



Paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory

Bakalářská práce

Studijní program:

B7508 Sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce:

Ing. Bc. Albína Horáková

Vedoucí práce:

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory

Jméno a příjmení: Ing. Bc. Albína Horáková
Osobní číslo: P19000649
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: 2020/2021

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Popsat a zjistit, zda a jak je poskytována paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji.

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

Metody: Dotazování

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. podstatně přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.
- KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
- PECHOVÁ, K., LEJSAL, M., et al. 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-80-88361-01-5.
- ŠPATENKOVÁ, N., et al. 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

Vedoucí práce:

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

20. dubna 2021

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2022

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 11. června 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

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

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

14. dubna 2022

Ing. Bc. Albína Horáková

Poděkování

Děkuji vedoucí práce ThDr. Kateřině Beksové Brzákové, Th.D. za její odborné vedení, laskavý a podporující přístup, za trpělivost a ochotu. Poděkování patří mému manželovi a mým synům Jakubovi a Štěpánovi, kteří mě podporovali při studiu. A v neposlední řadě patří poděkování všem respondentům za jejich čas.

Anotace: Bakalářská práce je zaměřena na poskytování paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních v Libereckém kraji. Zjišťuje, zda a jak je v nich poskytována péče v závěru života. V teoretické části je vymezena základní terminologie související s paliativní péčí. Důraz je kladen na důstojnost člověka, jeho přání a zabezpečení všech bio-psycho-socio-kulturních a náboženských potřeb. Je vysvětlen také zásadní podíl rodiny na rozhodování o péči o seniora. Pro splnění cílů empirické části bakalářské práce byla vybrána metoda hloubkového rozhovoru. Následně byla pro analýzu získaných dat z průzkumného šetření zvolena metoda komparace s pobytovým zařízením, kde již paliativní péči poskytují na vysoké úrovni od roku 2014 a jsou garantem zavádění paliativní péče do 15 vybraných pobytových zařízeních v ČR.

Klíčová slova: paliativní péče, pobytová zařízení pro seniory, potřeby v závěru života

Annotation: The bachelor thesis is focused on the provision of palliative care in selected residential facilities in the Liberec Region. It finds out if and how care is provided to them at the end of life. The theoretical part defines the basic terminology related to palliative care. Emphasis is placed on the dignity of the person, his wishes, and the provision of all bio-psycho-socio-cultural and religious needs.

The crucial contribution of the family to the decision to care for the elderly is also explained. To meet the goals of the empirical part of the bachelor thesis, the in-depth interview method was chosen. Subsequently, for the analysis of the data obtained from the survey, the method of comparison with a residential facility was chosen, where palliative care has been provided at a high level since 2014 and they are the guarantor of the introduction of palliative care into 15 selected residential facilities in the Czech Republic.

Keywords: palliative care, residential facilities for the elderly, end-of-life need

Obsah

Seznam tabulek	10
Seznam použitých zkratk a symbolů.....	11
Úvod	12
1 Paliativní péče	13
1.1 Definice paliativní péče	13
1.2 Historie paliativní péče ve světě	14
1.3 Historie paliativní péče v ČR.....	14
1.4 Dělení paliativní péče	15
1.4.1 Paliativní péče obecná	15
1.4.2 Paliativní péče specializovaná	16
1.4.3 Paliativní přístup.....	17
1.5 Formy paliativní péče	17
2 Příjemci paliativní péče.....	19
2.1 Senioři v paliativní péči	19
2.2 Geriatrická křehkost.....	20
2.3 Specifické potřeby seniorů v závěru života	20
2.4 Umírání doma a v instituci.....	21
3 Pobytová zařízení pro seniory	22
3.1 Poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory.....	23
3.1.1 Plánování budoucí péče	24
3.1.2 Plán péče v závěru života	25
3.1.3 Poskytování péče v závěru života.....	26
3.1.4 Pozůstalostní péče	26
3.2 Nároky na organizaci a pracovníky při zavádění paliativní péče	27
3.3 Přínosy pro organizaci a pracovníky	28
4 Metodika průzkumu	29

