak není pouhým zánikem lidské existence, ale je naplněním celého předchozího života (Dobříková a kol., 2005, s. 59-60).

Je nutno zdůraznit, že umírání a smrt jsou dva odlišné pojmy (Dobříková a kol., 2005, s. 63). Pokud hovoříme o smrti, Haškovcová (2007, s. 89) ji jednoduše definuje jako „individuální zánik organismu, tedy také člověka“. Z biologického hlediska se jedná o moment zániknutí všech životních funkcí. Lze tedy říci, že smrt je tedy okamžikem (Dobříková a kol., 2005, s. 61).

Umírání je však oproti smrti procesem, obdobím, které může trvat různě dlouhou dobu. Jeho začátek je definován momentem, kdy je člověku diagnostikováno nevléčitelné onemocnění v pokročilém stádiu, u kterého je uzdravení již nereálné a nástup terminálního stádia nemoci a následnou smrt lze očekávat v relativně blízké době. Jedná se o velmi náročné období lidského života, které by však mělo v ideálním případě být časem smíření. Bohužel je však ale často spíše obdobím typickým dominantní přítomností nepříjemných symptomů daného závažného onemocnění a prožíváním pocitů strachu z těžkého a bolestného umírání (Dobříková a kol., 2005, s. 61-63).

1.2 Paliativní a hospicová péče

Právě nemocným s nevléčitelnou progredující nemocí je určena paliativní péče. Právě tato péče se snaží tyto nepříjemné důsledky nemoci zmírňovat. Mrocek (2017, s. 14) definuje paliativní péči jako multidisciplinární obor medicíny, který se zaměřuje na prevenci, zmírnění utrpení a podporu nejvyšší možné kvality života nejen pacienta, ale také jeho rodiny.

Paliativní péče staví na zásadách, jako je respektování lidské důstojnosti, zmírnění nepříjemných symptomů onemocnění a na trpělivé a důsledné komunikaci mezi pacientem a všemi osobami, které se věnují péči o něj (Mrocek, 2017, s. 14). Paliativní péče má několik forem, z nichž nejtypičtější formou je péče hospicová (Haškovcová, 2007, s. 44).

Zatímco paliativní péče je širším pojmem, který zahrnuje péči o nemocného pacienta ve všech stádiích nevléčitelného onemocnění a při jejím poskytování není vyloučeno, aby byla poskytována současně s léčbou kurativní, hospicová péče je již konkrétně zacílena na pacienty v poslední fázi jejich života a na samotný proces umírání. Hospicová péče poskytuje podporu pacientům v terminální fázi onemocnění a zaměřuje se již pouze na léčbu symptomů, nikoli na léčbu samotného onemocnění (Mrocek, 2017, s. 14-17). Kromě zmírňování utrpení však hospicová péče reaguje i na ostatní neméně důležité potřeby pacientů, ať už se jedná o potřeby psychologické, sociální nebo spirituální (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 3).

Hospicová paliativní péče je poskytována pacientům všech věkových skupin, jejichž prognóza délky života je kratší než šest měsíců. Hospic se ale nezaměřuje pouze na nevléčitelně nemocné pacienty, ale do jeho cílové skupiny lze zařadit také rodinné příslušníky, pozůstalé a širokou veřejnost, kterou se pracovníci hospice snaží edukovat a rozšiřovat tak její povědomí o hospicové péči (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 3).

Hospicová péče vychází z úcty k lidskému životu a také člověku samotnému, kterého považuje za jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Každému pacientovi hospic garantuje, že nebude v posledních chvílích svého života trpět nesnesitelnými bolestmi, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a nezůstane v těchto důležitých posledních chvílích jeho života sám (Svatošová, 2003, s. 123).

V České republice i na Slovensku se můžeme setkat s těmito typy hospicové péče: **mobilním hospicem**, který pečuje o pacienta v jeho domácím prostředí, **lůžkovým hospicem**, který umožňuje pacientovi pobyt v lůžkovém zařízení, a **hospicovým**

stacionářem, do kterého pacient dojíždí z domu ambulantně (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 4, Dobříková a kol., 2005, s. 14-17).

Tato práce se však zaměřuje zejména na multidisciplinární spolupráci a roli sociálního pracovníka v lůžkovém hospici, proto pro účely této práce postačí zabývat se tímto typem hospicové péče.

1.3 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je jednou z organizačních forem specializované paliativní péče. Jedná se o lůžkové zařízení, které je z velké části případů využíváno pacienty s velmi omezenou prognózou délky života. Délka pobytu v hospici se proto pohybuje řádově v týdnech (Sláma, 2012, s. 11). Nepříjemnou skutečností je, že častokrát je pacient do hospice převezen doslova na poslední chvíli, a to z toho důvodu, že hospicovou péči on sám, jeho rodina, ale někdy také lékaři často do poslední chvíle odmítají, protože stále přetrvává názor, že rozhodnout se pro hospicovou péči a ukončit léčbu znamená „vzdát se“ (American Cancer Society, [online]). Toto tvrzení dokládám svou vlastní zkušeností z praxe v hospici, kdy jsem několikrát byla svědkem toho, že pacient byl do hospice z nemocnice převezen již ve velmi špatném stavu a zemřel v hospici tentýž den, který byl do hospice přijat. Celá myšlenka hospice, která spočívá v doprovázení pacienta nelehkým časem, nemohla být v takových případech uplatněna.

Některé znaky lůžkových hospiců jsou společné s nemocnicemi. Například i v hospici bývají pravidelné lékařské a také sesterské vizity. Jinak se však celkový režim v lůžkovém hospici od nemocnice velmi výrazně liší. V lůžkových hospicích je celý denní režim o něco volnější a flexibilnější. Oproti nemocnicím je zde větší důraz kladen na individuální potřeby a přání pacientů a řád dne si určuje sám pacient (Svatošová, 2003, s. 129).

Hospic také přikládá velkou důležitost pacientovým vztahům a snaží se vytvářet prostředí, ve kterém by mohl zůstat do konce života, a pokud si to sám přeje, být stále v intenzivním kontaktu se svými blízkými (Sláma, 2012, s. 11). To, aby mohli být pacient a jeho rodina v kontaktu kdykoli, umožňují i návštěvní hodiny. Ty jsou v hospici neomezené. Rodinní příslušníci a blízcí mohou pacienta navštěvovat 24 hodin denně, 365 dní v roce a pracovníky hospice jsou vždy vřele vítáni (Svatošová, 2003, str. 129). Další obrovskou výhodou hospice je možnost ubytování rodinných příslušníků přímo v hospici spolu s pacientem (Dobříková a kol., 2005, s. 15).

Právě jedním z lůžkových hospiců je také Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně, kterým je tato bakalářská práce inspirována, proto se následující podkapitola bude věnovat právě tomuto konkrétnímu hospici.

1.4 Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně

Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně je nestátní zdravotnické zařízení. Slouží nevléčitelně nemocným pacientům v pokročilém stadiu onkologického onemocnění (Hospic Milosrdných sestier, Úvod [online]). Zařízení má právní formu občanského sdružení a jeho zakládajícím členem Kongregace Milosrdných sester svatého Vincenta (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 17).

Celková kapacita zařízení je 24 lůžek a pacienti jsou umístěni na jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 15).

Tým pracovníků hospice se řídí mottem: **Nepřidávat více dní k životu, ale více života do dní.**, a také společnou vizí hospice, kterou je **snaha vytvářet pacientům prostředí, které bude dýchat domovem, ve kterém umírající pacient nebude trpět a zažije přijetí a laskavou péči** (Hospic Milosrdných sestier, Úvod [online]). Ze své vlastní zkušenosti mohu doložit, že motto i vize hospice jsou v zařízení důsledně naplňovány. Již při samotném příjmu jsou pacienti do hospice vítáni se slovy: „Vítejte a cíte se u nás jako doma.“. Po celý čas pobytu jsou pak pracovníci k pacientům velmi laskaví a pacient má skutečně možnost zakusit v zařízení přijetí a vlídný přístup.

Jako všechny ostatní hospice i Hospic Milosrdných sestier nabízí svým pacientům snahu o zmírňování jejich utrpení. K té využívá různé léčebné postupy vedoucí ke zmírnění bolesti a zachování co nejvyšší možné kvality života pacienta až do smrti. Lékařské postupy, které jsou v zařízení využívány, život pacienta násilně neprodlužují, ale ani nezkracují (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 15).

Dále hospic garantuje pacientovi respekt k jeho lidské důstojnosti a individuální přístup k pacientovým potřebám ze všech rovin, ať už se jedná o potřeby biologické, psychologické, sociální nebo spirituální (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 15). Znovu mohu doložit toto tvrzení uvedené ve výroční zprávě vlastním pozorováním. V Hospici Milosrdných sestier se dbá opravdu důsledně na přání pacientů. Žádná přání pacientů nejsou za žádných okolností podceňována a přehlížena, a to i tehdy, pokud se tato přání jeví na první pohled jako nevýznamná. Pokud je přání reálné, pracovníci hospice dělají maximum pro to, aby mohlo být pacientovi splněno.

Velký důraz je v zařízení kladen také na doprovázení pacienta a jeho rodiny. Pracovníci hospice se snaží zabezpečit, aby se pacient v posledních chvílích necítil osamocen a nezůstal ve svém umírání sám (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 15). Zde mohu opět čerpat z vlastní zkušenosti a plnění tohoto cíle hospice potvrdit. Oproti jednomu hospici v České republice, kde jsem měla možnost také strávit svou praxi, Hospic Milosrdných sestier dbá na doprovázení pacientů opravdu velmi důsledně. Pokud pacienta nedoprovází v jeho posledních hodinách jeho rodina, pracovníci hospice neradi nechávají v umírání pacienty samotné a kdykoli je to možné, sami se ve volných chvílích u lůžka pacienta střídají, nebo doprovázením pověří dobrovolníky a stážisty. Sama jsem zažila v zařízení situace, kdy jsem byla svědkem toho, že pacient umíral obklopen několika pracovníky, kteří se za něj společně modlili. To bylo oproti přechozí zkušenosti netradiční. Zároveň však měl tento moment úplně jiný význam a smrt pacienta zde nebyla něčím traumatizujícím a tragickým, ale svým způsobem i radostným a důležitým momentem.

Stejně jak bylo zmíněno v předchozí podkapitole, která se zabývala lůžkovými hospici obecně, i Hospic Milosrdných sestier poskytuje podporu nejen pacientovi, ale také jeho rodině a snaží se rodinným příslušníkům pacienta v co největší možné míře umožnit, aby s ním mohli trávit čas, kdykoli budou chtít. Ani tento hospic tedy není výjimkou v tom, že jsou zde neomezené návštěvní hodiny. Stejně tak příbuzní mají možnost ubytování buď přímo na pokoji s pacientem, nebo v podkrovních ubytovacích prostorách hospice. Rodina pacienta může také využívat služeb a podpory sociálního pracovníka a psychologa (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 25-26).

Ani po úmrtí pacienta však péče o rodinu pro pracovníky hospice nekončí. Hospic Milosrdných sestier se snaží nabízet podporu také pozůstalým pacienta. Měsíc po úmrtí je zasílána pozůstalým písemná vzpomínka. Na tu rodinní příslušníci mohou reagovat a sdílet tak se členy týmu, jak období po ztrátě svého milovaného prožívají. Do dalších forem péče o pozůstalé lze zařadit také událost, kterou je zápis do Knihy živých. Té se mají možnost příbuzní zúčastnit poté, co uplyne doba nejintenzivnějšího truchlení. Mají tak možnost se zde znovu střetnout s hospicovým týmem a společně si na období, kdy pacient prožíval své poslední chvílky právě v tomto hospici, zavzpomínat (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 25-26).

I sami pracovníci hospice myslí dennodenně na pacienty, kteří zde zemřeli. Každý den ráno si pracovníci připomínají jména těch, kteří mají ten den výročí úmrtí v hospici, a také jejich příbuzné a vzpomínají na ně při společné modlitbě týmu (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 25-26).

V roce 2018 měl Hospic Milosrdných sestier celkem 67 zaměstnanců a 52 dobrovolníků, kteří také významně přispívají ke zvýšení úrovně péče (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 27). Kvalitní a všestrannou péči zajišťuje pacientům v hospici multidisciplinární tým, který se snaží reagovat na potřeby pacientů ve všech oblastech jejich života, proto bude multidisciplinárnímu týmu věnována jedna z následujících kapitol.

2 Pacient a jeho rodina v hospicové péči

Předchozí kapitola stručně uvedla do problematiky umírání a hospicové péče a také představila Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně, kde probíhal výzkum k této bakalářské práci. Tato kapitola pak bude pojednávat o dalších důležitých tématech, která jsou podstatná pro pochopení důležitosti multidisciplinární spolupráce. Tato témata se týkají pacienta a jeho rodiny v hospicové péči a zejména pak jejich potřeb, z nichž celková péče v hospici a také multidisciplinární spolupráce vychází.

2.1 Potřeby umírajících

V předchozích kapitolách se objevovaly pojmy jako například: „kvalita života pacienta“, nebo „individuální potřeby umírajících“. Proto ještě před tím, než se bude tato práce věnovat multidisciplinární spolupráci a roli sociálního pracovníka v týmu, bude užitečné věnovat se nejprve alespoň stručně potřebám pacientů umírajících v hospici.

Jak bylo zmíněno výše, hlavním cílem hospicové péče je zajištění co největší možné kvality života pacienta. Při péči o nevléčitelně nemocné umírající pacienty se však nelze zaměřovat jen na oblast medicínskou a poskytovat pacientům pouze zdravotní péči, ale je důležité pracovat i s ostatními oblastmi života pacienta (Sláma, Drbal, Plátová, 2008, s. 11).

Toto tvrzení ostatně dokládá i Světová zdravotnická organizace ([online]), která definuje zdraví, nebo také kvalitu života jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen jako absenci nemoci, či postižení.“ Z toho tedy vyplývá, že na kvalitu života by tedy mělo být nahlíženo jako na vícerozměrnou veličinu, která nezahrnuje zdaleka jen zdravotní aspekty, tedy pouze pocit fyzického zdraví a nepřítomnost nepříjemných symptomů onemocnění, ale ovlivňují ji mimo to i aspekty psychologické, sociální a spirituální (Slováček, Slováčková, 2012, s. 13). Od výše zmiňované definice zdraví Světové zdravotnické organizace lze odvodit celkem 4 okruhy potřeb těžce nemocného pacienta. Ty lze rozdělit na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální (Svatošová, 2003, s. 21).

2.1.1 Biologické potřeby

Jak uvádí Špatenková (2014, s. 82) člověk, který prožívá poslední chvíle svého života, je velmi citlivou a zranitelnou bytostí a většinou se stává závislým na pomoci druhých. Některé základní potřeby umírajícího se však nijak zvlášť neliší od potřeb zdravého člověka. Mezi tyto potřeby patří například potřeba přijímání potravy, spánku, vylučování, hygieny, čerstvého vzduchu, pohybu aj.

Kromě těchto základních potřeb má však těžce nemocný i jiné specifické potřeby, které souvisí s odstraněním nebo alespoň zmírněním nepříjemných symptomů, jako je např. bolest, obtížné dýchání, nevolnost, inkontinence aj. (Špatenková, 2014, s. 82).

I v oblasti biologických potřeb by měla být věnována zvýšená pozornost individuálním přáním pacienta. Může se totiž stát, že umírající pronese nějaké zdánlivě nevýznamné přání, jako např. že dostal chuť na své oblíbené jídlo. Pokud je přání alespoň trochu reálné, je dobré snažit se ho pacientovi splnit, protože nikdy nelze vyloučit, zda i tato zdánlivá maličkost není posledním přáním pacienta (Špatenková, 2014, s. 83).

2.1.2 Psychologické potřeby

Další důležitou skupinou potřeb jsou potřeby psychologické. Pokud má být o pacienta v hospici postaráno opravdu komplexně, je potřeba naplnit také tyto potřeby (Andrášiová, 2008, s. 78).

Dle Svatošové (2003, s. 22) je jednou z ústředních pacientových potřeb v této rovině pocit respektu vůči jeho lidské důstojnosti, a to bez ohledu na jeho celkový stav a tělesnou schránku.

S tím souvisí další důležitá potřeba umírajícího, kterou je autonomie. Tu lze pomoci pacientovi naplnit tím, že mu bude ponechána možnost rozhodovat se. I když se může jednat pouze o možnost činit „malá rozhodnutí“, pro umírajícího člověka mohou mít velký význam. Mimo to je pro terminálně nemocného pacienta velmi důležité, aby mohl „v jeho nové změněné identitě najít způsob naplnění potřeby seberealizace“ (Andrášiová, 2008, s. 78).

Umírající touží také po tom, aby měl naplněnou potřebu bezpečí a jistoty. Pacient potřebuje jistotu, že o něj bude dobře postaráno, nebude trpět nesnesitelnou bolestí a nezůstane umírat osamocen (Andrášiová, 2008, s. 78). Neméně důležité je tedy pro umírajícího zůstat v kontaktu se svými nejbližšími a naplnit potřebu komunikace se svým

okolím. Ne vždy je však možná komunikace verbální, proto velkou roli hraje zejména komunikace mimoslovní (mimika, gesta, oční kontakt atd.) (Svatošová, 2003, s. 22). Jak také dále uvádí Špatenková (2014, s. 83), umírající potřebuje zůstat v kontaktu se svými nejbližšími a právě to, že bude na konci svého života odloučen od svých blízkých a bude umírat osamocen, je jednou z jeho nejčastějších obav. S tím souvisí i další kapitola, která se zabývá sociálními potřebami umírajících.

2.1.3 Sociální potřeby

Jak uvádí Svatošová (2003, s. 24), člověk je společenský tvor. Celý svůj život bývá obklopen lidmi, proto by ani na konci svého života tedy neměl umírat izolovaně.

V období umírání pacient potřebuje těžit z kvalitních vztahů a mít potřebnou sociální oporu. Umírající člověk potřebuje mít kolem sebe své nejbližší, kteří mu poskytnou potřebné ocenění, přijetí a lásku (Špatenková, 2014, s. 85).

Celkovou spokojenost na úrovni sociálních potřeb však ovlivňují i nejrůznější praktické otázky. I ty pro umírajícího člověka v posledním úseku jeho života nabývají velké důležitosti. Uspokojení sociálních potřeb ovlivňuje i to, zda má pacient dořešené a uzavřené majetkové záležitosti (Špatenková, 2014, s. 85). Terminálně nemocný pacient se ve svém nitru může zabývat právě sociálními otázkami a může ho tížit, že nestihl dostavět dům nebo nedokončil nějakou práci. Na takovéto potřeby by byla i sebelepší lékařská péče krátká (Svatošová, 2003, s. 23).

2.1.4 Spirituální potřeby

Je také důležité zmínit, že hierarchie potřeb pacienta se v průběhu nemoci mění. Pokud ze začátku byly nejdůležitější potřeby biologické, ke konci života nabývají mnohem větší důležitosti potřeby spirituální (Svatošová et al., 1998, s. 29). Ještě stále v mnoha zdravotnických zařízeních ale převažuje názor, že spirituální potřeby jsou důležité pouze pro věřící pacienty. Opak je ale pravdou. Věřící člověk má obvykle v otázkách spirituality mnohem více jasno než člověk nevěřící. Právě ten se totiž v průběhu vážné nemoci začíná zabývat otázkami svého bytí mnohem více než kdy dříve (Svatošová, 2003, s. 23).