4.1	Cíle průzkumu a otázky	29
4.2	Metody sběru dat	29
4.3	Popis a výběr respondentů	29
4.4	Průběh šetření	30
4.5	Etické hledisko.....	30
5	Výsledky průzkumu	31
5.1	Analýza průzkumu	31
5.2	Komparace kategorií a kódů s daty získanými z expertního rozhovoru...	32
5.2.1	Paliativní péče očima respondentů	32
5.2.2	Podmínky pro poskytování paliativní péče	35
5.2.3	Realizace paliativní péče v domovech pro seniory	38
5.2.4	Zúčastněné obory v paliativní péči.....	42
5.2.5	Kultura rozloučení se zemřelým a pozůstalostní péče	45
5.3	Diskuze	48
5.4	Limity průzkumu	51
5.5	Doporučení pro praxi	52
	Závěr	53
	Seznam zdrojů	54
	Seznam příloh	58

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Údaje o respondentech průzkumného šetření

Tabulka 2 – Kategorie a kódy vzniklé z otevřeného kódování

Seznam použitých zkratek a symbolů

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

DS – Domov seniorů

DZR – Domov se zvláštním režimem

R – Respondent/ka

VZSS – Vedoucí zdravotně sociální služby

SP – Sociální pracovník/ce

Úvod

Cílem této bakalářské práce je popsat a zjistit, zda a jak je poskytována paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji. V případě, že je poskytována, tak určit a popsat principy obecné paliativní péče, které v zařízeních aplikují, případně jaké limity jim v poskytování péče brání.

Stárnutí populace, zlepšování kvality zdravotní péče a tím také prodlužování života staví společnost před výzvu, jak se postarat o lidi ve vysokém věku. Mnoho z nich nezůstává doma, jsou uživateli pobytových sociálních služeb. Tato zařízení se pro ně stávají domovem. Prožívají v nich poslední fáze svého života, ale také v nich umírají. A jak vlastně umírají? Je jim poskytována paliativní péče? Mohou klienti domovů pro seniory důstojně umírat a také tam zemřít? Nebo musí být při zhoršení zdravotního stavu v závěru svého života hospitalizováni v nemocnicích?

V bakalářské práci jsou teoreticky popsány klíčové pojmy (paliativní péče a pobytové zařízení pro seniory). Empirická část se věnuje analýze a interpretaci získaných informací o souvislostech paliativní péče v praxi pobytových zařízení.

Reflexí obou částí se zabývá Diskuze, z níž vyplynula doporučení pro praxi.

Závěr ve stručnosti shrnuje zjištěné skutečnosti a odpovědi na hlavní průzkumné otázky.

1 Paliativní péče

1.1 Definice paliativní péče

Jednoznačná definice paliativní péče dodnes neexistuje. Dle Matouška (2008, s. 131) *je paliativní péče integrovaná komplexní péče, která předchází a zmírňuje aspekty utrpení nemocného, případně umírajícího člověka, především bolest.*

Bolest ale není jenom tělesná a na člověka je potřeba pohlížet komplexně, jak to popisuje WHO a specifikuje, že *paliativní péče je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných* (Kupka 2014, s. 28). V závěru života nemocný bilancuje, řeší vztahy a celý svůj život. Nechce však pouze útrpně čekat na smrt. Chce své dny, které mu zbývají, prožít co možná nejlépe, tak, jak ve standardech popisuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, že *paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou* (APHPP 2016).

Paliativní péče nezahrnuje pouze péči o nemocného, ale také o jeho rodinu. V těžkých chvílích, kdy v rodině umírá někdo blízký, potřebují pečující pomoci. Paliativní péče podle Pechové (2020, s. 32) *pomáhá rodinám vyrovnat se se zátěží během nemoci blízkého a při jejich vlastním procesu zármutku, objektem péče je celá rodina a její potřeby, protože rodina je spolu zasažena umíráním a ztrátou a potřebuje podporu a pomoc.*

Zahrnout do péče rodinu umírajícího pokládá za důležité Haškovcová (2010, s. 324): *Do péče o umírajícího je potřeba opět zapojit rodinu, přeje-li si to, a umožnit, aby umírání i smrt měly, pokud možno přirozený a důstojný ráz.* Laická veřejnost podle výzkumu agentury STEM/MARK neví, na rozdíl od odborníků (zdravotníků, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách atd.), co se pod pojmem paliativní péče skrývá. Respondenti, kteří pojem paliativní péče znají, jej vnímají jako komplexní péči o nevléčitelně nemocného a jeho rodinu nebo jako léčbu, která zachovává kvalitu života (Umírání 2013). I když definic je hodně, shodují se v tom, že je důležité, aby nemocný netrpěl nesnesitelnou bolestí a aby paliativní péče byla zaměřena na zvyšování kvality života umírajících a jejich rodin.