Ve spirituální oblasti potřeb je také dále důležitým tématem odpuštění a smíření. Pacient potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, ale také on sám potřebuje mnohdy na konci svého života odpustit. Kromě toho se také umírající zabývá otázkami smyslu života

a potřebuje nabyt vědomí, že jeho život měl a má až do poslední chvíle smysl (Svatošová, 2003, s. 24).

2.2 Potřeby rodin umírajících

Pacient i se svými specifickými potřebami je zároveň také členem rodiny. Veškeré jeho problémy, kterým čelí, nejsou nikdy problémy pouze jeho samotného, ale jsou problémem i ostatních příbuzných. Toto tvrzení platí i opačně. Všechny těžkosti rodiny jsou zároveň těžkostmi pacienta. Proto v hospicové péči nestojí nikdy v centru pozornosti jen samotný pacient, ale pozornost je věnována také jeho rodině (Dobříková, Mešková, 2017, s. 7).

Rodiny hospicových pacientů také neprochází vůbec jednoduchou situací. Jsou na ně vyvíjena velká očekávání a považuje se za samozřejmé, že budou po celý čas v co největší možné míře umírajícího doprovázet. Důležitým faktem ale je, že i oni sami potřebují být doprovázeni. Sami potřebují někoho, kdo jim pomůže smířit se s celkovou situací a přijmout nepříznivou skutečnost, že jejich blízký umírá. Čím dříve rodina tuto skutečnost přijme, tím větší možnost využít zbývající čas se svým umírajícím členem bude rodina mít (Svatošová et al., 1998, s. 25).

Potřeby rodin umírajících pacientů lze rozdělit do dvou skupin. První skupinou potřeb jsou ty potřeby, které jsou pro rodinu pacienta stěžejní v průběhu nemoci jejich příbuzného. Druhou skupinou jsou pak potřeby, které jsou pro rodinu zásadní v době zármutku (Bužgová, 2012, s. 51).

2.2.1 Potřeby rodin v průběhu nemoci pacienta

Potřeby rodiny v průběhu nemoci pacienta uvádí Bužgová (2012, s. 52-53). Ta stručně uvádí hlavní potřeby příbuzných v období, kdy se rodina připravuje na ztrátu blízké osoby. Pro rodinu v této fázi je velmi důležitá potřeba jistoty, a to zejména v tom smyslu, že jejich blízký netrpí velkými obtížemi a je v celkové fyzické i psychické pohodě. V tomto okamžiku je tedy důležité, aby personál v hospici s rodinou komunikoval a zejména jí edukoval o léčbě bolesti. S tím souvisí i další potřeba rodinných příslušníků umírajícího, kterou je potřeba informovanosti.

Důležité je také zmínit, že období zármutku (truchlení) u rodinných příslušníků pacientů v terminální fázi onemocnění začíná již před samotným úmrtím pacienta (Bužgová, 2012, s. 52). V odborné literatuře se má toto truchlení speciální název. Jedná se

o tzv. anticipační truchlení (Marková, 2010, s. 80). Již v této době rodina prožívá významné ztráty. Právě proto je další potřebou, která je pro rodinu pacienta velmi důležitá, potřeba emocionální podpory (Bužgová, 2012, s. 52-53).

Jak už bylo zmíněné výše, i rodina samotná potřebuje být doprovázena. Právě doprovázející osoba by měla rodině pomoci hledat způsoby, jak se s tak náročnou životní situací vyrovnat, a také, jak i přes tuto tíživou situaci mohou rodinní příslušníci pečovat sami o sebe a zabránit tak vyčerpání (Bužgová, 2012, s. 52-53).

2.2.2 Potřeby rodin po úmrtí pacienta

Jak už bylo několikrát zmíněno, i rodina je součástí hospicové péče. Důležité je však dodat, že tak by tomu mělo být i poté, co pacient zemře.

Poté, co rodina ztratí blízkého člověka, prožívá další velmi nepříjemnou životní zkušenost a hluboký smutek (Kubíčková, 2001, s. 24). Každý jedinec v tomto okamžiku potřebuje čas, než je schopen ztrátu akceptovat. Bezprostředně po úmrtí pacienta prochází pozůstalí tzv. fází konfuze, neboli tzv. ohlušení. Jedná se o krátké období, které trvá řádově pár dní. Většinou se jedná o období od úmrtí do pohřbu blízké osoby. V této fázi často pozůstalí prožívají pocity lítosti, hněvu, bezmoci a strachu. Toto krátké období má však pro pozůstalé velký význam a je důležité zaměřit se na to, co by mohlo pozůstalým pomoci akceptovat ztrátu. Příkladem může být například akt rozloučení u lůžka zemřelého, i když je tato možnost většinou v dnešní době pozůstalými rodinami odmítána (Bužgová, 2012, s. 54).

Pokud bych toto tvrzení znovu měla doplnit o vlastní zkušenost z praxí v hospici, tak rodiny pacientů, kteří zemřou v hospici, mají právě v tomto ohledu jedinečnou příležitost se se svým milovaným ještě naposledy rozloučit. V hospicích, kde jsem měla možnost strávit svou praxi, tedy také v Hospici Milosrdných sestier, je zvykem, že poté, co pacient zemře, je zaopatřen na „poslední cestu“. Zemřelý je oblečen do šatů, které již před úmrtím vybere a přinese pacientova rodina, a poté zůstává až do příjezdu pohřební služby na pokoji, nebo pokud není pokoj jednolůžkový, je převezen do pietní místnosti, kde je poblíž jeho lůžka zapálena svíčka. V tuto chvíli má rodina možnost přijít se se svým zemřelým členem rodiny naposledy rozloučit. I když se někteří členové rodiny tohoto momentu obávají, většinou jsou nakonec vděční za to, že se mohli se svým blízkým rozloučit právě takto.

Po pohřbu pak začíná další nelehké období, jedná se o období truchlení. Toto období, pokud neprobíhá patologicky, trvá přibližně jeden rok. V tomto čase je úkolem každého pozůstalého, aby našel nový způsob života a naučil se i po ztrátě blízké osoby znovu fungovat. Právě proto je žádoucí, pokud po úmrtí pacienta i nadále pokračuje spolupráce s rodinou v rámci péče o pozůstalé. Na péči o pozůstalé rodinné příslušníky se mohou podílet všechny profese, ať už se jedná o zdravotnické profese, psychologa, dobrovolníky a další profese podílející se na hospicové péči (Bužgová, 2012, s. 56).

Pozůstalí v procesu truchlení mají také své specifické potřeby. Mnoho zdrojů odborné literatury týkající se péče o pozůstalé se však o těchto potřebách přímo nezmiňuje, nebo se zmiňují pouze okrajově. Bužgová (2012, s. 56) uvádí, že jednou ze stěžejních potřeb rodiny po ztrátě blízké osoby je potřeba ujištění, a to zejména v tom smyslu, že pacient zemřel pokojně a netrpěl nesnesitelnými bolestmi. Rodinní příslušníci zemřelého také potřebují podpořit v tom, aby se nebáli dát průchod svým emocím. Pokud by totiž emoce potlačovali, hrozilo by, že celé období truchlení bude komplikované a zdlouhavé. Další potřeby se pak týkají spíše praktických otázek. Pozůstalí často potřebují poradenství ohledně zařizování pohřbu a různých právních formalit, jako je například závěť apod. (Bužgová, 2012, s. 56).

Jak tedy z výše zmíněného vyplývá, rodina sama potřebuje péči, a to i po úmrtí pacienta. Právě paliativní a hospicová péče se tedy snaží i v péči o pozůstalé iniciovat a pracovníci pořádají pro pozůstalé různé vzpomínkové akce, vedou s nimi korespondenci nebo vytváří podpůrné skupiny pro pozůstalé (Bužgová, 2012, s. 56). Právě tak je tomu i v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně, kde pracovníci hospice pořádají slavnostní zápisy do Knihy živých a také posílají pozůstalým vzpomínkové pohledy, jak bylo zmíněno výše v podkapitole věnované Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně.

Na závěr je však důležité zmínit, že **rodiny, kterým zemřel rodinný příslušník v hospici, prochází většinou procesem truchlení bez větších komplikací, a to díky tomu, že rodina má možnost být s umírajícím neustále v kontaktu a také je alespoň v malé míře zapojena do péče o něj.** Rodina tedy často větší intervence ze strany hospicového personálu nepotřebuje a nevyhledává (Přidalová, 2006, s. 14). Jak dodává Svatošová (2005, s. 206) velká část pozůstalých vyhledává pouze jednorázovou pomoc bezprostředně po úmrtí pacienta.

Dle vlastního pozorování lze toto výše zmíněné tvrzení potvrdit. Rodiny, se kterými jsem se setkala během praxe v hospici, většinou skutečně potřebovaly pouze jednorázovou podporu a poradenství ohledně toho, jaké záležitosti je potřeba bezprostředně po úmrtí

zařít. Poté byl většinou kontakt s rodinami přerušen, protože samy další podporu nevyžadovaly a nevyhledávaly.

3 Multidisciplinární tým v hospicové péči

Z předchozí kapitoly, která se zaměřovala na jednotlivé potřeby umírajících z hlediska biologického, psychologického, sociálního a spirituálního, a také na potřeby jejich rodin, vyplynulo, že tyto potřeby jsou velmi rozmanité. Proto, jak také i v jedné ze svých knih uvádí Svatošová et al. (1998, s. 24), **uspokojit všechny tyto výše zmíněné potřeby jeden člověk sám nedokáže, ať už by byl kvalifikovaný jakkoli. Je tedy nezbytné, aby se na péči o pacienta podílel celý tým.** Jak dále dodává Marková (2010, s. 35) tým, poskytující paliativní (nebo také hospicovou) péči, musí být multidisciplinární. Takový tým definují Smith, Cross, Booth, Arris a Nancarrow (2012, s. 8) jednoduše jako skupinu dvou a více pracovníků ze sociálních a zdravotnických profesí, které spolu navzájem spolupracují.

Za součást týmu by však neměli být považováni pouze zástupci těchto profesí, ale také samotný pacient a jeho rodina. Jedině tak lze zachovat individuální přístup a důstojnost ke každému pacientovi (Marková, 2010, s. 35).

Následující podkapitoly se budou již konkrétně věnovat multidisciplinární spolupráci v hospicové péči a také částečně multidisciplinárnímu týmu v Hospici Milosrdných sester v Trenčíně. Kapitola představí složení multidisciplinárního hospicového týmu a dále se bude také věnovat důležitým předpokladům jeho dobrého fungování. Pozornost bude věnována například společnému cíli týmu, vzájemné komunikaci a rolím nebo také náplni práce jednotlivých členů týmu kromě sociálního pracovníka, na kterého je zaměřena celá následující kapitola.

3.1 Členové týmu

Multidisciplinární hospicový tým tvoří celá řada profesí. Tyto profese dokáží komplexně posuzovat potřeby pacientů a následně také efektivně intervenovat a poskytnout tak potřebnou pomoc pacientovi a jeho rodině (Hospic Milosrdných sester, 2018, s. 26). Všechny profese působící v hospici jsou stejně důležité a žádný člen týmu by se neměl cítit nadřazený ani podřazený ostatním jeho členům (Svatošová et al., 1998, s. 24).

Pokud se zaměříme na jednotlivé členy týmu, různé zdroje řadí mezi členy týmu různé profese. V základě se všechna tato vyjmenování profesí neliší, ale jsou zde některé drobné odlišnosti. Například Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2016, s. 5) řadí mezi členy multidisciplinárního týmu v hospici tyto profese: lékaře, zdravotní sestru, sociálního pracovníka a duchovního, nebo popřípadě pastoračního pracovníka. Dále

dodává, že významnou součástí multidisciplinárního týmu může být také psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a aktivizační pracovník. Stejně rozdělení pak uvádí i Marková (2010, s. 35).

Ve slovenské odborné literatuře pak uvádí členy multidisciplinárního týmu Dobříková a kol. (2005, s. 81), která mezi členy multidisciplinárního týmu řadí stejně jako v předchozím případě lékaře, zdravotní sestru, sociálního pracovníka, duchovního, asistenta výživy, fyzioterapeuta. Dodává však, že součástí týmu jsou i ošetřovatelé, ale také dobrovolníci, a případně pak i jiné profese dle potřeby.

Konkrétně v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně, kde byl prováděn výzkum k této bakalářské práci, je multidisciplinární tým sestaven z těchto profesí:

- Lékaři
- Zdravotní sestry a ošetřovatelé
- Klinický psycholog a psycholog
- Sociální pracovník – poradce
- Duchovní

Ve své výroční zprávě však do multidisciplinárního týmu Hospic Milosrdných sestier řadí i další profese, jako je ředitel, zástupce ředitele, manažer kvality, ekonomický pracovník, správce budovy, fundraiseri a mnoho dalších profesí. Dle výroční zprávy do týmu patří také dobrovolníci a jistým způsobem i samotná rodina pacienta a pacient sám. Celý multidisciplinární tým však není tvořen jen civilními pracovníky, ale také členy řehole (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 26).

Další podkapitoly již budou zaměřené na různé faktory, které mohou přispět k dobrému fungování multidisciplinárního týmu.

3.2 Vize a cíl týmu

Pokud má multidisciplinární tým dobře fungovat, měl by mít jasnou vizi. Vize udává celému týmu směr a výrazně ovlivňuje to, kudy se budou ubírat další kroky a rozhodnutí týmu. Jasně stanovená vize dále také pomáhá týmu k tomu, aby jeho členové vynakládali svou energii efektivně (Hrdá, Tollarová a kol., 2018, s. 20).

Neméně důležitý a také úzce spojený s vizí je také společný cíl práce. Ten by měl být týmem jasně formulován a práce všech členů týmu by měla primárně vést právě k naplnění tohoto cíle (Hrdá, Tollarová a kol., 2018, s. 107).

Hlavním cílem práce multidisciplinárního týmu v hospici by měla být právě již několikrát výše zmiňovaná snaha o zachování co nejvyšší možné kvality života pacienta (Marková, 2010, s. 128). V centru pozornosti všech členů týmu by měl být tedy pacient a celý tým by měl sledovat v první řadě pacientovo dobro a přemýšlet nad tím, co by pro pacienta mohlo být prospěšné. Prospěšné je vždy to, co může nějakým způsobem pozitivně ovlivnit kvalitu života pacienta. Všim, co by bylo naopak nežádoucí, je zbytečné pacienta zatěžovat (Svatošová, 1998, s. 24).

Podobný společný cíl práce má také Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně, který ve své výroční zprávě uvádí, že hospic by měl být místem, kam pacienti přicházejí žít co nejplnějším životem až do poslední chvíle (Hospic Milosrdných sestier, 2018, s. 15).

3.3 Komunikace v týmu

Dalším důležitým předpokladem pro dobré fungování multidisciplinárního týmu je komunikace. Pokud má multidisciplinární tým opravdu dobře fungovat, kromě stanovení společného cíle a respektování rolí jednotlivých členů, je dalším důležitým předpokladem partnerská komunikace mezi všemi členy týmu. Marková (2010, s. 36) dělí komunikaci v multidisciplinárním týmu na formální a neformální.

Formální komunikace zahrnuje zejména pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu (Marková, 2010, s. 36). Tyto pravidelné multidisciplinární porady probíhají tak, že se zde sejdou zástupci všech profesí z multidisciplinárního týmu a každý člen zde představí ostatním svůj úhel pohledu na celkovou situaci pacienta. Lékař sděluje ostatním členům týmu svůj medicínský pohled a představuje personálu diagnózu a prognózu pacienta a informuje také o nastavení léčby. Na něj pak navazuje zdravotní sestra, která hovoří o péči o pacienta z hlediska ošetrovatelského. Dále přicházejí na řadu i nezdravotnické profese, jako například psycholog, který seznámí členy týmu s duševním stavem pacienta, nebo sociální pracovník, který pak představuje ostatním pacientovu sociální situaci a také jeho rodinné zázemí a seznamuje personál s případnými sociálními problémy. Nakonec pak celou situaci hodnotí duchovní a přidává také svůj pohled. Ten je zaměřen na spirituální nastavení pacienta (Dobříková a kol., 2005, s. 80). Ze své vlastní zkušenosti z jednoho z hospiců v České republice mohu doplnit, že ne vždy tyto velké multidisciplinární porady skutečně probíhají. Ze své praxe v hospici v ČR jsem se s nimi nesetkala a poprvé jsem měla možnost se jich účastnit až v Hospici Milosrdných sestier na Slovensku.

Kromě těchto pravidelných porad lze dále také do formální komunikace zařadit komunikaci písemnou. Ta spočívá zejména ve vedení dokumentace (Marková, 2010, s. 36). Ve správné dokumentaci by měly být vedeny všechny intervence, které různé profese vykonávaly, ale také to, zda se při péči o konkrétního pacienta osvědčily či neosvědčily (Hrdá, Tollarová a kol., 2018, s. 120). Dokumentace by měla být jednoznačná, jednotná a měla by být dostupná všem profesím v týmu, samotnému pacientovi a s jeho svolením pak případně dalším osobám (např. dobrovolníkům) (Marková, 2010, s. 36).

Co se týče **neformální komunikace**, zde je dle Markové (2010, s. 37) stěžejní, aby jednotliví členové týmu byli všímaví vůči sobě navzájem a dbali také na potřeby ostatních kolegů. Každý člen týmu by měl dostat možnost se ostatním členům týmu svěřit a dostat prostor vyjádřit své emoce.

3.4 Respekt k rolím ostatních členů týmu

Dalším předpoklad pro dobré fungování týmu se týká rolí jednotlivých členů. Je důležité, aby všichni členové týmu rozuměli a respektovali vymezení rolí ostatních členů týmu a také znali hranice a limity těchto jednotlivých rolí (Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby, Roots, 2013, s. 6).

Svatošová (1998, s. 24) však dodává, že v hospicovém prostředí při každodenní konfrontaci se smrtí se rozdíly mezi jednotlivými členy týmu stírají, což ale není překážkou odbornosti a zároveň také ani nedochází k narušení kompetencí jednotlivých členů týmu.

Je naopak přirozené, že v dennodenní konfrontaci se smrtí a umíráním se jednotliví členové týmu stávají více lidmi a více než o svou profesní kariéru usilují spíše o kvalitu života každého pacienta (Svatošová, 2005, s. 203).

3.5 Náplň práce členů týmu

I když tedy, jak bylo výše zmíněno, dochází částečně v multidisciplinárním týmu ke stírání hranic mezi jednotlivými profesemi, některé kompetence jednotlivých členů jsou definované jasně. Právě proto se tato podkapitola bude velmi stručně věnovat náplni práce jednotlivých hlavních členů multidisciplinárního týmu. Tato kapitola navazuje částečně na kapitolu 3.2, ve které byli popsáni jednotliví členové multidisciplinárního týmu, a také na jednu z předchozích kapitol věnované potřebám pacientů a rodin v hospicové péči. Jak

už totiž bylo výše několikrát zmíněno, hospicová péče vychází ze specifických potřeb umírajících pacientů a pomocí multidisciplinární spolupráce se snaží tyto potřeby zajistit.