1.2 Historie paliativní péče ve světě

Díky církevním řádům již ve středověku vznikaly v kláštřích místa pro nemocné. V roce 1878 založila Marie Aikenheadová v Dublinu kongregaci „Sester lásky“, která doprovázela pacienty při umírání. Tato kongregace založila několik speciálních míst pro nevléčitelně nemocné ve Velké Británii. Po 2. světové válce v jednom z těchto domů pracovala Cicely Saundersová, která měla v 50. letech výrazný vliv při formulování zásad paliativní péče (Peřina 2016). Saundersová byla zdravotní sestra a sociální pracovníce, později získala i lékařské vzdělání. V roce 1967 založila v Londýně první hospic s názvem Hospic sv. Kryštofa (Haškovcová 2000, s. 40). Výrazný vliv na Cecily Saundersovou měl Carl Rogers, který chtěl hlavně komunikovat s nemocným a naslouchat jeho potřebám. Saundersová kladla velký důraz na nutnost multidisciplinární péče a jako první přišla s konceptem péče o „celkovou bolest“. Myšlenky nového hospicového hnutí se rozšířily rychle do mnoha zemí. Postupem času se začala rozvíjet i domácí hospicová péče, a to především v USA, kde je dnes taková péče dokonce považována za základní (Peřina 2016).

V roce 1975 kanadský lékař Belfour Mount použil označení oddělení paliativní péče pro své nemocniční oddělení v montrealské Royal Victoria Hospital. Další organizační formou paliativní péče se stávají specializované ambulance a konziliární paliativní týmy či lůžková paliativní oddělení nemocnic (Pechová, et al. 2020).

1.3 Historie paliativní péče v ČR

Historie hospiců v České republice se datuje od roku 1993, kdy paní doktorka Marie Svatošová založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí jménem Ecce homo. Roku 1995 díky tomuto občanskému sdružení vznikl první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Tento hospic byl vybudován za 13 měsíců (Haškovcová 2000, s. 41).

Po roce 1989 se objevila jedna z prvních autorek zabývající se tématem umírání a smrti profesorka Helena Haškovcová. Ve svých článcích a knihách se zabývala problematikou thanatologie, naukou o umírání a smrti a péči o pacienty.

V roce 2001 vzniklo občanské sdružení Cesta domů, které v letech 2003–2004 uskutečnilo rozsáhlý výzkum zabývající se péčí o umírající pacienty. Výsledky výzkumu vyústily v tvorbu koncepce paliativní péče v ČR (Sláma, et al. 2004).

V roce 2005 vznikla Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče sdružující poskytovatele hospicové péče. Do roku 2007 prosadila asociace uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče a je členem Evropské asociace paliativní péče. *Ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR se APHPP podílela na vytvoření prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče* (APHPP 2016).

V roce 2010 majitelé české společnosti AVAST Software, Pavel Baudiš a Eduard Kučera se svými manželkami založili Nadační fond AVAST. V grantových kolech podpořili mnoho projektů, které se zaměřují na pomoc umírajícím. Jedním z nich byla podpora vzniku Centra paliativní péče v Praze roku 2014. Centrum je zaměřené na výzkum, o jehož výsledky se opírají legislativní opatření. Dalším cílem centra je zkvalitnění péče o pacienty a edukace v paliativní péči (Bužgová 2015).

V roce 2020 bylo v ČR osmnáct lůžkových hospiců. Svůj lůžkový hospic má každý kraj s výjimkou Vysočiny. Tam se plánuje postavení lůžkového hospice do dvou let. Kromě lůžkových hospiců působí na území České republiky celá řada domácích hospiců, kterých je stále nedostatek vzhledem k jejich dojezdové vzdálenosti. Dle vyjádření Roberta Huneše, ředitele Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna a prezidenta Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, je potřebných domácích hospiců sotva polovina (Huneš 2021).

1.4 Dělení paliativní péče

Paliativní péče se dělí podle komplexnosti na obecnou a specializovanou paliativní péči a objevuje se také označení paliativní přístup, který by měl dát rámec pro poskytování paliativní péče v sociálních službách (Pechová, et al. 2020). V odborné literatuře se objevuje také termín hospicová péče.

1.4.1 Paliativní péče obecná

Obecná paliativní péče je dobrá klinická péče o umírajícího v pokročilé fázi jeho onemocnění. Součástí této péče je dobrá komunikace s nemocným i jeho rodinou. Důležitá je léčba symptomů nemoci a psychosociální podpora (Sláma, et al. 2011, s. 30).

Tradičně se paliativní medicína soustředila na péči o pokročile nemocné, většinou s onkologickou diagnózou. V posledním desetiletí se poskytuje paliativní medicína lidem s progresivními chronickými a jinými smrtelnými chorobami (Pechová et al., 2020). Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytovat dle Slámy všichni lékaři v rámci své klinické práce. Obecná paliativní péče je součástí medicíny a je vhodným doplněním

kurativní léčby. Nevylučuje se s ní, protože prioritou paliativní péče je zabezpečit co nejvyšší kvalitu života klienta. Oba typy léčby mohou být poskytovány současně a je možné je měnit a upravovat podle přání klienta a jeho aktuálního stavu (Sláma, et al. 2020). Obecnou paliativní péči dle Slámy zajišťují praktičtí lékaři s agenturami domácí péče, ale také lékaři specialisté, kteří léčí nemocné v rámci své odbornosti. Patří sem onkologové, internisti, geriatři a neurologové. Ve chvílích, kdy obecná paliativní medicína není schopna díky závažnosti potřeb klienta léčit, měli by poskytovatelé obecné paliativní péče plynule zabezpečit přechod na specializovanou paliativní péči (Sláma, et al. 2020).

1.4.2 Paliativní péče specializovaná

Specializovanou paliativní péči poskytuje pacientům a jejich rodinám tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi (Sláma, et al. 2011, s. 30). Potřebné zkušenosti a hlavně laskavý a vstřícný přístup týmu odborníků je zcela zásadní. Nejčastější formou poskytované specializované paliativní péče v České republice je hospic a zařízení poskytující domácí hospicovou péči (Plevová, et al. 2011). Za specializovanou paliativní péči můžeme považovat hospicovou paliativní péči, která bývá poskytována klientům v terminální fázi jejich života (Péče 2020).

Hospicová péče je specifická v komplexnosti vnímání potřeb umírajícího jedince, ve všech složkách bytí, biologických, psychologických, sociálních, a také i spirituálních. Nosnou myšlenkou je úcta k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti. Je potřeba vnímat klienta se všemi jeho potřebami a s celým jeho životním příběhem.

Hospicová péče spojuje lékařské, ošetrovatelské, rehabilitačně-ošetrovatelské a poradenské činnosti. Poskytuje se nevléčitelně nemocným klientům v preterminálním a terminálním stavu. U těchto klientů byly vyčerpány možnosti kauzální léčby. Pokračuje se v symptomatické léčbě, která minimalizuje bolest, a cílem je zmírnit potíže a komplikace vyplývající z diagnózy. Zohledňuje bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného (Zuzka 1998). Hospic nemocnému garantuje, že bude plně respektována jeho lidská důstojnost, nebude trpět nesnesitelnou bolestí a nezůstane sám v poslední etapě svého života (Svatošová 1995).

1.4.3 Paliativní přístup

Pojem paliativní přístup je používán běžně např. ve Velké Británii nebo Irsku. Takto specifikovaný přístup by mohl dát jasnější vodítko i sociálním službám a dalším oborům. *Paliativní přístup k poskytování péče stvrzuje život a respektuje umírání jako normální proces* (Pechová, et al. 2020, s. 16).

1.5 Formy paliativní péče

Domácí specializovaná paliativní péče je dle Pochmanové (2016, s. 37) v České republice definována dostupností služby dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu. Pečující se mohou na zdravotní sestru v pohotovosti kdykoliv telefonicky obrátit. Vědomí, že na péči v závěru života nejsou sami a že v případě jakýchkoliv komplikací sestra nebo lékař přijedou, je pro rodinu nemocného obrovskou podporou. V domácí péči je v týmu přítomný lékař s atestací paliatra. Tým domácí hospicové péče je multidisciplinární, zahrnuje také profese sociálního pracovníka, případně duchovního. Domácí hospic pomáhá nevléčitelně nemocným lidem prožít důstojným způsobem a v rodinném kruhu poslední období života. Lékaři a sestry navštěvují pacienta doma, předpokladem je zapojení rodiny do péče o nemocného (APHPP 2016). Domácí specializovaná péče je poskytována v přirozeném sociálním prostředí klienta a zcela zásadní je účast blízké osoby. Práci týmu domácího hospice limituje dojezdovost týmu ke klientovi. Domácích hospiců právě díky této dojezdové vzdálenosti je stále nedostatek, jak konstatuje Robert Huneš, ředitel Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna a prezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (Huneš 2021).