Lékař

Důležitou a nezbytnou roli v týmu zastává lékař. Ten hodnotí zdravotní stav pacienta, plánuje léčbu a dohlíží na poskytování péče o pacienta podle stanoveného léčebného plánu. V hospici se většinou jedná o léčbu bolesti, dušnosti, nevolnosti a jiných obtíží pacienta. Do lékařských kompetencí však spadá také informování pacienta a jeho rodiny o současném zdravotním stavu pacienta a jeho prognóze (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 6).

Zdravotní sestra

Zdravotní sestra poté realizuje lékařem stanovený plán péče. Kromě této úlohy je jejím dalším důležitým úkolem, aby předvíдалa případná rizika a snažila se jim zamezit tak, aby nevedla ke vzniku komplikací. Sestra tedy dohlíží na polohování pacienta, přiměřenou hydrataci a také kontroluje pacientovi fyziologické funkce. Kromě péče o biologickou stránku pacienta ve spolupráci s lékařem také komunikuje s pacientem a příbuznými a poskytuje jim psychickou, emocionální a sociální podporu (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 7).

Psycholog

Další neméně důležité činnosti, které přispívají k zajištění komplexní péče, vykonává psycholog. Ten zastává v zařízení také velmi důležitou funkci. Dobříková a kol. (2005, s. 209) zařazuje do náplně práce psychologa vedení psychologické dokumentace o pacientovi. Dále uvádí, že psycholog se setkává s pacientem a rodinou při vstupním pohovoru a také v některých případech vykonává psychodiagnostiku, následně pak vypracovává plán psychologické péče o pacienta. Kromě toho může hospicový psycholog také vykonávat individuální psychoterapii a také spolupracovat se sociálním pracovníkem a realizovat i skupinovou terapii, kterou lze využít například při práci s pozůstalými.

Duchovní / Pastorační pracovník

Jak již bylo zmíněno výše, u umírajících pacientů nabývá velké důležitosti také spirituální složka, což je hlavním důvodem toho, že součástí týmu je také pracovník, který je kvalifikovaný v oblasti duchovní péče, nebo také pastorační pracovník (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016, s. 9). V Hospici Milosrdných sestier, jak již bylo také jednou zmíněno, tuto úlohu zastává vrchní sestra. Ta je zároveň také řeholní sestrou.

Úkolem tohoto pracovníka není však jen hovořit s umírajícím o tématech týkajících se víry v Boha nebo svátostí, jak by se mohlo zdát na první pohled. Náplň práce pracovníka, který má na starosti péči o spirituální oblast člověka, je také doprovázení pacienta v jeho nemoci, utrpení a umírání. Pracovník zaměřující se na spirituální stránku tedy pomáhá umírajícímu zvládnout tuto nelehkou životní situaci včetně smrti, ale to vše s ohledem na pacientovu úroveň víry. Důležitým předpokladem dobré duchovní péče je totiž respekt k pacientově jedinečnosti (Opatrný, 1995, s. 5). Duchovní či pastorační pracovník se snaží citlivě mapovat a zjišťovat názory pacienta na náboženské a existenciální otázky a na základě toho se snaží identifikovat duchovní a existenciální zázemí pacienta a jeho rodiny. V případě zájmu pacienta případně zprostředkovává pracovník také kontakt s duchovními, kteří jsou blízcí víře pacienta. Rovněž je jeho úlohou také zajištění potřebných náboženských rituálů po pacientově úmrtí (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016. s. 9).

4 Sociální pracovník v hospicovém týmu

Závěr předchozí kapitoly byl stručně zaměřen na popis kompetencí a náplně práce jednotlivých profesí v multidisciplinárním hospicovém týmu. Z výčtu profesí byl vynechán sociální pracovník. Právě tomu je věnována tato samostatná kapitola. Cílem této kapitoly je uvést do tématu sociální práce v hospici, zmínit její specifika, role a náplň práce sociálního pracovníka v hospici a poskytnout stručný přehled k tomuto tématu. Zde bych chtěla odkázat na svou absolventskou práci, která se bude zabývat stejným tématem teoreticky a poskytne podrobnější popis témat týkajících se sociální práce v hospici.

4.1 Problém s vymezením sociální práce v hospici

Ze všech profesí, které se v hospici uplatňují, je právě sociální práce profesí nejméně vyhraněnou, nemá jasně definované kompetence. Právě to je jedním z hlavních důvodů toho, že se kompetence a náplň práce sociálních pracovníků v jednotlivých hospicích liší (Tomášková, Pazderková, 2010, s. 3). Toto tvrzení mohu opět doložit vlastní praxí. Jak již bylo zmiňováno výše, měla jsem možnost absolvovat odbornou praxi celkem ve dvou hospicích a opravdu měl v každém z nich sociální pracovník diametrálně odlišné postavení. V jednom z hospiců byl opravdu spíše administrativním pracovníkem, byl z celkového dění v hospici více odloučen a měl na starosti velké množství administrativních povinností, zatímco ve druhém případě, konkrétně v hospici v Trenčíně, byl plnohodnotným členem týmu.

Jedním z hlavních důvodů této do jisté míry stále přetrvávající nevyhraněnosti sociální práce v hospicové péči může být to, že hospicová péče se rozvíjela zejména z iniciativy zdravotnických profesí a bez účasti sociálních pracovníků. Právě díky tomu byly, a v některých případech stále ještě jsou, některé povinnosti, které by měl vykonávat sociální pracovník, suplovány zdravotníky. K této částečně stále přetrvávající nevyhraněnosti sociální práce v hospicovém prostředí přispívá také stále přetrvávající představa některých zdravotníků, pro které je sociální pracovník pouze úředníkem či administrativním pracovníkem (Svatošová, 2005, s. 204).

4.2 Specifika sociální práce v hospici

I přes onu stále přetrvávající nevyhraněnost profese sociální práce v hospicovém prostředí je již v dnešní době sociální pracovník nezbytnou součástí každého týmu poskytující paliativní péči (Dvořáčková, 2010, s. 16). Stejně jako na všechny ostatní stránky (biologickou, psychologickou a spirituální) má závažné onemocnění totiž významný dopad také na sociální stránku života pacienta i jeho rodiny (Jarkovská, Kabelka, Štěpánková, 2011, s. 333). Právě to je hlavním důvodem toho, proč by měl být nepostradatelnou součástí multidisciplinárního týmu právě také sociální pracovník.

Pacient i jeho rodina procházejí totiž velmi náročným obdobím, kdy se musí vyrovnávat s velkým množstvím ztrát ve všech oblastech lidského života, tedy i v oblasti sociální, ať už se jedná o ztrátu sociálního statusu pacienta, celkové snížení životní úrovně v pacientově rodině, ztrátu sociálních vazeb a v konečném důsledku i ztrátu života. **Právě proto je sociální práce v hospici především práce se ztrátami.** Sociální pracovník v hospici je mnohdy jednou z hlavních osob, které mohou pacienta i rodinu v tomto čase doprovázet a pomoci jim se s těmito ztrátami vyrovnat (Přidalová, 2010, s. 14).

Jak už bylo výše několikrát uvedeno, cílovou skupinou hospicové péče není nikdy pouze sám pacient, ale je jí také pacientova rodina, což platí stejně tak i pro samotného sociálního pracovníka. Toto tvrzení dokládá Macková (2015, s. 9). Ta uvádí, že „při práci s umírajícími se oblast zájmu sociálního pracovníka může velmi rychle měnit. Jednoho dne může být klientem sociálního pracovníka umírající a druhého dne se potřebnějším stává rodina umírajícího.“

Dalším důležitým specifikem je, že sociální pracovník v hospici sleduje stejný cíl jako všechny ostatní profese. V první řadě se snaží pomoci pacientům, aby dokázali nadále co nejplněji žít i se závažným onemocněním a našli nový způsob svého fungování. To vše by však měl činit s vědomím toho, že hlavní pacientovu těžkost, tedy závažné život ohrožující onemocnění, změnit nelze a pacient za nepříliš dlouhou dobu s největší pravděpodobností zemře (Přidalová, 2010, s. 14).

4.3 Role sociálního pracovníka v hospici

Již v předchozí kapitole věnované multidisciplinárnímu týmu bylo zmíněno, že je důležité, aby všechny profese znaly navzájem role všech ostatních profesí. Zdroje odborné literatury však přímo jednotlivé role sociálního pracovníka v hospici ve většině případů neuvádějí,

ale věnují se spíše náplni práce sociálního pracovníka, nebo, jak je tomu u většiny autorů, se zmiňují o sociální práci v hospici pouze velmi okrajově a věnují jí třeba jen krátký odstavec.

Přímo role sociálního pracovníka definuje Průšová (2015, s. 99). Ta se zaměřuje na sociálního pracovníka v paliativní péči a uvádí, že sociální pracovník zastává především roli **poradce (terapeuta)**. Tuto roli uplatňuje například tehdy, když pomáhá pacientovi a jeho rodině mapovat současnou sociální situaci související s nemocí a umíráním. Další uvedenou rolí je role sociálního pracovníka jako **pečovatele a zprostředkovatele služeb**. Sociální pracovník totiž v případě potřeby také pomáhá pacientovi a rodině zorientovat se v dostupných službách a usnadňuje komunikaci s úřady. Poslední rolí, kterou Průšová (2015, s. 99) uvádí, je role sociálního pracovníka jako **učitele**. Ta je uplatňována spíše v sociální práci s rodinnými příslušníky, kdy sociální pracovník pomáhá rodině v tom, aby se naučila samostatně fungovat i bez přítomnosti pacienta, pokud byl právě on tou osobou, která zařizovala spoustu důležitých záležitostí a rodina si s nimi v jeho nepřítomnosti neví rady.

Dále se o rolích sociálního pracovníka při práci s umírajícími zmiňuje Macková (2015, s. 11). Ta uvádí, že sociální pracovník vystupuje při práci s umírajícími a jejich rodinami v roli **naslouchajícího, doprovázejícího a poradce**.

Ve zkratce tedy lze uvést, že sociální pracovník při práci s umírajícími a jejich rodinami vystupuje v těchto následujících rolích:

- **Poradce a terapeut**
- **Pečovatel a zprostředkovatel služeb**
- **Učitel**
- **Naslouchající**
- **Doprovázející**

4.4 Náplň práce

Více než na role se někteří autoři zaměřují spíše na náplň práce sociálního pracovníka a jeho jednotlivé činnosti.

Příkladem může být například Přidalová (2006, s. 11-12), dle které sociální pracovník v hospici vykonává celou řadu činností. Jednou z nich je **informační a poradenská činnost**. Ta zahrnuje informování přijatých pacientů a zájemců o specifikách hospicové péče, oznámení žadatelům, zda pacient byl, nebo nebyl do hospice

přijít a v případě nepřijetí také poradenskou činnost ohledně možností využití dalších sociálních služeb či zdravotnických zařízení v daném regionu.

Další uvedenou činností je dle Přidalové (2006, s. 12) **kontakt s pacientem a jeho rodinou**. Tato činnost by měla být na programu dne sociálního pracovníka nejčastěji ze všech činností. Ve většině případů tomu však tak není právě kvůli zahlcení sociálních pracovníků velkým množstvím administrativních povinností.

Při kontaktu s rodinou by pak sociální pracovník měl sledovat dva záměry. Měl by v první řadě nabízet podporu pacientovi a jeho rodině v této velmi složité životní situaci a zaujímat empatický, chápající a nesoudící postoj. Dále by měl podporovat rodinu také v tom, aby využila společný čas s pacientem k urovnání všech křivd, které nebyly ještě odpuštěny, a slov, která nebyla vyslovena. Při těchto rozhovorech s pacientem a s rodinou, vedených za cílem podpořit pacienta a snažit se usnadnit jemu i rodině celý proces umírání, lze využít i prvky některých původně terapeutických přístupů, jako je logoterapie nebo Rogersův přístup zaměřený na člověka (Přidalová, 2006, s. 12).

Druhým záměrem sociálního pracovníka, který by měl při práci s pacientem a jeho rodinou sledovat, by mělo být posouzení konkrétních problémů a potřeb nemocného a jeho rodinných příslušníků. Sociální pracovník by tedy například měl v případě potřeby zhodnotit finanční situaci pacienta a jeho rodiny nebo také zprostředkovat kontakty s úřady. Dále by měl určitou pozornost věnovat také tomu, jak pacient tráví svůj volný čas, a případně hledat způsoby, jak by ho mohl vhodně naplnit. Pokud jsou pacient i rodina ve fázi smíření, tedy již akceptovali skutečnost, že jejich blízký umírá, mohou se vyskytnout další specifické potřeby, jako je sepsání závěti nebo převod majetku. I u samotného pacienta, pokud je rovněž s celou situací smířený, může vzniknout potřeba sdělit rodině svá přání ohledně pohřbu nebo místa pochování (Přidalová, 2006, s. 12).

Dle Přidalové (2006, s. 13) je pak další činností **péče o pozůstalé**. V hospicovém prostředí tato činnost spočívá zejména v organizování každoročních střetnutí pozůstalých nebo také organizaci svépomocných skupin, ale také v poskytování poradenství ohledně úmrtních listů, pohřbu a jiných potřebných záležitostí.

Sociální pracovník má také dle Přidalové (2006, s. 13) na starosti **práci s dobrovolníky**. Tato činnost by měla spočívat především v jejich koordinaci. Z vlastní zkušenosti však lze doplnit, že konkrétně v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně tuto činnost nevykonával sociální pracovník, ale psycholog.

Nedílnou součástí náplně práce sociálního pracovníka by měla být také **spolupráce s ostatními členy týmu**. Sociální pracovník by měl spolupracovat s ostatními profesemi

zejména na multidisciplinárních poradách, viz předchozí kapitola. Další zmiňovanou činností je pak **administrativa**. Právě tato činnost mnohdy sociálním pracovníkům zabírá velkou část pracovní doby, kterou by mohli věnovat činnostem více podstatným. Sociální pracovníci jsou mnohdy totiž zatěžováni administrativními úkony navíc, jako např. evidencí plateb za pobyt, odesílání lékařských zpráv a jiných zbytečně zatěžujících povinností. Zbytečné zahlcení administrativními povinnostmi navíc pomáhá udržovat stereotyp, že „sociální pracovník = úředník“ (Přidalová, 2006, s. 15).

Průšová (2015, s. 99) pak navíc uvádí i některé další činnosti. Mezi ně patří například **sociálně-právní poradenství**, prostřednictvím kterého pomáhá případně některým členům rodiny řešit vyskytující se sociálně-patologické chování, nebo také vyhledávat ty členy, rodiny, se kterými pacient není v kontaktu. Případně také sociální pracovník pomáhá pacientovi s jeho finančním zajištěním a snaží se mu pomoci uplatnit nároky na různé dávky. V českém prostředí se jedná nejčastěji o příspěvek na péči (Průšová, 2015, s. 102-103). Z vlastního pozorování však doplňuji, že v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně většinou toto poradenství spočívalo v spíše v pomoci pacientovi se zařízením důchodu, ať už starobního, nebo invalidního. Příspěvek na péči, jak jsem během praxe zjistila, na Slovensku nemají.

Poslední činností vykonávanou v hospici rovněž sociálním pracovníkem je **poskytování psychosociální podpory**. Hospicový sociální pracovník pomáhá pacientovi a případně i jeho okolí vyrovnat se s blížící se smrtí, a i přes tuto nepříznivou životní událost udržet co nejvyšší možnou kvalitu pacientova života. K té může přispět tak, že bude mapovat a zjišťovat přání pacienta a pokud jsou reálná, právě on bude tím, kdo se tato přání bude snažit pro pacienta zrealizovat. Dále je také jeho velmi důležitým úkolem, aby se snažil předejít sociální izolaci pacienta, která by mohla být způsobena pobytem v zařízení (Průšová, 2015, s. 102-103).

Z výše zmíněných činností a rolí sociálního pracovníka, které popisuje odborná literatura, vyplývá, že sociální pracovník v hospici má mnohem větší potenciál než pouhé plnění administrativních povinností. Ze své vlastní zkušenosti z praxe z jednoho z českých hospiců mám poznatek, že sociální pracovník byl skutečně zahlcen administrativou a na kontakt s pacienty neměl příliš času. Proto byl výzkum, který bude následovat, proveden v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně, ten je příkladem dobré praxe. Pokusím se poukázat také na to, jak obrovský potenciál má v hospicové péči sociální práce.

5 Metodologie výzkumu

Teoretická část stručně popsala, jak se odborná, zejména česká a slovenská, literatura vyjadřuje k tématům, jako je multidisciplinární spolupráce a sociální práce v hospicovém týmu. Na svých praxích jsem však vyzorovala, že ne vždy výše zmíněný popis odpovídá realitě. Jak jsem již zmínila v úvodu této práce, vycházím ze zkušeností z odborné praxe ze dvou v hospiců, ve kterých se jak multidisciplinární spolupráce, tak sociální práce v hospici velmi lišila.

Celý výzkum je rozdělen na dvě části. První část se věnuje multidisciplinárnímu týmu v daném hospici a zkoumá tento tým jako celek. Druhá se zaměřuje již konkrétně na to, jaké role v multidisciplinárním týmu zastává sociální pracovník. Důvod rozdělení výzkumu na dvě části je ten, že během praxe jsem sledovala, že **sociální pracovník je jen jednou částí celého multidisciplinárního týmu a bez pochopení toho, jak funguje celý tým jako celek, nelze tak snadno hovořit o rolích sociálního pracovníka v daném hospici.**

5.1 Výzkumný cíl a výzkumná otázka

Výzkum, který byl proveden v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně, sledoval dva hlavní cíle. V první části věnované multidisciplinární spolupráci bylo cílem výzkumu **zjistit, jak a díky jakým faktorům v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně funguje multidisciplinární spolupráce**, a v druhé části výzkumu zaměřené již na sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu bylo hlavním cílem **zjistit, jakou roli v multidisciplinárním týmu zastává sociální pracovník a jak vnímají jednotliví členové týmu důležitost této profese.**

Z výše zmíněných hlavních cílů výzkumu pak lze vymezit hlavní výzkumnou otázku. Jelikož byl výzkum rozdělen na dvě části, pro každou část byla vymezena samostatná hlavní výzkumná otázka. Hlavní výzkumné otázky pro jednotlivé části zněly takto:

- **Jak a díky čemu v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně funguje multidisciplinární spolupráce?**
- **Jakou roli v multidisciplinárním týmu zastává sociální pracovník a jak vnímají jednotliví členové důležitost této profese?**

5.2 Popis zvolené výzkumné metody

Pro tento výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Strauss a Corbinová (1999, s. 10) definují kvalitativní výzkum jako „jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“. Tato výzkumná metoda je tedy vhodná zejména pro výzkumníky zkoumající například životy lidí, příběhy, či chod různých organizací.