Specializované ambulance paliativní péče pomáhají nemocným, kteří nejsou umístěni ve zdravotnických zařízeních (Sláma, et al. 2004). Patří sem ambulance paliativní medicíny a ambulance pro léčbu bolesti (ČSPM 2016). Pomáhají nemocným s chronickou bolestí, neposkytují specializovanou paliativní péči. Nevýhodou jsou dlouhé čekací lhůty, protože nemocný potřebuje bolest léčit okamžitě (Pochmanová 2016). V ambulancích slouží lékaři s atestací paliativní medicíny a léčby bolesti (ČSPM 2016).

Oddělení paliativní péče jsou i v nemocnicích. Mají podobu klasických oddělení s hospicovými lůžky. V nemocničním prostředí fungují i konziliární paliativní týmy, které pomáhají jako expertní poradenský tým pro kolegy z různých oddělení a mají ve většině případů na starost i péči o rodinu nemocného (CPP 2022).

Lůžkový hospic je zdravotnické zařízení, které poskytuje nepřetržitou péči nemocným v terminálním stádiu nemoci, kdy jsou již vyčerpány všechny možnosti léčby kurativní. Je nutná pouze léčba paliativní, které můžeme říkat také úlevná (APHPP 2016). *Posláním hospiců je zajistit důstojný, bezbolestný a naplněný konec života* (Huneš 2021, s. 11).

Tým hospice je multidisciplinární a skládá se ze zdravotních sester, lékařů, ošetrovatelek, duchovních, psychologů a sociálních pracovníků. Plní přání a zabezpečuje potřeby klienta, řeší fyzické obtíže, ale také i emoční, vztahové a duchovní (Huneš 2021, s. 10).

2 Příjemci paliativní péče

Příjemce paliativní péče najdeme ve všech segmentech zdravotně sociálního systému, v domácím prostředí, v ambulantní péči, v lůžkových zařízeních akutní, následné i dlouhodobé péče (Kabelka, et al. 2016). Nejdříve se paliativní péče poskytovala nejvíce onkologicky nemocným pacientům v terminálním stadiu (tedy několik týdnů až dnů před smrtí), v posledních dvaceti letech dochází k rozšíření příjemců paliativní péče i z jiných skupin nemocných, například s chronickým onemocněním (Umírání, 2013).

Dle Slámy (2011, s. 27) mohou mít prospěch z paliativní péče klienti, kterým jsou diagnostikována nádorová onemocnění, konečná stádia chronického srdečního selhání, chronické obstrukční nemoci, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, cévní příhody, konečná stádia AIDS, nemocní ve vegetativním stavu a polymorbidní tzv. křehcí geriatrictí klienti.

Nejčastější příčinou smrti byly v ČR v roce 2020 u mužů i žen nemoci oběhové soustavy. Druhou nejčastější příčinou byly zhoubné novotvary, třetí nejčastější příčinou smrti byly nemoci dýchací soustavy (ÚZIS, 2021)¹. Příjemci paliativní péče mohou být lidé z různých věkových kategorií. Předmětem této práce jsou senioři.

2.1 Senioři v paliativní péči

Senioři jsou velmi různorodá skupina. Podle MPSV čítá subpopulace seniorů v ČR dva miliony osob. Různorodost je dána věkem, zdravotním stavem, příjmy, místem bydliště, zájmy, sociálním zázemím atd. *V ČR neexistuje univerzální definice seniora.* V některých dokumentech se setkáváme s definicí seniora nebo seniorky ve věku 60 let, v některých případech je uváděna hranice 65 let (MPSV, 2022). V roce 2020 bylo v populaci České republiky zaznamenáno 129 289 úmrtí (ÚZIS, 2021). Podle Českého statistického úřadu bylo 109 244 osob seniorského věku s dolní hranicí 65 let (ČSÚ, 2021)².

¹ Viz příloha č.1 Struktura zemřelých podle příčin v letech 2010 a 2020

² Viz příloha č.2 Senioři v ČR v datech

2.2 Geriatrická křehkost

Poskytování paliativní péče se v posledních 30 letech intenzivně řeší po celém světě. Je to kvůli zvyšujícímu se věku dožití a vysokému výskytu chronických chorob. Paliativní péče u křehkých seniorů, kteří trpí chronickou chorobou, je potřebná. Nepokouší se o kurativní přístup, ale zaměřuje se na kontrolu symptomů a zajištění kvality života (Hrdá et al., 2018). V paliativní péči o křehké geriatrické klienty lze těžko předpovídat zbývající délku života. Trajektorie umírání je odlišná od trajektorie onkologických nemocných nebo umírajících na orgánová selhání. Vzhledem k tomuto faktu dochází k překrývání paliativní péče a aktivizace. V obou případech je ale kladen důraz na kvalitu života, ochranu důstojnosti o zabránění osamělosti a utrpení (Sláma, et al. 2011).