I pro tento výzkum se jevila tato výzkumná metoda jako přijatelnější a to proto, že cílem výzkumu není získat statistické údaje, jak vyplývá z definice výše, ale spíše pochopit fungování multidisciplinárního týmu a roli sociálního pracovníka v konkrétním zařízení a také zkoumat, jak jsou respondenty tato dvě témata vnímána.

Kvalitativní výzkum pak probíhá tak, že nejprve je stanoveno téma výzkumu a následně jednotlivé výzkumné otázky. Ty však lze v průběhu výzkumu upravovat či doplňovat. Po sesbírání dat dochází k jejich analýze, v průběhu níž je důležité zanalyzovat všechny informace vedoucí k zodpovězení výzkumných otázek (Hendl, 2005, s. 50). Obdobný byl i postup u tohoto výzkumu, i když v jeho průběhu již nedošlo k úpravě otázek.

5.3 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumnou populací tohoto výzkumu byli zástupci jednotlivých profesí z multidisciplinárního týmu Hospice Milosrdných sestier v Trenčíně. Jednotliví respondenti pak byli vybíráni nenáhodným účelovým výběrem. Dle Vojtíška (2012, s. 20) se jedná o výběr vedený výhradně záměrem výzkumníka. Právě výzkumník vybírá ty respondenty, kteří by nejlépe odpovídali potřebám daného výzkumu. Tento výběr výzkumného vzorku je typický zejména právě pro kvalitativní metodu.

Nevýhodou tohoto výběru výzkumné populace je však jeho nízká reprezentativita, tedy nízká zobecnitelnost výsledků. Nepředpokládá se, že by se výsledky zkoumání daly automaticky vztáhnout i na objekty, které nebyly přímo spojeny s výzkumem (Reichel, 2009, s. 69-83). To však nebylo pro tento výzkum překážkou, protože jeho cílem bylo spíše poukázat na příklad dobré a fungující praxe než dojít k závěrům, které by byly zobecnitelné pro všechny hospicové týmy a jejich sociální pracovníky.

Před vybíráním jednotlivých respondentů byla stanovena podmínka, aby celý výzkum probíhal interdisciplinárně, tedy, aby ve výzkumné populaci byly zastoupeny

všechny hlavní profese z multidisciplinárního týmu. Výzkumu se nakonec účastnilo celkem 10 respondentů a jednotlivé profese zde byly zastoupeny takto:

- 2 lékaři
- 1 vrchní sestra
- 2 zdravotní sestry
- 2 ošetřovatelé
- 2 sociální pracovníci
- 1 psycholog.

5.4 Technika sběru dat

Jako technika sběru dat byl pro tento výzkum zvolen polostrukturovaný rozhovor. Dle Miovského (2006, s. 159) se jedná o ten typ rozhovoru, kdy si výzkumník připraví určité schéma, které specifikuje okruhy otázek a je pro výzkumníka závazné. Je však možné zaměňovat pořadí jednotlivých okruhů, aby bylo z rozhovoru výtěženo co nejvíce informací. V průběhu rozhovoru je také možné pokládat respondentům doplňující otázky, které se v danou chvíli zdají důležité pro získání dat k naplnění cíle.

Polostrukturovaný rozhovor se pro tento výzkum jevil přijatelnější než rozhovor strukturovaný, který musí mít jasně formulované otázky a také jasně dané jejich pořadí (Miovský, 2006, s. 160). Právě proto se jevil polostrukturovaný rozhovor jako vhodnější, protože celý rozhovor pak působil více přirozeně a bylo možné pokládat doplňující otázky a měnit pořadí připravených otázek. Také se v některých případech stávalo, že již v první části výzkumu respondenti zmínili některé informace vhodné k naplnění výzkumného cíle ve druhé části, poté bylo možné otázku i vynechat.

Jednotlivé otázky vycházely z předem nastudovaných zdrojů odborné literatury týkajících se multidisciplinární spolupráce v hospici a také hospicové sociální práce. Důležité je také zmínit, že jelikož do výzkumu byli zahrnuti také samotní sociální pracovníci, bylo nutné pro ně samotné některé otázky trochu pozměnit, viz níže. Nakonec byly pro výzkum vytvořeny tyto otázky, které byly poté respondentům pokládány:

1. část: Multidisciplinární týmová spolupráce

- *Mohl/a byste popsat, jak funguje spolupráce mezi jednotlivými profesemi ve vašem MDT? Jak je vůbec možné, aby tolik profesí navzájem spolupracovalo?*

- *Kým a jakým způsobem jsou posuzovány pacienti potřeby?*
- *Mohl/a byste uvést, v jakých situacích se týmová spolupráce osvědčila?*
- *Mohl/a byste uvést, kdy se naopak neosvědčila/ byla nedostatečná?*
- *Myslíte, že mají jednotlivé profese v týmu jasně stanovené a definované hranice, nebo že se někdy naopak prolínají?*

2. část: Sociální pracovník jako člen týmu

- *Mohl/a byste popsat, v jakých konkrétních situacích vstupuje do spolupráce v týmu sociální pracovník?*
- *Jaké jsou podle Vás hlavní a nejdůležitější činnosti, které sociální pracovník vykonává?*
- *Jak vnímáte důležitost této profese v hospicové péči?*
- *V jakých situacích se sociálním pracovníkem spolupracujete přímo Vy?/ Pro SP: V jakých situacích spolupracujete s ostatními profesemi?*
- *Mohl/a byste uvést, v jakých situacích se Vaše spolupráce se sociálním pracovníkem osvědčila?/ Pro SP: Mohl/a byste uvést, v jakých situacích se Vaše spolupráce s ostatními profesemi osvědčila?*
- *Mohl/a byste uvést, kdy se naopak neosvědčila, nebo byla náročná?*

5.5 Analýza rozhovorů

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a poté přepsány pomocí doslovné transkripce. Dle Hendla (2005, s. 208) se jedná o proces, kdy dochází k převodu nahraného projevu do písemné podoby.

Jelikož celý výzkum probíhal na Slovensku a výpovědi respondentů byly ve slovenském jazyce, v průběhu transkripce byl rozhovor rovnou překládán do češtiny. Nezvyšovalo to však dle mého názoru nijak zásadně náročnost přepisu.

Přepsané rozhovory byly poté vloženy do programu MAXQDA. V něm byla provedena analýza všech rozhovorů. Jednotlivé rozhovory byly analyzovány pomocí otevřeného, deskriptivního kódování, které Strauss a Corbinová (1999, s. 42) definují jako „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“

V průběhu analýzy rozhovorů do tohoto výzkumu tedy nejprve byla všechna důležitá tvrzení označena různými kódy, které poté, pokud to bylo možné, byly rozčleněny do jednotlivých kategorií.

5.6 Etické aspekty výzkumu

V průběhu výzkumu byl brán ohled také na některé etické aspekty a pravidla výzkumu. Ty popisuje například Miovský (2006, s. 280), který jako jeden z důležitých etických aspektů výzkumu uvádí informovaný souhlas. Důležité je, aby účast na výzkumu byla dobrovolná a potenciální respondenti byli informováni o tom, na co budou výsledky výzkumu použity.

Konkrétně pro tento výzkum byl informovaný souhlas respondentů udělen ústní formou. Potenciální respondenti byli vždy nejprve osloveni, bylo jim vysvětleno, jaký výzkum budu v zařízení provádět a následně pak byli požádáni, zda by neměli zájem se výzkumu účastnit. Dále byli také respondenti dotázáni, zda jim nevadí, že bude rozhovor nahráván na diktafon, žádný z respondentů toto nahrávání neodmítl. Následně bylo také respondentům vysvětleno, že rozhovory budou poté přepsány a v této bakalářské práci se objeví pouze úryvky z některých rozhovorů, u kterých však bude zachována anonymita respondentů.

S tím souvisí další důležitý aspekt uváděný Miovským (2006, s. 280). Je jím ochrana soukromí a osobních údajů všech účastníků výzkumu. Zde je důležité, aby výzkumné údaje byly anonymní a nebylo možné nijak identifikovat jedince, který se výzkumu účastnil.

Právě kvůli ochraně soukromí respondentů byli respondenti označeni jako Respondent/ka 1-10. Jedinou nevýhodou je, že z některých výpovědí lze identifikovat profesi daného respondenta, ale o této skutečnosti byli respondenti informováni.

Stejně tak bylo důležité ochránit i osobní údaje pacientů. Pokud se ve výpovědích objevilo jméno nějakého pacienta, pro zachování anonymity bylo jeho jméno změněno.

6 Interpretace výsledků výzkumu

Díky otevřenosti respondentů se podařilo z rozhovorů získat opravdu velké množství informací. Následující kapitola však bude prezentovat pouze ta zjištění, která souvisí s hlavními cíli a otázkami výzkumu. Celá interpretace výsledků výzkumu bude rozdělena na dvě části. V první části interpretace budou interpretována data, která souvisela s multidisciplinární spoluprací, a druhá část výzkumu se bude věnovat samotnému sociálnímu pracovníkovi v multidisciplinárním týmu a představí, v jakých případech vstupuje do spolupráce.

6.1 Multidisciplinární spolupráce v hospici

Jak bylo již zmíněno výše, výzkum byl rozdělen na dvě části. První část výzkumu se věnovala multidisciplinární spoluprací, a měla za cíl zjistit, jak a díky jakým faktorům multidisciplinární spolupráce v Hospici Milosrdných sester funguje. Na následujících řádcích tedy budou prezentovány zjištěné poznatky.

6.1.1 Nezbytnost spolupráce v multidisciplinárním týmu

V první části rozhovorů zaměřené na multidisciplinární spoluprací respondenti často kladli velký důraz na to, že multidisciplinární spolupráce je v hospici nezbytná a role každého člena multidisciplinárního týmu je nezastupitelná.

„To je jako bychom jeli v nějakém autě a měli bychom defekt na jednom kole, tak prostě to auto už nedojede do cíle... každý je úplně důležitý bez ohledu na to vzdělání a na tu odbornost. A někdy to tak i obdivuji, jak ty jednotlivé profese v té své oblasti umí pomáhat, a je to úžasné ta spolupráce.“ (Respondentka 2)

Toto tvrzení se objevovalo opravdu ve většině výpovědí, i přestože respondentům nebyla položena konkrétní otázka týkající se důležitosti multidisciplinární spolupráce a jednotlivých profesí v týmu. Tato otázka však pomohla již předem zodpovědět otázku z druhé části rozhovoru týkající se důležitosti sociální práce v hospici. Respondenti uváděli, že každý člen týmu je důležitý, tedy i sociální pracovník. Otázka týkající se

důležitosti sociální práce v hospici sice byla položena poté respondentům znovu, ale výpovědi respondentů byly totožné, jako výpovědi v této části rozhovoru.

Hlavním uváděným důvodem toho, proč je multidisciplinární spolupráce v hospicové péči tak důležitá, byla nutnost zajištění komplexní péče o pacienta. Ta by dle výpovědí respondentů nebyla realizovatelná v případě absence kterékoli profese. Za zvlášť zásadní respondenti považovali, aby potřeby pacientů byly uspokojovány ve všech rovinách, ať už se jedná o oblast biologickou, psychologickou, sociální nebo spirituální. **Všechny tyto oblasti se dle respondentů vzájemně prolínají a diskomfort v jedné z nich způsobuje problémy ve všech dalších. V některých případech může být právě oblast sociální, psychologická nebo spirituální mnohem důležitější než na první pohled nejdůležitější medicínská oblast.**

I respondenti, kteří hovořili z pozice lékaře, uvedli, že mnohdy ani dobře podchycená lékařská péče nemusí být nutně zárukou pokojného umírání pacienta a někdy je potřeba příčinu problému hledat v jiných oblastech než právě v oblasti medicínské.

„... fakt to vidím jako nezbytnost... když máme člověku poskytovat tu celkovou péči... protože člověk není jen ta jedna oblast – zdravotnická, zvlášť tu to tak vidíme, že tu jsou mnohdy důležitější i ty úplně jiné oblasti, jako je sociální, duchovní, nebo i ta psychologická, mnohem důležitější nebo velmi úzce spojené s tím tělesným stavem...“ (Respondentka 3)

„Výhodné je to v tom, že ty potřeby se vzájemně prolínají, že například, pokud si my neumíme s něčím poradit, mnohé se dá vysvětlit z psychologického hlediska, nebo z toho sociálního hlediska... pokud pacient není nějak smířený, s rodinou, nebo duchovně, to umírání je potom horší a i nám to potom hodně vysvětlí. Když jsou i nějaké zdravotní problémy, s kterými my neumíme pracovat, neumíme si je vysvětlit, tak tím, že se dozvíme nějaký jiný náhled od jiného člověka, tak nám to hodně pomůže... častokrát se teda stává, že ta sociální stránka i ta psychologická mají velký vliv na průběh toho onemocnění.“ (Respondentka 1)

6.1.2 Příležitosti ke spolupráci

Jedna z prvních otázek, která byla respondentům pokládána, se týkala toho, jak spolupráce mezi jednotlivými profesemi funguje a při jakých příležitostech se jednotlivé profese střetávají a spolupracují. **Z výpovědí respondentů vyplynulo, že multidisciplinární tým v hospici spolupracuje denně a setkává se při těchto níže zmíněných příležitostech.**

Pravidelné porady týmu

Jako hlavní nástroj komunikace v multidisciplinárním týmu byla všemi respondenty označována pravidelná sezení celého týmu, tzv. velké sedánky. Celý multidisciplinární tým se zde střetává vždy jednou týdně. Na této velké poradě jsou přítomni zástupci všech profesí a hovoří se zde o každém pacientovi z hlediska medicínského, ošetrovatelského, psychologického, sociálního a také spirituálního.

„Na tom střetnutí jednou týdně se vlastně vyjadřuje ke každému pacientovi lékař o tom zdravotním stavu, zdravotní sestra z té ošetrovatelské stránky, psycholog, sociální pracovník a řeholní sestra, která má na starosti tu duchovní oblast. Ale v podstatě se vyjadřujeme tak, že každý, kdo něco ví, nebo něco zjistil, se může vyjádřit.“ (Respondentka 9)

Všichni respondenti se zároveň vyjadřovali také k přínosu těchto multidisciplinárních porad. Hodnotili je velmi kladně. Velká část respondentů zmínila, že právě tato pravidelná střetnutí umožňují všem pracovníkům hospice pacienta lépe poznat a pohlížet na něj komplexně. Tyto velké multidisciplinární porady také slouží k ucelení týmu a jsou dobrým nástrojem pro předávání informací mezi jednotlivými profesemi.

„... díky té vzájemné komunikaci, která probíhá teda hlavně na těch velkých sezeních... multidisciplinárních... tak ono nám to vlastně pomáhá i si vytvořit takový komplexní obraz o tom pacientovi, abychom věděli opravdu, co potřebuje nejen po té biologické, ale po všech těch stránkách, které lidská osobnost vlastně zahrnuje...“ (Respondentka 2)

„... já se v první řadě zaměřuji na to zdravotní hledisko, takže já se zaměřuji na choroby, anamnézu. Ale... začnu ho vnímat jako celek, když mi sociální pracovnice poví to jeho sociální pozadí, rodinné... a do toho nám psycholog poví, že je takový a takový, deprese, úzkosti, organický psychosyndrom. A teď všechno to vyskládáme jako takovou mozaiku a od té doby se na toho člověka díváme jako na celek. Najednou se ten člověk, když jsem se na něj dívala přes diagnózu, tak ho najednou vnímám komplexně.“ (Respondentka 4)

Jedna z respondentek, která v zařízení působí již delší dobu a pamatuje si období, kdy byla tato pravidelná sezení v hospicovém týmu zaváděna, uvedla, že prosazení těchto velkých „sedánek“ bylo se ze začátku poměrně náročné a jejich zavedení se zdálo časově nepřekonatelné. I přes počáteční obavy však zavedení těchto pravidelných střetnutí přineslo pozitivní výsledky. To dokládají i již výše zmíněné pozitivní ohlasy respondentů.

„... i když ze začátku to tak zavést takový ten způsob těch úterkových „sedánek“, kde se vlastně každý vyjádří z toho svého pohledu, z těch jednotlivých profesí ke každému pacientovi, se zdálo ze začátku takové velmi časově nepřekonatelné a velmi náročné, ale myslím si, že to přineslo svoje ovoce... že se to tak zaběhlo do praxe...“ (Respondentka 3)

Ve výpovědích také bylo několika respondenty okrajově zmíněno, že kromě těchto velkých úterních střetnutí se zástupci jednotlivých profesí schází i každý den ráno při předávání noční služby, jen již v menším počtu než na „velké sedánce“. Zde se již neschází celý multidisciplinární tým z obou dvou oddělení, jak je tomu na velkých multidisciplinárních poradách, ale každé oddělení se schází samostatně. Díky těmto menším střetnutím mohou jednotliví pracovníci denně konzultovat i ostatní pacienty, kteří jsou v hospici řádově pár dní a jejich situaci není možné komplexně zhodnotit na „velké sedánce“.

Spolupráce týmu v průběhu celé hospitalizace pacienta

I když všichni respondenti v rozhovorech hovořili nejvíce právě o multidisciplinárních poradách, na kterých je dle jejich názoru multidisciplinární spolupráce asi nejvíce uplatňovaná, někteří respondenti se zmínili i o dalších příležitostech, ve kterých se dá

hovořit o multidisciplinární spolupráci. **Komunikace mezi jednotlivými profesemi musí též, jak bylo v rozhovorech zmíněno, probíhat i v průběhu celé hospitalizace jednotlivých pacientů, a to od období před přijetím pacienta až do jeho úmrtí.**

Spolupráce mezi různými profesemi v týmu začíná již v období před samotným přijetím pacienta do hospice, kdy lékař, vrchní sestra a sociální pracovník rozhodují o tom, zda je pacient vhodný (indikovaný) k přijetí.

*„... střetáváme se při výběru pacientů s vrchní sestrou a s lékařem, takže už tehdy začíná ta spolupráce při pacientovi, při výběru pacienta. Vlastně lékař posoudí indikaci k přijetí, vrchní sestra jestli máme volné místo, my se případně ptáme už na tu sociální situaci, kterou má pacient.“
(Respondentka 9)*

Poté, kdy je rozhodnuto, že pacient je vhodný k přijetí do hospice, se multidisciplinární tým střetává znovu při příjmu pacienta. Při této příležitosti jsou v různém rozsahu přítomní zástupci všech profesí multidisciplinárního týmu a navzájem se doplňují dle kompetencí jednotlivých členů týmu. Pokud se při příjmu vyskytne náročná situace, jednotliví pracovníci jsou si navzájem oporou a řeší situaci společně.

„... podle mě je spolupráce už při příjmu, kde spolupracuje celý tým. Vlastně pacient je přijatý na pokoj, na lůžko a při tom příjmu je přítomný lékař, sestra, ošetřovatelé, sociální pracovník – sociální sestra tedy u nás, psycholog, případně je přizvaný tedy duchovní, pokud se to dá hned v té chvíli zabezpečit.“ (Respondentka 5)

Ani poté, co je pacient do hospice přijat, spolupráce mezi jednotlivými profesemi nekončí. Lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelé jsou v kontaktu neustále v průběhu celé hospitalizace pacienta. Ostatní profese, jako je psycholog nebo sociální pracovník, vstupují do spolupráce dle potřeby. Respondenti však k této části hospitalizace pacienta neuvedli žádné konkrétní situace, ve kterých se multidisciplinární spolupráce uplatňuje.

„V průběhu dne? Ano... to je asi hlavně podle situací, no že... tak jasně že zdravotní sestry nebo ošetřovatelé spolu stále spolupracují, s doktorkou,

tedy hlavně a s vedoucí sestrou, a potom už ten sociální pracovník, psycholog, to už je podle potřeby...“ (Respondentka 1)

6.1.3 Způsob posuzování potřeb pacientů

Další otázka pak byla zacílena na to, jak jsou v týmu posuzovány potřeby jednotlivých pacientů. Zde se všichni respondenti shodli na tom, že není v praxi reálné, aby se každá profese zaměřovala jen výhradně na tu danou oblast potřeb pacienta, se kterou pracuje. Každá profese se sice primárně zaměřuje výhradně tu oblast potřeb pacienta, která souvisí s jeho činností, ale v některých situacích je potřebné, aby měla informace i o potřebách z ostatních rovin pacientova života.

Zároveň také v rozhovorech s pacientem či rodinou každý člen týmu zjišťuje potřeby i z jiných oblastí, než je oblast, na kterou se daný člen týmu primárně zaměřuje. V této fázi je pak důležité předat informace tomu členovi týmu, který má kompetence se daným potřebám věnovat, viz následující podkapitola.

„Ono se to asi nedá tak přesně oddělit. V té běžné práci je to takové, že se to velmi prolíná, si myslím. Protože někdy může i sociálnímu pracovníkovi pacient říci, že má bolesti, což je vlastně fyzická věc, nebo psychická, nebo duchovní, že při tom rozhovoru se sociálním pracovníkem se může dozvědět o problému a potřebě, která se týká úplně jiné oblasti, takže si myslím, že se to hodně prolíná.“ (Respondentka 3)

„... když mám někdy čas být s pacientem, tak vyjádří nejen to, co má dělat ošetřovatel, ty základní věci. Tak se to snažíme potom i dál posunout a potom zase, když to například není v kompetencích ošetřovatele, tak to můžeme i dále posunout tomu sociálnímu pracovníkovi, nebo psychologovi, nebo sestře, lékaři a oni už s tím potom mohou pracovat.“ (Respondentka 6)

Někteří respondenti také zmínili důvod, proč by nebylo dobré jednotlivé potřeby striktně oddělovat. Důvodem, který se ve výpovědích objevil vícekrát, je dle respondentů to, že pacienti si většinou vybírají jednoho člověka v týmu. S tímto člověkem naváží vztah

důvěry a svěřují mu více informací než jiným pracovníkům, a to bez ohledu na jeho povolání.

*„... každý ten pacient si vybere někoho, komu se více svěřuje, že nepoví určité věci všem, ale on si vybere takového důvěryhodného člověka, se kterým se podělí o určité věci... tak my si to už potom tak předáváme, když po něčem touží, tak když se to dá, tak to povíme dále, té sociální pracovníci, aby koupila, nebo té vrchní sestře, tak předáváme si informace...“
(Respondentka 7)*

6.1.4 Hranice jednotlivých profesí

Stejně jako se částečně prolíná posuzování potřeb v týmu, tak se prolínají hranice mezi jednotlivými profesemi. Respondenti byli dotázáni na to, zda jsou hranice v týmu striktně odděleny, nebo se hranice vzájemně prolínají. Zde se všichni respondenti shodli na tom, že hranice v týmu opravdu nejsou striktně odděleny, a zároveň zmínili, že jelikož mají všichni stejný pracovní oděv, ani sami příbuzní a pacienti rozdíly mezi nimi mnohdy nerozlišují. Toto stírání hranic však několik respondentů považovalo za přínosné a potřebné.

„Souhlasím, někdy se to tu stírá a je to důležité a je to potřebné. Já jsem si sama uvědomila, že sama, kdybych se tu postavila do pozice jako sestra a dělala si jen práci sestry, nic nedokážu, absolutně nic.“ (Respondentka 4)

Příkladem mohou být zdravotní sestry, u kterých je toto stírání hranic mezi profesemi nejvíce patrné. Sestry, které jsou jako jediné v zařízení 24 hodin denně, musí v nepřítomnosti ostatních profesí částečně tyto profese zastoupit.

„V těch takových hlavních věcech je to tak dané, že každý víme, kdo má jaké povinnosti. Ale když si chce například rodina o něčem povídat, tak jim zdravotní sestra nepoví: „Přijďte v pondělí, protože tu není sociální pracovníce.“ Že i ona se s nimi pobaví.“ (Respondentka 9)

To, že nejsou v týmu striktně vymezeny hranice jednotlivých profesí, někteří respondenti také považovali za přínosné pro vytváření vztahu s pacientem. Například i jedna

z respondentek uvedla, že v některých případech ráda sleví ze své profesionality a například pomůže pacientovi při podávání tekutin, i když tato činnost nespadá do jejích kompetencí. Díky tomu má však příležitost si vytvořit s pacientem hlubší vztah, než kdyby se držela striktně jen profesionální role.

„... co se týká té péče, jakože podat vodu nebo tak, tak pro nás je to též takové něco navíc, takový bonus, protože... i když to vezme člověk z takového lidského hlediska, tak spíš máte pocit, i z pohledu toho pacienta, že vám je ten člověk bližší, když vám podá vodu, než když vám naordinuje nějaké léky...“ (Respondentka 1)

6.1.5 Předpoklady dobrého fungování týmu

Respondenti v průběhu rozhovoru zmínili také některé důležité předpoklady, díky kterým spolupráce v daném týmu funguje, a přikládali jim velký význam. Pro dobrou týmovou spolupráci je dle respondentů nejdůležitější, aby si členové týmu navzájem předávali průběžně informace a byli k sobě otevření.

Průběžné předávání informací

Několika respondenty byla zdůrazněna důležitost vzájemné komunikace mezi jednotlivými profesemi v průběhu celé hospitalizace pacienta. Pokud jeden člen týmu získá nějaké informace, ať už se jedná o informace o pacientovi, jeho potřebách, nebo jeho rodině, je velmi důležité, aby tyto informace průběžně předával ostatním kolegům. Jak bylo také uvedeno jednou z respondentek, mezi pracovníky hospice probíhají neustále vzájemné interakce a neustále dochází k vzájemnému doplňování informací.

„Je to o tom, že si všechno o tom pacientovi říkáme, každý postřeh... stále si odevzdáváme informace v průběhu celé směny o pacientovi, jak, kdo, co, když vešel na pokoj, viděl a vnímal, nebo co příbuzní řekli, když přišli, když si jim někdo postěžoval, a my jí objektivně povíme, jak to je. Stále je tu spousta takových věcí a je to o komunikaci i o té interakci, vzájemně si spolu pomáhat.“ (Respondentka 4)

Otevřenost a pokora členů týmu

Pro dobrou komunikaci a správné uplatnění multidisciplinární spolupráce je také dále dle některých respondentů důležitá vzájemná otevřenost a také pokora jednotlivých pracovníků vůči sobě navzájem. Právě v tomto konkrétním týmu má každý člen možnost vyjádřit svůj názor, i když se ho daná oblast přímo netýká. Na druhou stranu by měl být každý pracovník otevřený k tomu přijmout názor odborníka z jiné oblasti. Tato otevřenost jednotlivých pracovníků týmů je dle jedné z respondentek jedním z hlavních důvodů, proč multidisciplinární spolupráce v Hospici Milosrdných sester funguje.

„Je to asi i tou otevřeností lidí, kteří tu pracují. V každém tom oboru by mohl být člověk, který by neměl zájem spolupracovat... a neinformoval by. Je to určitým způsobem o takové pokoře, že přiznat si, že nejsem ten nejmoudřejší, a když mám informaci z té jiné oblasti, tak ji poskytnu tomu člověku, protože nám jde o to společné dobro pro pacienta. Takže nekopeme si na tom svém písečku, že každý si řešíme to svoje, ale že přijmeme teda i tu informaci i od odborníka z jiné oblasti, i když se ho to přímo netýká...“
(Respondentka 2)

6.1.6 Konkrétní příklady osvědčené/nedostatečné spolupráce

Respondenti byli dále také požádáni, aby uvedli konkrétní případy, ve kterých se multidisciplinární spolupráce osvědčila.

I přesto, že příklady, které respondenti uváděli, se ve většině případů týkaly pokaždé jiného pacienta, lze mezi nimi hledat určitou podobnost. V příbězích respondentů se totiž opakovala tato tři ústřední témata: prvním tématem bylo **komplexní uspokojování potřeb pacienta**, druhým častým tématem bylo **smíření pacienta** (ve většině případů smíření pacienta s rodinou) a třetím tématem, které se objevovalo, bylo **vyřešení finančních záležitostí pacienta**.

Komplexní uspokojování potřeb pacienta

První téma se týkalo komplexního uspokojování potřeb pacienta. V tomto případě několik respondentů zmínilo téhož pacienta.

Jednalo se o pana Ondřeje. Ten přišel do hospice ve velmi špatném zdravotním stavu. Díky dobře nastavené léčbě se ale jeho zdravotní stav podařilo stabilizovat a pacient mohl být po lékařské stránce ze zařízení propuštěn. Díky sociální pracovníci se však podařilo zjistit, že má pacient velmi špatné sociální zázemí a mohl by skončit na ulici, nakonec bylo pacientovi umožněno, aby v hospici zůstal.

„ ... v podstatě po lékařské stránce to byl pacient, který mohl být propuštěný domů, ale právě i díky té zpětné vazbě od sociálního pracovníka jsme usoudili, že by tu zůstat měl, že jsme věděli, že má zlé sociální zázemí, že by se z něho mohl stát bezdomovec... kdyby se to prostě vzalo jen z té stránky lékařské, tak já jsem ho klidně mohla, potom jak začal chodit a přestal mít bolesti a jiné subjektivní těžkosti, propustit. Otázka je, jak by zemřel a kde.“
(Respondentka 2)

Při péči o tohoto pacienta spolupracoval opravdu celý multidisciplinární tým, který se snažil pacientovi jeho pobyt v hospici zpříjemnit a zajistit jeho potřeby ve všech oblastech. Významnou úlohu zde sehrál také dobrovolník. Ten brával pacienta do jeho rodné dědky. S pacientem se pracovalo ve všech rovinách (biologické, psychologické, sociální a spirituální) a díky tomu se podařilo docílit nejen toho, že mu byl pobyt v hospici zpříjemněn, ale také toho, že pacient zemřel smířený s rodinou i duchovně.

„Když tedy přišel, tak byl ve velmi špatném zdravotním stavu, takže tam bylo třeba nejdříve řešit tu zdravotní stránku, no a potom se postavil na nohy, takže pak už zase přišla ta sociální otázka. Tam toho bylo hodně. Otázka bydlení, či by se měl kam vrátit, kdyby se mu zlepšil ten zdravotní stav, otázka sociálních dávek, rodiny, se kterou dlouho nekomunikoval a tak dále... Ale tam je ještě i dobře vidět, že on spolupracoval vlastně s dobrovolníky. Tam dobrovolník udělal velkou část práce. Dokonce i měl prsty v tom jeho duchovním obrácení. Že potom šel i pan Ondřej na zpověď, přijal pomazání a tak dále. Tam jsme se všichni do toho zapojovali a přemýšleli, jak a co udělat a tak dále...“ (Respondentka 10)

„On se cítil tak sám. Neměl si moc s kým popovídat, zase tu byla spolupráce. On měl potřebu jít si zapálit cigaretu, takže tu velmi pomáhaly sociální

pracovnice a psycholožka... takže zabezpečit ty cigarety, pacient měl rád sladké, takže stejně tak, nakupovaly mu... jídlo, které měl rád. Snažily se mu plnit fakt ta přání, taková, která se dala splnit, aby mu nějak zlepšily ten pobyt v tom hospici. A on se pak i usmíval, že viděl, že máme zájem. Ale pacient měl také touhu jít ven a navštívit svoji „dědinku“ no... takže tam si zase zařídil propustku. Takže tam spolupracovala lékařka, také dobrovolník pomáhal, který vlastně doprovázel pacienta, šli do krčmy, do přírody, podívat se do jeho rodné dědinky, domů, takže bez těchto lidí by se nedaly uspokojit takové potřeby, které jsou pro toho pacienta výsostně důležité...“
(Respondentka 5)

Smíření pacienta

Jak už bylo zmíněno výše, respondenti často také uváděli příklady, jejichž ústředním tématem bylo smíření pacienta, v téměř všech případech se jednalo o případy, kdy i přes dobře nastavenou léčbu pacient umíral velmi těžce. Důvodem tohoto dlouhého a těžkého umírání bylo nesmíření pacienta s rodinou. Díky spolupráci multidisciplinárního týmu se však podařilo problém vyřešit a mnohdy i smířit rodinu a pacienta. Opět je zde zdůrazňováno tvrzení, které již bylo zmíněno v jedné předchozích podkapitol: jednotlivé oblasti potřeb pacienta se vzájemně prolínají, a proto je dobré pacienta posuzovat komplexně a hledat příčinu problému v dalších oblastech než v oblasti medicínské.

Příkladem může být příběh uvedený jednou respondentkou. Týkal se jedné pacientky, která měla velmi narušený vztah se svou dcerou. Za plného vědomí tato pacientka nikdy nevyjádřila potřebu se s ní smířit, ale když se již dostala do terminálního stádia, umírala velmi dlouho a těžce. I přestože analgetická léčba byla velmi dobře nastavená, pacientka stále působila, jako by měla velké bolesti. V tu chvíli začaly spolupracovat psycholožka a sociální pracovnice. Ty nakonec společně kontaktovaly druhou dceru pacientky, se kterou měla dobré vztahy, a poprosily ji, ať zkusí se svou sestrou promluvit. Nakonec opravdu tato dcera pacientku navštívila a ta se upokojila a ještě v ten samý večer zemřela.

„To mi přišlo opravdu jako taková multidisciplinární spolupráce. Kdyby s pacientkou pracoval jenom lékař, tak by možná viděl jen to, že stoná, tak by jí navýšil analgetickou léčbu a tam by to skončilo, já kdybych nevěděla

ty informace i ze strany sociální pracovnice, i z těch mých rozhovorů, tak by to mohlo skončit jen tak, že bychom ani nevěděli, že má problémy s tou dcerou a nechali bychom to tak, no a samozřejmě zdravotnický personál, že stále polohoval, podával jí ty léky a informoval nás, jak na tom je, či je to lepší nebo horší...“ (Respondentka 8)

Vyřešení finančních záležitostí pacienta

Třetí téma se pak týkalo čistě finančních otázek, tzn. nedořešených finančních záležitostí v rodině. Tyto záležitosti však byly pro pacienta velkou těžkostí v posledním úseku jeho života. Jednalo se opět o příklady, kdy pacient odcházel velmi dlouho a těžko. Na rozdíl od předešlého příkladu však zde bylo důvodem to, že pacient cítil určitý dluh vůči své rodině či neměl urovnané všechny finanční záležitosti. Díky multidisciplinární spolupráci se však znovu podařilo problém vyřešit a pacient se upokojil.

„Mě teď napadla taková paní, co fakt dlouho nemohla zemřít a nebyla ještě tak stará. Ona měla velké bolesti a... jako tak fyzicky jsme si už říkali, že není důvod, aby ona ještě nějak dokázala fungovat, žít. Bylo to pro nás takové zvláštní, a potom, když jsme se s těmi příbuznými přes sociálního pracovníka i přes psychologa spojili, jestli nevědí o nějaké takové věci, která může být takovou těžkostí pro ten odchod, tak oni potom nakonec, že ano, že tam má ještě nějaké nevyrovnané dluhy, jako vysloveně finanční věci, takže sociální oblast. A potom... oni sami nechtěli jít za ní, jí říci, že vlastně oni o tom vědí, že to tak je, že si od nich půjčila nějaké peníze a že tedy už to nemá jak a kdy vyrovnat, ale že o tom teda vědí a aspoň toto, též na to zase potřebovali psychologa. Šel tam s nimi, že nechtěli být sami, když jí to povědí, že nevěděli, jak bude reagovat. Zase, ta dávka, tehdy se nedá na utlumení, když víme, že se plánuje takový rozhovor, že tehdy i z toho lékařského hlediska, že umíme tehdy vynechat nějakou tu dávku, aby mohla být ona při vědomí. (Respondentka 3)

Respondenti byli naopak také dotázáni, v jakých případech se spolupráce neosvědčila, nebo byla nějak náročná. Zde respondenti zmiňovali, že spolupráce v týmu funguje, a i když jsou stále příležitosti a oblasti, které lze zlepšit, nejedná se o nic, co by mohlo

narušit interdisciplinaritu. Většinou respondenti zmiňovali, že většina problémů nastává tehdy, pokud si jednotlivé profese mezi sebou neodevzdají informace, což je vzhledem k častému střídání služeb zdravotních sester a ošetřovatelů náročně. Protože však z odpovědí na tuto otázku nevzešly žádné výsledky, které by byly pro splnění cíle zásadní, rozhodla jsem se o nich zmínit pouze takto stručně.

6.2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

V přechozích kapitolách byly interpretovány výsledky týkající se multidisciplinární spolupráce v hospici. Následující řádky budou již konkrétně věnovány sociálnímu pracovníkovi a jeho roli v celém týmu. Interpretace představí situace, ve kterých sociální pracovník vstupuje do týmové spolupráce a uvede konkrétní příklady, kdy se spolupráce se sociálním pracovníkem v tomto konkrétním hospici osvědčila.

6.2.1 Vstupy spolupráce v týmu

Hlavním záměrem této části výzkumu bylo zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu. Položit však respondentům otázku ohledně toho, jaká je role sociálního pracovníka, se zdálo hodně abstraktní a nekonkrétní, proto respondenti byli dotázáni na to, v jakých konkrétních situacích vstupuje sociální pracovník do spolupráce v týmu.

Z výpovědí respondentů je patrné, že sociální pracovník do spolupráce vstupuje mnoha způsoby a zastává v zařízení široké spektrum činností. Všechny tyto činnosti jsou respondenty považovány za velmi důležité. **Sociální pracovník spolupracuje s týmem po celý čas pacientova pobytu v hospici.** Respondenti v této otázce uváděli i činnosti, které zastává sociální pracovník převážně sám. Neoddělovali je však od samotné spolupráce v týmu, protože každou činností přispívá sociální pracovník k celkovému výsledku péče o pacienta. Jednotlivé činnosti sociálního pracovníka jsou řazeny dle průběhu hospitalizace pacienta.

Jednání se zájemci o umístění

První situací, kdy sociální pracovník do spolupráce týmu vstupuje, je již samotné jednání se zájemci o umístění do hospice. V tomto případě sociální pracovník komunikuje

s rodinou či samotným zájemcem. Jeho úkolem je zjistit prvotní informace o pacientovi, jako například celkovou situaci pacienta (zejména zdravotní a sociální), diagnózu pacienta a místo, z kterého by byl případně pacient do hospice převezen. Dále seznamuje rodinu s myšlenkou a cílem hospicové péče.