Křehkost seniorů s věkem roste, zhoršuje se schopnost jejich adaptability, objevuje se nestabilita a řada funkčních deficitů. I menší intenzita zátěže vede ke zhoršování stavu (Kalvach, et al. 2008). Ubývají kognitivní schopnosti, objevuje se neschopnost pohybu, ale i příjmu potravy a v mnoha případech se potýkáme s inkontinencí. Chřadnutí bývá doprovázeno změnami v psychice jedinců, velmi často se objevuje deprese (Hrdá, et al. 2018). V závěru života seniorů musíme respektovat jejich potřeby a přání, mluvit s nimi o jejich představách. Špatenková (2014, s. 57) vidí podstatu specifických potřeb seniorů především v pochopení problémů starého člověka, v uplatňování holistického přístupu a zajištění péče.

2.3 Specifické potřeby seniorů v závěru života

Potřebu definuje Matoušek (2008, s. 147), jako motiv k jednání. Popisuje okruhy vztahující se k tělesné a psychické pohodě, k bezpečí, okruh vztahující se k blízkým, ke společenskému uplatnění a okruh spirituálních potřeb.

Potřeby umírajícího člověka je nutno saturovat ve čtyřech základních oblastech, a to v biologické, psychologické, sociální a spirituální (Jankovský 2003, s. 143-144). Haškovcová (2010, s. 252) uvádí, že mezi základní biologické potřeby patří náležitá výživa, pitný režim, pravidelný odpočinek, do kterého patří i spánek a celková čistota člověka i prostředí. Špatenková (2014, s. 54) z psychologických potřeb zdůrazňuje potřebu bezpečí a jistoty, potřebu sounáležitosti a lásky, nezapomíná na potřebu sebeúcty. Haškovcová (2010, s. 253) upozorňuje na potřebu informovanosti nemocného nejen o jeho nemoci, ale také o jeho rodině, ale hlavně potřebě sebeurčení, možnosti rozhodovat o své léčbě. Důležité jsou také duchovní potřeby. Jak říká kaplanka Domova Sue Ryder

Eržika Frinková (Pros, 2021), *duchovní otázky se týkají naší existence, smyslu našeho života, vztahu k sobě, svému bližnímu a k tomu, co nás přesahuje. V závěru života se k duchovním otázkám mnozí lidé po velké pauze zase vrací*. Frinková tvrdí, že senioři mají víc času přemýšlet nad svým životem a bilancují, co se povedlo a co ne. Brzáková Beksová (2013, s. 10) shrnuje: *Mezi poslední věci člověka patří životní bilance i transformace motivů a potřeb. Senioři většinou úročí svou minulost, zrcadlí ji do prožívané přítomnosti a očekávané blízké budoucnosti*. Pro pochopení situace umírajícího člověka je především zapotřebí přistupovat k závěru jeho života s respektem k individuálním potřebám a s ohledem na jeho konkrétní životní situaci.

Jedním z velkých přání a tím i naplnění potřeb blízkosti a intimity je přání umřít doma.

2.4 Umírání doma a v instituci

Pro řadu rodin je nemožné splnit svému blízkému přání zemřít doma. Brání tomu řada okolností. Nejčastější je ta, že se o nemocného nemá kdo postarat. Zabezpečit péči je samozřejmě i finančně náročné. *Zdravotní pojišťovny totiž proplácejí jen zdravotní domácí péči, sociální péči si musí pacient většinou hradit ze svého* (Kolářová, 2015).

Pokud senior nezvládá péči o sebe sama (jeho zdravotní stav to neumožňuje), je nutné tuto situaci řešit. Podmínkou, aby nemocný mohl zůstat doma, je blízký pečující (nemusí to být rodinný příslušník), který je seznámený s prognózou nemoci a je ochotný se o něj postarat a zajistit běžný chod domácnosti. Pak je možné, aby byl v péči domácí hospicové péče. Pokud za nemocného nemůže nikdo převzít zodpovědnost, je vhodnější zažádat o hospitalizaci do lůžkového hospice (Huneš, et al. 2021, s. 11).

Řešením je podle odborníků zejména rozvoj paliativní péče ve stávajících nemocnicích a sociálních zařízeních a umožnění příbuzným pobyt u umírajícího v institucích (Kolářová, 2015).