V této fázi sociální pracovník spolupracuje zejména s lékařem a s vrchní sestrou, se kterými společně vybírá pacienty, kteří jsou vhodní k přijetí do hospice.

„Když se podívám na ten proces hospitalizace pacienta u nás, tak vlastně už od začátku, když k nám telefonují nějací zájemci o umístění, tak s nimi komunikuji já. Zjišťuji, jaká je tam situace, i sociální, i zdravotní, jakou diagnózu má ten nemocný a kde je momentálně hospitalizovaný, nebo teda jestli je doma. Takže už tehdy do toho tak my vstupujeme.“ (Respondentka 9)

Příjem pacienta do hospice

Sociální pracovník pak následně vstupuje do spolupráce i při samotném příjmu pacienta. Respondenti častokrát vnímají spolupráci se sociálním pracovníkem nejvíce právě zde. V této fázi sociální pracovník zastává velmi důležitou úlohu, protože stejně tak jak při jednání se zájemci o umístění, získává velké množství informací o pacientovi a jeho rodině. Zároveň také mapuje potřeby pacienta. V rozhovoru s rodinou se však nezaměřuje pouze na sociální stránku, ale zjišťuje dokonce také jeho spirituální potřeby, popřípadě také nabízí možnost využití služeb psychologa.

Sociální pracovník tedy při příjmu získá velké množství užitečných informací, ze kterých si pak jednotlivé profese vyberou to, co je pro ně důležité. Zde se sociální pracovník v různém rozsahu střetává se všemi členy multidisciplinárního týmu.

„Je to hlavně při příjmu pacienta, když získává informace o pacientovi a spolupracuje s rodinou tam se zaměřuje na to... sociální status toho pacienta se probírá. Že vlastně, sociální pracovník vyznívá lépe než sestra to sociální zázemí pacienta: z jakého domova přichází, v jakém je stavu... sociálním, jestli je introvert, nebo extrovert, a tak dále, zjišťuje také anamnestické sociální údaje o pacientovi, takže tu je důležitost.“ (Respondentka 5)

„Při tom příjmu se ta sociální pracovnice hodně věnuje těm příbuzným, dokonce tedy ona zjišťuje i ty duchovní potřeby, jestli je pacient věřící, jestli je potřeba nabídnout duchovní služby, nebo jen psychologa nabízí, takže ona nám doplní tu mozaiku a už si každý z té profese vybere to, co je pro něho důležité...“ (Respondentka 4)

Úlohou sociálního pracovníka při příjmu však není zdaleka jen zjišťování informací o pacientovi a jeho rodinném zázemí. Kromě toho je právě sociální pracovník ten, kdo se snaží rodinu empaticky vyslechnout a kdo sdílí s rodinnými příslušníky jejich aktuální bolest. Jak jedna respondentka zmínila, právě sociální pracovník je ten, kdo celé situaci při příjmu dodává „lidskou tvář“.

„...hlavně při tom příjmu, mi to tak přijde, že ten sociální pracovník tam má dát takovou lidskou tvář. Prostě, že to není jen o tom zdravotním. To mi přijde takové jiné oproti nemocnici. Že je to takové lidské, že sem přijdou a někdo si s nimi povídá normálně nejen o tom, stále o nějakých lécích, nebo o nějakých diagnózách, nebo prostě o léčení, ale že je někdo vyslechne, ty příbuzné, že jak to bylo doted', jak to měli těžké, jak se starali o toho příbuzného nebo tak a i za tím pacientem, že přijde někdo, kdo prostě... též zas, nejde mu dát jen vždy injekci nebo tak.“ (Respondentka 10)

Další uvedené úlohy sociálního pracovníka, až po nadpis Úmrtí pacienta a práce s pozůstalými, lze již zařadit do období, kdy je pacient v zařízení hospitalizovaný. V tomto čase sociální pracovník vykonává celou řadu činností, které jsou respondenty považovány za velmi přínosné a důležité.

V průběhu hospitalizace pacienta spolupracuje sociální pracovník s ostatními profesemi dle potřeby, jak již bylo uvedeno v 1. části výzkumu o multidisciplinární spolupráci. Sami respondenti, kteří ve výzkumu zastupovali profesi sociální práce, nedokázali vyjmenovat konkrétní profese, se kterými by spolupracovali nejvíce.

Těžké vybrat, že s kým nejvíce... asi se všemi, opravdu, že jsme tak všichni spolu, možná některé dny více s lékařem, když řešíme ty zájemce a se

zdravotní sestrou, jiné dny více s psychologem, nebo... asi tak ze všemi, nejde to tak říci, s kým více, s kým méně. (Respondentka 9)

Získávání důležitých informací o pacientovi a jeho rodinném zázemí

Stejně jako při příjmu i v průběhu hospitalizace sociální pracovník zjišťuje důležité informace jak o pacientovi samotném, tak také zejména o jeho rodinném zázemí. Tyto informace jsou velmi podstatné a důležité nejen pro samotného sociálního pracovníka, ale potřebují je znát i ostatní členové týmu, aby pacienta mohli vnímat komplexně, ať už se jedná o zdravotní sestry, ošetřovatele, psychologa nebo lékaře. **Znovu zde byla respondenty zdůrazňována myšlenka, že problémy v sociální oblasti se přímo odráží v pacientově prožívání jeho onemocnění.** Sociální práce je zde opět vnímána jako velmi důležitá a přínosná.

„Pro mě je velmi důležité, když poznám to sociální zázemí pacienta a to vždy přes toho sociálního pracovníka... protože tohle se přímo přenáší do prožívání té nemoci toho pacienta. V tomto vnímám tu sociální práci jako velmi důležitou, protože já jako sestra také potřebuji vědět, že pacient je smutný, plačtivý, depresivní, protože čeká na syna, na dceru, nebo protože má nevyřešené vztahy. Pro mě jako pro sestru je velmi důležité, abych poznala sociální zázemí pacienta.“ (Respondentka 4)

Získané informace a všechny změny týkající se rodinného zázemí pacienta pak sociální pracovník průběžně doplňuje a předává ostatním kolegům. K tomu účelu mohou opět sloužit i velké multidisciplinární porady, kde sociální pracovník zmíní, jak se celková situace pacienta vyvíjí, kam se za celý týden posunula a na kterých faktorech je potřeba ještě zapracovat.

Pomoc pacientům v nepříznivé sociální situaci

V průběhu hospitalizace pacienta pak sociální pracovník pracuje s konkrétními problémy, které se v průběhu poskytování péče vyskytnou.

Jak nejvíce ve výpovědích respondentů rezonovalo, sociální pracovník hraje důležitou úlohu ve chvíli, kdy je do hospice přijat pacient, který se nachází v nepříznivé

sociální situaci, často se jedná zejména o pacienty bez domova. Takoví pacienti mnohdy nemají žádné příbuzné, kteří by o ně jevili zájem. V tomto případě pomáhají sociální pracovníci pacientům zařizovat doklady, popřípadě i dávky hmotné nouze. V případě, že pacient zemře a nenajde se nikdo, kdo by ho pohřbil, sociální pracovníci zařizují pacientovi též sociální pohřeb.

„... jsou o mnoho složitější věci pro toho sociálního pracovníka, že to musí vlastně úplně od začátku řešit toho člověka, že nemá žádné finanční prostředky, ani žádné materiální zabezpečení, nemá žádné prostředky, aby u nás měl poskytovanou tu péči. Ta spolupráce dále s týmem, že když je to pacient bez domova, bez dokladů, bez všech prostředků, co dále s ním, když by zemřel. Někdy je to opravdu takové náročné, když přijde na pár hodin, na pár dní, aby se to všechno stihlo zabezpečit tak, aby to bylo potom v pořádku bez nějakého chaosu a paniky.“ (Respondentka 3)

Aktivní vyhledávání příbuzných a smíření pacienta s rodinou

Další důležitou činností, která se ve výpovědích objevovala velmi často, byla snaha o smíření pacienta s rodinou, popřípadě i vyhledávání ztracených příbuzných. Sociální pracovník se v hospici snaží o to, aby měl pacient možnost urovnat si nějakým způsobem narušené rodinné vztahy a zemřít smířený, dále také, pokud je to potřeba, aktivně vyhledává příbuzné pacienta. Dochází totiž i k situacím, kdy sociální pracovník zná pouze jména pacientových příbuzných, ale nezná jejich adresy ani kontakty. V tom případě musí sociální pracovník příbuzné aktivně vyhledávat a spolupracovat s úřady a jinými institucemi. Tato činnost také částečně souvisí s činností přechozí, protože mnohdy právě pacienti v nepříznivé sociální situaci, mají také zároveň velmi narušené rodinné vazby. Ty sociální pracovník, pokud je to možné, pomáhá pacientovi alespoň trochu napravit.

„Oni umí zjistit, já nevím, z místních úřadů nebo tak, že v místě bydliště oslovují úřady: s kým ten člověk bydlel, nebo jestli má nějaké příbuzné. My na to jednoduše nemáme možnosti. Takže hlavně toto... takové to smíření těch rodinných příslušníků...“ (Respondentka 1)

„... někdy opravdu i pomáhají v té oblasti toho uspořádání rodinných vztahů, že aktivně pátrají po těch blízkých, že když tam je nějaké nesmíření, nebo nějaký problém, tak hledají toho konkrétního člověka, aby mohl ještě v těch posledních chvílích života přijít a někdy to je opravdu cenné, když se ti lidé mohou smířit i po mnohých letech a někdy na to opravdu ti pacienti čekají do poslední chvíle, že ten člověk přijde, takže to jsou velké věci a velmi hodnotné pro nás...“ (Respondentka 2)

Mapování potřeb a přání pacienta

Další úloha sociálního pracovníka, kterou respondenti zmiňovali velmi často a na kterou byl kladen velký důraz, se týkala mapování potřeb a přání pacientů. Právě sociální pracovník je dle respondentů ten, kdo mapuje a případně zajišťuje potřeby a přání pacientů.

I když se mnohdy jedná o zdánlivé maličkosti, jako např. že pacient zmíní, že by si dal šampaňské, nebo své oblíbené jídlo, pro člověka, který prožívá poslední dny/týdny života, může mít splnění těchto drobných přání zásadní význam. Právě plnění těchto přání řadili respondenti mezi jedny z hlavních úloh sociálního pracovníka v hospici.

„Já jsem si stále říkala, že je to takové pěkné hlavně od toho sociálního pracovníka, plnit takové ty přání těch pacientů... Možná je to taková maličkost, že mi už třeba dva dny říká, že by si dal šampaňské, ale není důvod, proč bychom mu ho nemohli dát, protože nevíme, jestli tu bude týden nebo... jednou jsme měli pacienta, který chtěl dršťkovou polévku, snědl ji a na druhý den vlastně zemřel. Vlastně jsme viděli, že to je takové jeho poslední přání, které vyslovil a byl takový spokojený díky tomu...“ (Respondentka 3)

„Fakt si myslím, že jedna z těch nejdůležitějších úloh toho sociálního pracovníka je, my jsme to tak nazvali „modré z nebe“, že se snažíme jim splnit to, co... jakou mají prosbu nebo touhu. Ten první pan ředitel to tak říkal, že i odsouzení na smrt mají právo na poslední přání, a o co víc tito umírající, kteří vlastně nic zlého neprovedli.“ (Respondentka 9)

Práce s pacientem a vytváření vztahu důvěry

Několik respondentů také považuje za velmi důležité, aby sociální pracovník část svého času věnoval pacientovi a vytvářel si s ním vztah důvěry. Mnohdy se totiž dle některých výpovědí právě sociálnímu pracovníkovi v rozhovoru pacienti otvírají více a mohou mu svěřit více důležitých informací ze svého osobního života.

„Já mám takový pocit, že jim se víc otvírají, protože oni mají víc toho prostoru se tomu pacientovi tak věnovat v té formě rozhovoru, víckrát za den za ním přijdou na ten pokoj, donesou noviny, donese nějaké oblíbené jídlo, někdy posedí a tehdy vznikají ty vztahy, tehdy se ti pacienti otevřou a ono... tím, že jí dovolí nahlédnout do těch svých životů a do těch soukromých rodinných vztahů, tak jako by ten sociální pracovník víc měl prostor mu potom pomoci.“ (Respondentka 4)

Vytváření „domova“

Jedna respondentka také zmínila, že sociální pracovník v hospici je právě ten, kdo se má snažit zajistit, aby se pacient v zařízení cítil příjemně, dokonce jako doma. Na tomto cíli by se sice měly podílet všechny profese, ale prioritně by se mělo jednat o sociálního pracovníka.

„... my máme v hospici napsaný takový úžasný citát na stěně: „Cíťte se u nás jako doma.“. Já to tak občas slýchávám z úst těch sociálních pracovníků v hospici. Oni těm pacientům vždy poví při příjmu: „Cíťte se u nás jako doma.“. Ale to neříkají jen tak, není to tu jen tak nějaká fráze, oni to myslí opravdově, protože hospic je domov dýchající láskou, takže my všichni bychom se měli podílet na tom, abychom jim ten domov zabezpečili. A to je nejen úlohou nás všech pracovníků: sester, lékařů, ošetřovatelů a tak dále, ale je to prioritní úlohou sociálních pracovníků.“ (Respondentka 5)

Úmrtí pacienta a péče o pozůstalé

Důležitou úlohu sociální pracovník zastává i bezprostředně po úmrtí pacienta. V této chvíli se sociální pracovník opět věnuje rodině. Pozůstalým se snaží nabídnou potřebnou podporu

v tak náročné životní situaci, vyjádřit pozůstalým soustrast a také se snaží rodině poskytnout důležité informace o tom, jaké záležitosti je třeba zařídit bezprostředně po úmrtí pacienta, ať už se jedná např. o zanesení úmrtního listu na matriku nebo zdravotní dokumentace lékaři.

V této situaci sociální pracovník spolupracuje zejména se zdravotní sestrou. Ta je v jeho nepřítomnosti schopna sociálního pracovníka do jisté míry zastoupit. Práce sociálního pracovníka v této chvíli je jednou z respondentek dokonce považována za velmi náročnou. To je způsobeno zejména tím, že právě sociální pracovník je často tou osobou, se kterou pozůstalí sdílí bolest ze ztráty blízké osoby.

*„ ... když komunikuje s rodinou, když zemřou, odejdou, zase s nimi sdělíme novou situaci, pacient zemřel, je potřeba vyjádřit soustrast, je potřeba je povzbudit. Ona je zase někdy ta první, když u nás má tu agendu. Těž je to tak rozdělené, že někdy sestra, někdy sociální pracovnice, ale většinou to vychází z toho, jak kdo má více času se věnovat, když přijdou příbuzní. Ale víc to vychází na tu sociální pracovnici, že má toho prostoru víc. My většinou jen předáme tu složku, že tedy: „Toto jsou papíry, jděte.“. Ale ona si zase si s nimi sedne a zase s nimi hovoří a zase na ni naloží tu svoji aktuální bolest, sdílí ji s nimi, ale je to pro ty příbuzné velmi důležité.
(Respondentka 4)*

Jak respondenti také dále zmiňovali, pokud zemře v hospici pacient, který nemá žádné dohledatelné příbuzné (většinou se v hospici jedná o pacienty – bezdomovce), sociální pracovník zařizuje také sociální pohřeb. Zde spolupracuje zejména s vrchní (řeholní) sestrou. Ta má v hospici, jak už bylo zmíněno, na starosti také duchovní potřeby pacientů a na příležitosti, jako je sociální pohřeb, zprostředkovává kněze z okolí, ti poté přichází do hospice pohřeb odsloužit.

Organizování podpůrných skupinek pro pozůstalé

Práce sociálního pracovníka v Hospici Milosrdných sester však nekončí tím, že sociální pracovník předá rodině potřebnou dokumentaci a pohovoří si z pozůstalými bezprostředně po úmrtí. Sociální pracovník se také podílí na organizaci střetnutí pozůstalých. Ty

v zařízení probíhají několikrát do roka. Mimo to se také sociální pracovník podílí na organizaci podpůrných skupinek pro pozůstalé.

„A ještě i po úmrtí vlastně, organizujeme střetnutí s pozůstalými, pětkrát do roka vlastně pokaždé zveme ty příbuzné zemřelých pacientů a organizujeme i podpůrné skupinky pro pozůstalé.“ (Respondentka 9)

Výše uvedené činnosti se ve výpovědích respondentů objevovaly nejvíce a byly respondenty nejvíce zmiňovány, zároveň na ně byla kladena největší důležitost. Ve výpovědích respondentů se však vyskytly i některé další činnosti, které však respondenti pouze jmenovali a nijak více do hloubky se o nich nezmiňovali.

Doprovázení

Mezi tyto činnosti patřilo například doprovázení pacientů. Respondenti zmiňovali, že sociální pracovníci mnohdy pomáhají doprovázet pacienty. Zde spolupracují zejména s ošetrovateli a zdravotními sestrami a snaží se s nimi na doprovázení spolupracovat ve chvíli, kdy na to sestry ani ošetrovatelé nemají čas.

„... doprovázení pacientů, trávení s ním toho času... když umírají, tak ta přítomnost u nich...“ (Respondentka 9)

Administrativní činnost

Další činností, kterou respondenti okrajově zmínili, byla administrativa. Někteří respondenti uvedli, že sociální pracovníci mají také mnoho administrativních povinností. Ty zabírají i v tomto zařízení sociálním pracovníkům poměrně velké množství času. Více se o této činnosti však respondenti nezmiňovali, protože sami neměli představu, co všechno administrativní činnost sociálního pracovníka obnáší.

„... často sociální pracovníci tu mají hodně administrativních činností na starosti, o kterých nemají ostatní pracovníci ani ponětí, co to všechno zahrnuje, takže ony jsou i zavřené v kanceláři nějaké ty hodiny a tam tráví

taky čas, protože vyplňují agendu, vyplňují formuláře, dokumenty, to souvisí z jejich činností...“ (Respondentka 5)

Pomoc při vyřizování dávek, důchodů a komunikace s úřady

S tím také souvisí další úloha sociálního pracovníka. Ta byla respondenty také zmíněna velmi stručně. Jednalo se o komunikaci s úřady, popřípadě vyřizování různých dávek a také důchodů.

„... když pacient není velmi sociálně zručný nebo vzdělaný v této oblasti, že pomohou zařídit mnoho těchto, já nevím, nějaké dávky v hmotné nouzi nebo zařizují různá potvrzení, které tomu pacientovi tedy třeba.“ (Respondentka 2)

Zprostředkovávání služeb

Poslední zmíněná úloha sociálního pracovníka se týkala pacientů, jejichž stav se v hospici stabilizuje, a tudíž již nesplňují kritéria indikace pro přijetí. Těmto pacientům sociální pracovník pomáhá zprostředkovat jiné zařízení.

„Občas se stává, že pokud jsou pacienti dlouhodobě stabilizovaní a předpoklad dožití je tam na delší dobu, tak umí zařídit i nějaké sociální zařízení pro ně...“ (Respondentka 1)

Na předchozích řádcích byla vyjmenována celá řada činností, které sociální pracovník v Hospici Milosrdných sestier vykonává. Stejně jako v předchozí části i nyní budou následující řádky zaměřeny na konkrétní příklady z praxe.

6.2.2 Konkrétní příklady osvědčené/nedostatečné spolupráce

Stejně jako v první části výzkumu i v této části byli respondenti dotázáni na nějaký konkrétní příklad, kdy se jejich spolupráce se sociálním pracovníkem osvědčila. Po prvních rozhovorech bylo zjištěno, že respondenti většinou na tuto otázku odpovídali již v první části výzkumu zaměřené na multidisciplinární tým, když uváděli příklady osvědčené spolupráce v celém týmu, viz kapitola 6.2.5. Jednotlivé kazuistiky uvedené v první části by

šly zařadit i do části této, protože v každé z nich hrál významnou úlohu také sociální pracovník. Toto zjištění je znovu důkazem, že sociální pracovník je neoddelitelnou součástí multidisciplinárního týmu. Nelze tedy tak dobře selektovat konkrétní příklady osvědčené spolupráce, ve kterých by figuroval jen sociální pracovník. I přesto ale někteří respondenti některé situace uvedli, i když v některých případech více obecně, než tomu bylo v první části.

Dobře zvládnutá situace při příjmu pacientky

Jedna z respondentek si vzpomněla na své začátky v Hospici Milosrdných sestier a popsala situaci, kdy sociální pracovnice zvládla dobře situaci při příjmu, která se respondentce zdála v danou chvíli velmi náročná. Jednalo se o situaci, kdy pacientka při příjmu označila hospic jako „*místo, kam se chodí umírat*“, respondentku celá situace zaskočila, ale sociální pracovnice situaci zvládla velmi dobře a dokázala na výrok pacientky adekvátně zareagovat.

„Já, když jsem sem přišla, já mám takovou krásnou vzpomínku na jednu sociální pracovnici. Když jsem začínala, tak jsem ještě neuměla správně komunikovat s tím pacientem. Samozřejmě „Vítejte u nás!“ a taková dobrá komunikace, a potom „Jste v hospici a víte, co je hospic?“ se ještě zeptala. A ta paní říká: „No, já vím, že je to takové... sem se chodí umírat.“ A já jsem se tak lekla, že... jak z toho teď ven. Já jsem tu byla krátce, asi měsíc a byla jsem z toho úplně v šoku. A ona tak krásně, já jsem jí potom děkovala za to, ona říká: „No ano, říká se to tak, ale my tomu říkáme jinak. Že my jsme taková porodnice do nebe.“ A ta paní se usmála, situace se odlehčila a už jsme komunikovaly dále v takové uvolněné atmosféře.“ (Respondentka 4)

Aktivizace pacienta

Další příklad, který byl popsán jednou z respondentek, již byl popsán více obecně. Jednalo se o situaci, kdy se pacient v hospici cítil sám a nudil se. I přesto, že se mu zdravotní sestra pokoušela vymyslet spoustu různých aktivit, neuspěla. Celou situaci vyřešila až sociální pracovnice, která s klientem pohovořila a zjistila, co potřebuje.

„... například když pacient se cítil sám, že se tu nudí, že nemá co dělat, tak sestra mohla vymýšlet všechny možné aktivity, ale přišla za ním sociální pracovníce a ona to vlastně všechno zjistila. Takže kdyby nebylo té sociální pracovníce, tak sestra si může lámat hlavu ve dne v noci. Takže ona to umí „vykomunikovat“, co ten pacient potřebuje...“ (Respondentka 5)

Smíření pacienta s rodinou

Další příklad, který byl v průběhu druhé části rozhovoru zmíněn, se prolíná s kazuistikou uvedenou v první části výzkumu v kapitole 6.2.5. Dvěma z respondentů byl však zdůrazněn znovu i v této části výzkumu, ale znovu již více obecně. Dle jedné respondentky jsou vhodnými příklady osvědčené spolupráce hlavně ty příklady, kdy dochází ke smíření pacienta a jeho rodiny. Jiné profese totiž nemají dostatek prostoru na to, aby se těmto problémům věnovaly.

„Mě napadá ten případ, kdy tedy došlo k smíření mezi příbuznými a pacientem, že tedy byli nějakým způsobem rozhádání.... Takže hlavně toto: takové to smíření těch rodinných příslušníků, tak všeobecně asi. (Respondentka 1)

Stejně jak v části předchozí i v této části rozhovoru byla respondentům položena otázka, zda si vybavují konkrétní situaci, kdy se spolupráce se sociálním pracovníkem neosvědčila, nebo respondenti měli pochybnosti o přínosu dané profese. Ani zde však nedošlo k žádnému zásadnímu zjištění. Většina respondentů uvedla, že spolupráce se sociálním pracovníkem velmi dobře funguje, a pokud se vyskytne nějaké nedorozumění, tak je způsobeno hlavně chybou v komunikaci, proto jsem se rozhodla ani v této části příklady nedostatečné spolupráce blíže neuvádět.

7 Diskuze

Podrobné výsledky výzkumu byly uvedeny v přechozí kapitole. Ta se věnovala podrobné interpretaci výsledků výzkumu. Cílem této kapitoly nyní bude zhodnotit, jak se povedlo cíle výzkumu naplnit, a zjištěné výsledky stručně shrnout, uvést do kontextu odborné literatury a následně pak také zhodnotit přínos výzkumu.

7.1 Multidisciplinární spolupráce

První část výzkumu měla za cíl zjistit, **jak a díky čemu v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně funguje multidisciplinární spolupráce.** Tento cíl výzkumu se podařilo naplnit. Výsledky této části výzkumu poukazují na důležitost a nezbytnost multidisciplinární spolupráce v hospici a popisují její fungování v tomto konkrétním zařízení. Tyto výsledky mohou být velmi inspirativní pro české hospice a také jejich multidisciplinární týmy a to zejména tam, kde sice tyto týmy fakticky existují, ale mezi jednotlivými profesemi komunikace neprobíhá, nebo nefunguje.

V první řadě je důležité zmínit, že výsledky výzkumu potvrdily tvrzení, které uvádí například Svatošová (1998, s. 24), týkající se důležitosti multidisciplinární spolupráce v hospici. Skutečně, jak i z výsledků vyplývá, je velmi podstatné, aby v hospici spolupracoval tým odborníků a byla zajištěna péče o pacienty v rovině biologické, psychologické, sociální a spirituální. Přílišná orientace pouze na medicínskou stránku nemusí v konečném důsledku zajistit kvalitu života umírajícího tak, jak je definovaná Světovou zdravotnickou organizací ([online]).

I přestože v hospici může být pacientům velmi dobře nastavena analgetická léčba, nelze si s jistotou myslet, že pacient automaticky nebude trpět. Medicína není všemocná, a o to více to platí právě v péči o umírající. Pokud pacient má těžkosti v dalších oblastech a zažívá pocity křivdy či nesmíření, ani výborná lékařská péče pacientovo utrpení zmírnit nezvládne. Je tedy velmi důležité podchycení všech rovin pacientova života, protože, jak také uváděli respondenti, mnohdy bývají důležitější právě jiné oblasti než oblast biologická, což je v souladu s tvrzením Svatošové (1998, s. 29). Ta uvádí, že hierarchie potřeb s v průběhu nemoci mění a zmiňuje velký význam právě také spirituálních potřeb.

Z výsledků také dále vyplynulo, že hlavním nástrojem fungování multidisciplinárního týmu v Hospici Milosrdných sestier jsou velké

multidisciplinární porady. Ty v daném zařízení probíhají podobným způsobem, jak je popisuje například Marková (2010, s. 36) nebo Dobříková a kol. (2005, s. 80). Tyto porady však nejsou, jak výsledky ukázaly, pouhou formální povinností, ale mají velký přínos pro všechny zúčastněné. Jak bylo uvedeno již v interpretaci výsledků výzkumu, díky tomu, že se na těchto poradách hovoří o každém pacientovi ve všech rovinách (bio, psycho, socio, spirito), má každý člen týmu možnost „doplnit si svou mozaiku informací“ a vytvořit si díky informacím od ostatních kolegů komplexní obraz o každém pacientovi a od té chvíle může každá profese vnímat pacienta nejen ze svého úhlu pohledu, ale komplexně, jako celistvou bytost.

Zavedení těchto porad bylo v tomto konkrétním hospici sice poněkud náročné, a dokonce se zdálo ze začátku nemožné, ale nyní se v Hospici Milosrdných sestier již tyto porady zaběhly dobře do praxe, mají významný vliv na fungování týmu a i pracovníky hospice jsou vnímány velmi kladně. Tyto informace mohou být povzbuzením pro multidisciplinární týmy, které tyto porady ještě nezavedly. Příklad dobré praxe z Hospice Milosrdných sestier totiž poukázal na to, že i když se zdá zavedení velkých multidisciplinárních porad ze začátku velmi časově náročné, přináší své výsledky a má dalekosáhlý dopad na fungování týmu. Nejen, že tyto porady pomáhají jednotlivým profesím pohlížet na všechny pacienty celistvě, ale zároveň také slouží k ucelení a prohloubení týmu, a také přispívají k dobré týmové komunikaci.

O komunikaci písemné, jak ji popisuje Marková (2010, s. 36), ve výpovědích respondentů moc zmínek nebylo. Z výsledků výzkumu ale také dále vyplynulo, že **komunikace v týmu by zdaleka neměla končit pouze těmito velkými poradami, ale komunikace mezi jednotlivými profesemi by měla probíhat neustále v průběhu celé hospitalizace pacienta**, a to od samotného jednání se zájemci o tuto péči, přes příjem a celou hospitalizaci až po pacientovo úmrtí. **Právě v Hospici Milosrdných sestier dochází k neustále interakci mezi pracovníky hospice a jednotlivé profese si neustále předávají zjištěné informace, což velmi přispívá k dobrému fungování týmu.** V tuto chvíli je velmi důležitá otevřenost a pokora všech členů týmu. Každý člen týmu by měl totiž své kolegy informovat o všech zjištěných informacích, ale na druhou stranu by měl být schopný přijmout a zvážit názory odborníků z jiných oblastí, což je další důležitý předpoklad dobré interdisciplinární spolupráce.

Tým z každého oddělení se pak střetává i každé ráno při předávání noční služby, kde jsou přítomny i nezdravotnické profese a je zde další příležitost spolupracovat interdisciplinárně. Tato zjištění jsou nad rámec toho, co bylo uvedeno v teoretické části,

dle které spočívala multidisciplinární spolupráce pouze v pravidelných velkých poradách, nebo vedení dokumentace či v neformální komunikaci, jak je popsala Marková (2010, s. 36-37).

S dobrou týmovou komunikací také souvisí spolupráce při posuzování potřeb pacientů. Přímo o tom, jak jsou v týmu posuzovány potřeby, v teoretické části zmínka nebyla, protože se o tomto tématu odborná literatura příliš nezmiňuje. Bylo však zjištěno, že i když si každá profese primárně zjišťuje potřeby ze své oblasti, současně získává důležité informace i o potřebách, se kterými by mohly pracovat další profese. Je zde zmiňován také fakt, že pacienti si mnohdy vybírají jednoho pracovníka z týmu. S tím navážou důvěrnější vztah, a svěří mu nejvíce informací, a to bez ohledu na jeho povolání. Znovu se zde tedy lze vrátit k předchozím odstavcům, které zdůrazňovaly důležitost neustálé vzájemné komunikace.

Jak také dále z výzkumu vyplynulo, **skutečně se v hospicovém prostředí rozdílí mezi jednotlivými profesemi stírají a nelze striktně definovat hranice jednotlivých profesí.** Toto tvrzení je v souladu se Svatošovou (1998, s. 24). Ta rovněž upozornila na stírání hranic jednotlivých profesí v hospicové péči. Částečné stírání rozdílů mezi profesemi je však dle výsledků výzkumu potřebné a přínosné a ani není možné, aby se některé profese držely opravdu striktně svých kompetencí a v žádném případě je nepřekročily. To lze uvést na příkladu zdravotních sester, které díky své 24hodinové přítomnosti v zařízení musí umět zastoupit do jisté míry ostatní kolegy, a tedy překročit hranice svých kompetencí a zasáhnout do kompetencí jiné profese. Tím se velmi zvyšuje náročnost této profese, protože kromě pouhého plnění svých zdravotnických úkonů musí být zdravotní sestry schopné empaticky vyslechnout pacienty i jejich rodiny, a také musí mnohdy učinit závažné rozhodnutí a přenést na sebe velkou část zodpovědnosti za ostatní členy týmu. Dle vlastního pozorování mohu doplnit, že vnímám také úlohu zdravotní sestry v hospici velmi odlišně než například v nemocnici. Zdravotní sestry v hospici si nedrží od pacientů profesionální odstup, jak je tomu například v nemocnicích, ale naopak si sami s pacienty vytvářejí vztah důvěry. Rozhodně v zařízení neplní pouze seznam zdravotnických úkonů, ale mimo to samy zaujmají lidský přístup a jsou ochotné empaticky vyslechnout jak pacienta, tak také jeho příbuzné. Toto tvrzení je v souladu se Svatošovou (2005, s. 203), která uvádí, že v hospicovém prostředí se všichni pracovníci stávají více lidmi a méně dbají na svou profesionalitu.

To lze kromě zdravotních sester doložit také na příkladu lékařů, kteří také mají v zařízení jiné postavení. V hospici mají všichni pracovníci stejný pracovní úbor, což je

mnohdy příčinou toho, že pacienti ani příbuzní od sebe jednotlivé profese mnohdy neodlišují. Lékař tak v zařízení nemá takovou prestiž, jak bývá zvykem v nemocničním prostředí. Mimo to si ani lékaři samotní nedrží v zařízení od pacientů profesionální odstup, což lze doložit výsledky výzkumu a také mým vlastním pozorováním. Není výjimkou, že lékař přijde na vizitu či na návštěvu za pacientem v průběhu dne a zároveň mu také pomůže při podávání tekutin. Lékaři v tomto hospici jsou si totiž vědomi toho, že takové „lidské“ gesto jim pomůže navázat s pacientem vztah mnohem lépe, než kdyby pouze přišli a ordinovali pacientům léky. Lze tedy skutečně potvrdit, že v Hospici Milosrdných sestier platí to, co uvádí Svatošová (2005, s. 203) a rozdíly mezi jednotlivými profesemi se tedy skutečně stírají.

Všechny tyto informace o multidisciplinární spolupráci a jejím fungováním jsou na závěr doplněny praktickými příklady. Tyto praktické příklady mají pro tento výzkum velký význam a dávají mu jiný rozměr, protože přibližují výše zmíněnou teorii a také výsledky výzkumu, a potvrzují, že v Hospici Milosrdných sestier multidisciplinární spolupráce opravdu funguje a že je reálné, aby fungovala i v dalších hospicích. Lze tedy říci, že multidisciplinární spolupráce se skutečně v daném hospici osvědčuje a je viditelná, a to na konkrétních pacientech, pro které se díky multiprofesní spolupráci podařilo zrealizovat to, co by, pokud by v týmu pracovaly pouze zdravotníci, nebylo možné.

Tyto všechny výše zmíněné poznatky však nemusí být zdaleka inspirací pouze pro hospice, ale zároveň z nich v jistých ohledech mohou čerpat také například nemocnice, kde se s pacienty stále pracuje jen po medicínské a ošetrovateľské stránce. Stejně tak může být práce inspirací také pro ostatní zdravotnická zařízení či pobytové služby, kde jsou sice multidisciplinární týmy, ale spolupráce mezi profesemi téměř neprobíhá.

7.2 Sociální pracovním v multidisciplinárním týmu

Druhá část výzkumu zabývající se sociálním pracovníkem v hospicovém týmu přinesla rovněž velmi podstatné poznatky. Hlavním cílem této části výzkumu bylo zjistit, **jakou roli v multidisciplinárním týmu zastává sociální pracovník a jak vnímají jednotliví členové důležitost této profese.** I tento cíl výzkumu se podařilo naplnit.

Stejně jako všechny profese v týmu, i sociální práce je považována za důležitou a nezbytnou profesi v hospicovém týmu, což potvrzuje tvrzení Dvořáčkové (2010, s. 16). Respondenti samotní v daném zařízení také nepochybovali o důležitosti a významu

sociální práce a uváděli celou řadu činností sociálního pracovníka, které považovali za velmi významné, důležité a přínosné.

Co se pak týče cílové skupiny sociálního pracovníka v hospici, opravdu se sociální pracovník nezaměřuje pouze na pacienta, ale také intenzivně pracuje s jeho rodinou (Macková, 2015, s. 9).

7.2.1 Role

Nyní bude pozornost věnována jednotlivým rolím, které byly uvedeny v teoretické části práce. Výsledky výzkumu poukazují na to, že **sociální pracovník nezastává v daném týmu zdaleka jen roli administrativního pracovníka, ale plní také role o mnoho důležitější.** I když ve výzkumu respondenti nebyli dotázáni přímo na role sociálního pracovníka, z jednotlivých činností, které respondenti uvedli, lze tyto role definovat.

Většina rolí, které v Hospici Milosrdných sester v Trenčíně zastává sociální pracovník, je v souladu s rolemi definovanými Průšovou (2015, s. 99). Sociální pracovník je tedy v tomto konkrétním zařízení **poradcem**. Tato role se uplatňuje zejména při práci se zájemci o umístění, příbuznými, pozůstalými, ale v některých případech také s pacienty, a to zejména tehdy, když se dotyčný nachází v nepříznivé sociální situaci. Dále také sociální pracovník v hospici vystupuje v určité míře v roli **terapeuta**, a to například tehdy, když komunikuje s rodinnými příslušníky při příjmu, kde se je snaží empaticky vyslechnout a povzbudit, stejně tak je tomu i při rozhovorech s pacienty a při práci s pozůstalými. Dále je sociální pracovník v tomto hospici skutečně také **pečovatelem**. Tuto roli uplatňuje tehdy, když se snaží mapovat potřeby pacientů a následně je zajišťovat. Nejedná se však jen o potřeby sociální, ale někdy se jedná spíše o zdánlivé maličkosti, jako například nakupování oblíbených jídel pacientům. I takové maličkosti však mohou danému těžce nemocnému člověku zkrášlit jeho poslední dny a mají pro něj v danou chvíli větší význam, než si zdravý člověk dokáže vůbec představit. Stejně tak je sociální pracovník také **zprostředkovatelem služeb**, protože v případě, že se stav pacienta zlepší, má na starosti pomoc pacientovi při hledání jiné služby. Poslední role, kterou definovala Průšová (2015, s. 99), tedy role učitele, se ve výsledcích výzkumu nevyskytla.

Výsledky výzkumu jsou také v souladu s rolemi, které stručně definovala Macková (2015, s. 11). Lze tedy k předchozím rolím doplnit, že sociální pracovník v hospici je také v roli **naslouchajícího**. Tato role se projevuje například při konzultaci s rodinou po příjmu pacienta, kdy se sociální pracovník snaží vyslechnout rodinné příslušníky a empaticky

naslouchat jejich trápení, ale stejně tak tehdy, když si vytváří vztah důvěry se samotným pacientem. Stejně tak lze také potvrdit roli **doprovázejícího**, protože ve výsledcích výzkumu bylo stručně také zmíněno, že sociální pracovník v Hospici Milosrdných sestier také doprovází pacienty v jejich posledních hodinách.