3 Pobytová zařízení pro seniory

Pobytové zařízení pro seniory jsou podle Hrozenkové (2013, s. 65):

- domovy s pečovatelskou službou, které kombinují pečovatelskou službu a pobytové zařízení,
- domovy pro seniory, ve kterých se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a vyžadují pomoc jiné osoby,
- domovy se zvláštním režimem, ve kterých se poskytují služby osobám z důvodu chronického duševního onemocnění nebo v závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou nebo Alzheimerovou demencí a jinými typy demence,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých jsou poskytovány služby osobám z důvodu zdravotního postižení.

V Registru poskytovatelů sociálních služeb České republiky je k lednu 2022 evidováno 526 domovů pro seniory, 382 domovů se zvláštním režimem a 205 domovů pro osoby se zdravotním postižením. V Libereckém kraji je 21 domovů pro seniory, 19 domovů se zvláštním režimem a 9 domovů pro osoby se zdravotním postižením (MPSV 2022).

Ke konci roku 2020 žilo bezmála 51 tisíc seniorů (2,5 % ze všech osob ve věku 66 a více let) v některém ze zařízení sociálních služeb. Nejčastější pobytovou službou jsou domovy pro seniory, ve kterých žilo ke konci roku 2020 celkem 32 tisíc osob (ČSÚ 2021). Z hlediska paliativní péče se pobytovými zařízeními budeme zabývat hlavně proto, že nezanedbatelná část seniorů závěr života tráví právě v těchto sociálních institucích. Geriatrictí křehcí klienti žijí v pobytových zařízeních s velkou četností (odhadem až 75 %) (Kalvach et al., 2008). V sociálních zařízeních v roce 2020 zemřelo 10,7 % všech zemřelých, což je pro sledování paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory³ důležitým aspektem. K největšímu počtu úmrtí došlo v roce 2020 v nemocnicích a to celkem 60,4 %. Ve vlastním sociálním prostředí zemřelo v tom stejném roce 30 375 osob, což je 23,5 % z celkového počtu zemřelých (ČSÚ 2020).

³ Viz příloha č. 3 Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2020

3.1 Poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory

Paliativní péče v závěru života je podle Horeckého (Koubová 2019) cílem mnoha zařízení sociálních služeb. Ze strany pobytových sociálních služeb je vidět zájem o poskytování komplexní péče v souladu s přáním klientů až do konce života. *Některá zařízení jsou kvalitativně na vysoké úrovni a mají v této oblasti vzdělaný personál (nebo alespoň jeho část), jiná zařízení se péči při umírání vyhýbají, jak jen mohou, a odpovědnost přehazují na zdravotnická zařízení,*“ uvádí prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Jiří Horecký (Koubová 2018).

Paliativní péče je zdravotně-sociální koncept a pro její kvalitu je důležitá spolupráce mezi zdravotními a sociálními zařízeními v konkrétním regionu nebo místě (Koubová 2018).

Asociace poskytovatelů sociálních služeb nabízí možnost získat certifikaci paliativního přístupu v sociálních službách. Projekt je realizován od roku 2016 a jeho hlavním cílem je podpora kvality poskytování služeb, podpora při zavádění paliativní péče, ale také odborná zpětná vazba. Certifikace, vytvořená na základě švýcarského modelu, se zaměřuje na nastavení paliativního přístupu v pobytových sociálních službách na úrovni obecné paliativní péče a na zajištění kvality péče v závěru života, s akcentem na uspokojování bio-psycho-socio a spirituálních potřeb klientů sociálních služeb. Systém certifikace paliativního přístupu v sociálních službách je určen pro domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Uděluje se ve dvou stupních, v základním a rozšířeném. Přihlášení do certifikace je podmíněno doloženým vzděláním v paliativní péči alespoň u 50 % zaměstnanců. U rozšířeného stupně certifikace je požadováno zajištění celodenní přítomnosti zdravotní sestry a prokazatelná zkušenost s klientem, kterému byla indikována paliativní péče. V další fázi se hodnotí devět kritérií⁴: *koncepte paliativní péče, zjišťování potřeb klienta, individuální přístup a péče, práva klienta, lékařské zajištění, koordinace péče, spolupráce a komunikace, podpora pracovníků, spolupráce a zapojení blízkých osob a kultura rozloučení*. Certifikované zařízení získá výslednou zprávu a osvědčení o certifikaci (APSS 2022).