7.2.2 Náplň práce

Nejen rolí, ale i činností, které sociální pracovník v Hospici Milosrdných sestier zastává, je velké množství. Spousta z těchto činností, jak výsledky výzkumu ukázaly, je velmi důležitá a podstatná a může významně přispět ke kvalitě poskytování hospicové péče.

Výsledky výzkumu potvrzují, že sociální pracovník v Hospici Milosrdných sestier vykonává téměř všechny činnosti definované Přidalovou (2004, s. 11-15). Sociální pracovník tedy skutečně poskytuje **informační a poradenskou činnost** a dále také **pracuje s pacientem a jeho rodinou**. Zde je jeho práce opravdu velmi důležitá, protože se v případě rodinných sporů snaží o to, aby došlo ke smíření těchto dvou stran a mnohdy i příbuzné pacienta musí aktivně vyhledat, aby k tomuto smíření mohlo dojít. Kromě toho se při práci s pacientem a jeho rodinou zaměřuje také na praktické otázky a případně pomáhá pacientovi s řešením finančních otázek, nebo zprostředkovává kontakty s úřady.

Dále také **pečuje o pozůstalé** a s psychologem pořádá každoročně podpůrné skupinky pro truchlící. Dále je také významné, že **spolupracuje s ostatními členy týmu**, a to zejména tak, že na poradách týmu doplňuje zjištěné informace, kterých sociální pracovník v tomto hospici zjišťuje opravdu velké množství (Přidalová, 2004, s. 13-15).

Součástí jeho práce je, jak z výsledků vyplynulo, také **administrativa**. Tou je sociální pracovník v tomto konkrétním hospici také zčásti zahlcen, ale oproti ostatním činnostem byla administrativa zmiňována okrajově a rozhodně nebyla vnímána jako nejdůležitější, nebo dokonce jediná činnost sociálního pracovníka. Stále přetrvávající vnímání sociálního pracovníka stereotypně, tedy zejména jako úředníka, jak uváděla Přidalová (2004, s. 15), potvrzeno tedy nebylo.

Jediná činnost, která se neshoduje s tím, co uvádí Přidalová (2004, s. 13), je práce s dobrovolníky. Ta se ve výpovědích respondentů neobjevila. Ze svého pozorování během praxe však mohu doplnit, že tuto činnost má v týmu na starosti psycholog, ten je zároveň také koordinátorem dobrovolníků.

Rovněž také sociální pracovník v tomto konkrétním hospici poskytuje **sociálně-právní poradenství**, jak ho popisuje Průšová (2015, s. 99), a aktivně vyhledává ty členy

rodiny, se kterými pacient již není v kontaktu, a pomáhá stejně tak pacientovi při zařizování dávek či důchodů.

Kromě těchto výše zmíněných činností však výzkum poukázal i na některé další, o kterých v odborné literatuře zahrnuté v teoretické části nebyla zmínka. Sociální pracovník totiž mimo výše zmíněné činnosti také **zprostředkovává další služby pacientům** v případě jejich stabilizace a zejména pak **hraje důležitou úlohu při příjmu pacienta**. Zde spolupracuje s ostatními kolegy, získává velké množství důležitých informací, ale také celému příjmu dodává „lidskou tvář“, protože je tou hlavní osobou, která se snaží členy rodiny vyslechnout a zajímá se o jejich prožívání a všechno trápení, kterým si prošli až do doby, kdy byl pacient do hospice přijat.

Dále také **pracuje s pacienty v nepříznivé sociální situaci**, zejména tedy s pacienty, kteří jsou buď lidmi bez domova, nebo jsou v případě, že by byli propuštěni, bezdomovectvím ohroženi. Mimo to také **mapuje potřeby a přání pacientů**. Právě sociální pracovník je tím hlavním členem týmu, který se **snaží plnit „poslední přání pacientů“**, pokud jsou tato přání reálná. Významně tedy může touto činností přispět k tomu, aby pacient své poslední dny prožíval o něco radostněji. Mimo plnění posledních přání také **doprovází umírající pacienty**.

Po úmrtí pacienta se pak také snaží **povzbudit a vyslechnout pozůstalé** a znovu jim poskytuje **poradenství** ohledně toho, co je potřeba zařídit bezprostředně po úmrtí. V případě úmrtí pacienta, který nemá žádné příbuzné, také **zařizuje sociální pohřeb**.

Z následujícího výčtu rolí a činností lze vyvodit, že sociální pracovník v Hospici Milosrdných sester v Trenčíně vykonává téměř všechny zmíněné činnosti popisované odbornou literaturou, a dokonce také zároveň vykonává některé činnosti i nad rámec odborné literatury. Toto zjištění může být pro mnohé hospice a také sociální pracovníky v hospicích velmi inspirativní, protože tento výzkum poukazuje na to, že teorii popsanou v odborné literatuře lze uvést v praxi, a také že **sociální práce v hospici má skutečně mnohem větší potenciál, než se může na první pohled zdát, a je opravdu velmi důležitou profesí, která může významně přispět ke zvýšení kvality zbývajících života umírajících pacientů**. Spektrum činností, které se dají zařadit do sociální práce v hospici, je velmi rozsáhlé a administrativa by měla být pouze jednou z mnoha činností, kterým se má sociální pracovník věnovat. Mnohem více by se i dle mého názoru měl věnovat pacientovi a jeho rodině, snažit se o jejich smíření, podporovat je v tom, aby si poslední čas společně užili, a snažit se pacientům plnit jejich poslední přání, pokud nějaké mají.

7.3 Limity výzkumu a možnosti dalšího zkoumání

Důležité také je se na závěr diskuze zamyslet nad limity tohoto výzkumu. Limitem, který nyní vnímám, je to, že bylo pro výzkum vybráno velké a rozsáhlé téma. To bylo způsobeno zejména rozdělením výzkumu na dvě části, tedy zaměřením jak na multidisciplinární spolupráci, tak na sociálního pracovníka v hospici, což může být částečně nevýhodou. Díky tomuto rozdělení výzkum zachytil široký záběr dané problematiky a z toho důvodu byla i výsledná interpretace delší, než bylo původně předpokládáno. To mělo pak za následek překročení počtu stran. Každá část výzkumu, tedy jak multidisciplinární spolupráce, tak také sociální práce v hospici, by zasluhovala samostatnou práci. Na druhou stranu se však i přes tento široký záběr výzkumu podařilo zjistit velké množství důležitých informací a nabídnout tak příklad dobré praxe jednoho z hospiců. Rozsáhlost výzkumu ani neohrozila naplnění výzkumných cílů.

Pro příště bych však volila konkrétnější výzkumný cíl a zaměřila bych se pouze na jednu z těchto dvou oblastí. Tu bych následně rozpracovala důkladněji a více bych se zabývala také hledáním vztahů mezi jednotlivými kategoriemi.

Určitě by stálo za pozornost dále zkoumat podrobněji faktory, díky kterým multidisciplinární spolupráce funguje dobře. Znovu by se daly vést rozhovory, ale tentokrát by již stálo za to je zacílit podrobněji na otázky, které by vedly ke zjištění toho, díky čemu spolupráce v týmu funguje. Naopak by také bylo přínosné provést další výzkum v zařízení, kde ještě multidisciplinární spolupráce není dostatečně podchycená, a zaměřit se na zkoumání toho, jaké faktory brání danému týmu ve zlepšení multidisciplinární spolupráce či zavedení multidisciplinárních porad. Velmi přínosné by také bylo zrealizovat rozhovory se sociálními pracovníky z hospiců, kde nemá sociální práce ještě takto široké pole působnosti jako v Hospici Milosrdných sestier, a zkoumat, co sociální pracovníci v daném zařízení vidí jako největší překážku toho, že nemohou plně v daném zařízení rozvinout potenciál, který sociální práce nepochybně má. Dále by bylo také přínosné zkoumat to, zda právě dobře nastavená multidisciplinární spolupráce a důsledná práce se všemi oblastmi potřeb pacientů není jedním z faktorů, který umožňuje sociálnímu pracovníkovi, aby plně rozvinul svůj potenciál.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem sociální práce v multidisciplinárním týmu hospicové péče a stanovila si dva hlavní cíle. Nejprve bylo cílem zjistit, jak a díky jakým faktorům v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně funguje multidisciplinární spolupráce, a následně pak také to, jakou roli v multidisciplinárním týmu zastává sociální pracovník.

První čtyři kapitoly práce byly zaměřeny teoreticky a uvedly do témat spojených s umíráním a hospicovou péčí. Zároveň byl v teoretické části také představen Hospic Milosrdných sestier v Trenčíně, kde probíhal výzkum k této práci. Následně pak byla pozornost již věnována tématu multidisciplinární spolupráce v hospici a zároveň také roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

Poté následovala empirická část bakalářské práce. Ta popisovala metodologii kvalitativního výzkumu a prezentovala jeho výsledky. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které byly poté analyzovány, se předem stanovené cíle práce a i hlavní výzkumné otázky podařilo naplnit.

Celý výzkum poukázal na důležitost a nezbytnost multidisciplinární spolupráce v hospici a také přiblížil na příkladu dobré praxe, jak spolupráce mezi zdravotnickými a nezdravotnickými profesemi může probíhat. Bylo také zjištěno, že **hlavním nástrojem multidisciplinární spolupráce jsou pravidelné velké porady celého týmu. Ty nejsou vnímány pracovníky hospice jako pouhá povinnost, ale je jim přikládán velký význam. Dále také výsledky výzkumu poukazovaly na důležitost vzájemné a neustálé komunikace mezi profesemi. Ta by rozhodně měla probíhat i mimo velké multidisciplinární porady. Dalším významným faktorem je otevřenost a pokora jednotlivých členů týmu, díky které multidisciplinární spolupráce dokáže fungovat.** Tyto informace jsou poté doplněny o příběhy konkrétních pacientů, které se snaží na praktickém příkladu prezentovat, že pracovat interdisciplinárně je reálné, a také, že multidisciplinární spolupráce má na pacienty hospice významný vliv.

Stejně tak výzkum přinesl užitečné informace i z oblasti sociální práce v hospici. Po první části výzkumu zaměřeném na tým jako celek byla druhá část výzkumu totiž věnována samotnému sociálnímu pracovníkovi a jeho roli v multidisciplinárním týmu. Výsledky výzkumu přinesly široké spektrum činností a rolí, které sociální pracovník v zařízení zastává. V některých případech spolupracuje s ostatními profesemi, některé činnosti zastává převážně sám. Respondenti však tyto činnosti od sebe neoddělovali,

protože každý pozitivní či negativní výsledek činnosti sociálního pracovníka je zároveň výsledkem celého týmu.

Výzkum také částečně nabourává stereotyp vnímání sociální práce v hospici jako druhořadé profese, která slouží jen k plnění administrativních úkolů, ale naopak ukazuje sociálního pracovníka v hospici v jiném světle: jako **profesi, která si zasluhuje být plnohodnotnou součástí multidisciplinárního týmu**. Výsledky také poukazují na to, že **do kompetencí sociálního pracovníka v hospici může spadat velké množství důležitých činností, kterými sociální pracovník může významně ovlivnit poslední dny života pacienta**. Toto vše dokládají i výpovědi respondentů, kde je u popisu jednotlivých činností, které sociální pracovník v hospici vykonává, opakovaně zmiňována důležitost těchto činností.

Během své praxe v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíně jsem zjistila, že tento hospic se inspiroval právě prvními hospici v České republice. O to je zajímavější, že zde **multidisciplinární spolupráce funguje o mnoho lépe než v některých českých hospicích a profese sociální práce zde má poměrně široké pole působnosti. Tato profese je také vnímána ostatními profesemi i samotnými sociálními pracovníky jako velmi důležitá**. Rozhodně také respondenty nebyla ve výčtu jednotlivých činností vnímána jako hlavní činnost administrativa. Naopak tuto činnost jednotliví pracovníci zmiňovali pouze okrajově a větší důležitost přikládali jiným činnostem, jako je například aktivní vyhledávání ztracených příbuzných, plnění posledních přání umírajících nebo smíření pacienta s jeho rodinou.

Všechny výsledky výzkumu tedy mohou být pro české hospice inspirací, protože poukazují na to, že interdisciplinárně skutečně pracovat lze. Jen je však potřebná neustálá komunikace a také zavedení pravidelných multidisciplinárních porad. Přesto, že jejich zavedení se může zdát na samém začátku časově velmi náročné, když se tyto porady zaběhnou dobře do praxe, mohou být velkým přínosem pro všechny pracovníky, a dokonce i pro samotné pacienty. Těm lze pak mnohem snadněji zajistit komplexní péči. Dále také tato práce může být povzbuzením pro sociální pracovníky. Ti si na příkladu dobré praxe mají možnost uvědomit, že jejich profese je v hospicové péči opravdu důležitá, a mohou ze svého potenciálu vytěžit více, než jak tomu bylo doposud. Také může být jedním ze zdrojů posílení profesní identity hospicových pracovníků.

Realizace výzkumu také měla obrovský přínos i pro mě samotnou. Nejen, že se mi podařilo více do hloubky proniknout do multidisciplinární spolupráce v týmu, uvědomit si její důležitost a také si více uvědomit, jak je mapování všech oblastí potřeb o umírajících

zásadní a nezbytné, ale celá praxe v Hospici Milosrdných sestier a tento výzkum mi pomohl si uvědomit, jaký má význam sociální práce v hospici. Po své první zkušenosti z jednoho z českých hospiců jsem totiž já sama přínos sociální práce v hospici velmi podceňovala a sama jsem sebe jsem si nedokázala na této pozici představit. Po své druhé zkušenosti a také díky tomuto výzkumu je však moje představa o mnoho optimističtější a vím, že sociální pracovník není rozhodně méně důležitější než jakákoli jiná profese v týmu. Pokud dostane dostatečný prostor a nebude pouze zatížen administrativou, může se na péči o umírajícího pacienta velmi významně podílet. Sama jsem nyní tímto dobrým příkladem motivovaná pro výkon této profese v některém hospici.

Dalším přínosem práce je také to, že rozšiřuje poznatky, které jsou uvedeny v odborné literatuře, a je zdrojem nových důležitých informací týkajících se jak multidisciplinární spolupráce, tak sociální práce v hospici.

Zdroje

AMERICAN CANCER SOCIETY. What is Hospice Care? Cancer. org. [online] © 2020 [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/hospice-care/what-is-hospice-care.html>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE. 2016. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online] [cit. 2020-02-11] Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>

ANDRÁŠIOVÁ, Mária. 2008. Psychologické aspekty paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online] č. 2., s. 77-79. [cit. 2020-02-12] Dostupné z: http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=337

BUŽGOVÁ, Radka. 2012. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-208-1.

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, Patricia a kol. 2005. *Nevyléčitelně chorí v súčasnosti*. Vyd. 1. Trnava: Spolok svätého Vojtecha. ISBN: 80-7162-581-7.

DOBRÍKOVÁ, Patricia, MEŠKOVÁ, Barbora. 2017. Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online] č. 1-2, s. 6-10. [cit. 2020-02-15] Dostupné z: http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=8914&magazine_id=13

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2010. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. *Sociální práce/Sociální práca*. [online] č. 2, s. 16-17. [cit. 2020-02-21] Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HOSPIC MILOSRDNÝCH SESTIER. 2018. *Výročná správa*. Trenčín. Dostupné z: <https://www.hospictn.sk/files/vyrocná-správa/2018/vs-2018-final-online.pdf>

HOSPIC MILOSRDNÝCH SESTIER. Úvod. Hospictn.sk [online] [cit. 2020-02-17] Dostupné z: <https://www.hospictn.sk/>

HRDÁ, Karolína. 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-0-2.

HRDÁ, Karolína a Blanka TOLLAROVÁ a kol. 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-2-6.

JARCOVSKÁ, O., KABELKA, L. a M. ŠTĚPÁNKOVÁ. 2011. Sociální problematika v paliativní péči. In: SLÁMA, O., KABELKA, L. a J. VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV. ISBN 80-85866-82-X.

MACKOVÁ, Marie. 2015. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. Vyd. 1. Pardubice: Marie Macková. ISBN 978-80-260-8949-0

MARKOVÁ, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MROCEK, Michal. 2017. Základné princípy paliatívnej a hospicovej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online] č. 1-2e, s. 13-18. [cit. 15-2-2019] ISSN 1339-4193. Dostupné z:
http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=8903&magazine_id=13

NANCAROW, S., BOOTH, A., ARISS, S., SMITH, T., ENDERBY, P. a A. ROOTS. 2013. *Ten principles of good interdisciplinary team work*. [online] [cit. 2020-02-13]. Dostupné z: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4491-11-19>

OPATRŇY, Aleš. 1995. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko. ISBN: 80-238-0430-8.

PRŮŠOVÁ, Lenka. 2015. Vybrané otázky sociální práce v paliativní péči. In: BYDŽOVSKÝ, Jan, KABÁT, Jiří a kol. 2015. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Vyd. 1. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu. ISBN 978-80-905867-0-3.

PŘIDALOVÁ, Marie. 2006. Sociální práce v paliativní péči – český kontext. In: STUDENT, J., MÜHLUM, A. A U. Student. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Vyd. 1. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.

PŘIDALOVÁ, Marie. 2010. Vnímám sociální práci v paliativě především jako práci se ztrátami. *Sociální práce/Sociální práce*. [online] č. 2. s. 14-15. [cit. 2020-02-21] Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

SLÁMA, O., J. DRBAL a L. PLÁTOVÁ. 2008. *Umřít doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN 978-80-254-2788-0.

SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. 2012. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. [online] č. 1, s. 10-12. [cit. 2020-02-12] Dostupné z: http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5708&magazine_id=13

SLOVÁČEK, Ladislav a Brigita SLOVÁČKOVÁ. 2012. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. [online] č. 1, s. 13-16 [cit. 2020-02-12] Dostupné z: http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5708&magazine_id=13

SMITH, T., CROSS, E., ARISS, S., NANCARROW, S., ENDERBY, P. a A. BLINSTOT. 2012. *Interdisciplinary management tool – Workbook*. Southampton: National Institute for Health Research Delivery and Organisation Program. Dostupné z: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_A2_08-1819-214_V01.pdf

SVATOŠOVÁ, Marie et al. 1998. *Hospic slovem a obrazem*. Vyd. 1. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-1-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2003. *Hospice a umění doprovázet*. Vyd. 5. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-4-5.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2005. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, eds. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

TOMÁŠKOVÁ, Jana a Radka PAZDERKOVÁ. 2010. *Sociální práce v paliativní péči*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. ISBN 978-80-254-6594-3.

VOJTÍŠEK, Petr. 2012. *Výzkumné metody*. [online] Praha: Vyšší odborná škola sociálně-právní. ISBN-978-80-905109-3-7. [cit. 2020-03-1] Dostupné z: <https://docplayer.cz/629195-Vyzkumne-metody-metody-a-techniky-vyzkumu-a-jejich-aplikace-v-absolventskych-pracich-vyssich-odbornych-skol-phdr-petr-vojtisek.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Frequently asked questions. Who. int. [online] © 2020 [cit. 2020-02-12] Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>