V domovech pro seniory je mnoho bariér k poskytování kvalitní paliativní péče: Jiří Horecký uvádí, že jsou to hlavně *strach z tématu umírání a smrti ve společnosti*,

⁴ Viz příloha č. 5 Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách

nerealistická očekávání rodinných příslušníků, nespolupráce mezi profesemi, zejména na zdravotně-sociálním pomezí, nedostatečné množství personálu na směně, málo vzdělaný personál, nevyjasněnost mnoha otázek v konceptu paliativní péče v České republice a podobně. Samozřejmě možnosti poskytování paliativní péče ovlivňuje i celkový nedostatek všeobecných sester anebo nastavení financování ošetrovatelské péče, které de facto s paliativní péčí v domovech pro seniory nepočítá. Velikou a zásadní překážkou je pak nespolupráce praktického lékaře (Koubová 2018).

Jedním z prvních domovů pro seniory, kde začali poskytovat paliativní péči svým klientům, je domov pro seniory Sue Ryder v Praze. Vyzkoušeli tam model sdílené péče s domácí hospicovou péčí Cesta domů. Na základě této zkušenosti a poznatků ze zahraniční stáže Pechová (2020, s. 85–177) vytvořila metodiku, jak implementovat paliativní péči do pobytových zařízení pro seniory. Důležitost sociální práce v paliativní péči v pobytových zařízeních pro seniory lze vnímat hlavně v komunikaci s klientem o jeho přáních a představách, ale velice důležité je také vytvořit s rodinou plán péče v závěru života jejich blízkého. Ve chvílích zhoršení zdravotního stavu nemocného pečující personál musí vědět, co má udělat.

Hrdá (2018, s. 23) specifikuje 4 základní fáze paliativní péče:

- plánování budoucí péče,
- sestavení plánu péče v závěru života,
- poskytování péče v závěru života,
- pozůstalostní péče o rodinu zemřelého.

3.1.1 Plánování budoucí péče

Plánování budoucí péče (anglicky Advance Care Planning) je proces, který pomáhá člověku vyjádřit hodnoty, představy a cíle a popsat, jak by měla vypadat péče v závěru jeho života. Důležitou součástí plánu je rozhovor o cílech péče. I v případě, že se klient nemůže vyjádřit, lze například z mimiky nebo jeho chování zjistit, jak by to klient chtěl, a zaznamenat to do dokumentace. Je důležitý průběžný sběr informací již od začátku péče při příjmu, a také v průběhu péče (Hrdá, et al. 2018).

Plánování budoucí péče pracuje s perspektivou toho, že nastane doba, kdy o sobě člověk nebude moci rozhodnout. Což je perspektiva, kterou má před sebou většina klientů pobytových zařízení pro seniory. Výstupem plánování péče je dokument pod názvem Plán péče v závěru života (Hrdá, et al. 2018).

3.1.2 Plán péče v závěru života

Plán péče v závěru života vzniká podle Pechové (2020, s. 123) v rozmezí dnů až týdnů v závislosti na komunikaci s lékařem a obsahuje také shrnující rozhovor. Aktualizace plánu péče probíhá dle fáze vývoje stavu klienta. Nejpozději v době, kdy klient dospěje do terminální fáze, by měl lékař zapsat limitace péče (neresuscitovat apod.).

Praktický lékař, který umí odborně posoudit zdravotní stav klienta a umí také nastavit plán léčby, je zcela zásadní pro poskytování paliativní péče v pobytovém zařízení. Může předepsat léky, ale i pomůcky, které pomáhají s péčí o seniora (Hrdá, et al. 2018, s. 44). Otázku diagnózy a prognózy by měl s klientem komunikovat lékař, praktický lékař nebo paliatr (Pechová, et al. 2020, s. 123). Tady záleží na tom, jaký model paliativní péče organizace poskytuje. Zda zvládne poskytovat paliativní péči personál pobytového zařízení domova, nebo se jedná o sdílenou péči. Vše záleží na personálních podmínkách konkrétního domova.

Shrnující rozhovor nebo několik rozhovorů musí nastat v čase, kdy se klient dostává do terminální fáze nemoci. Dle Pechové (2020, s. 123) by měl shrnující rozhovor proběhnout s klientem, blízkou osobou klienta nebo s případným opatrovníkem.

Důležité je, kdo rozhovory povede, jak je povede a kam zaznamená informace. Běžný sběr dat vyžaduje účast všech pracovníků v přímé péči. Každý pracovník by měl umět zareagovat v situaci, kdy se klient nebo jeho rodina dotkne citlivého tématu smrti. Schopnosti komunikovat o tomto tématu mají někteří více, někteří méně. Pokud chce organizace poskytovat paliativní péči, tak se pečující personál tématu smrti nemůže vyhýbat, měl by mít o ní dostatek vědomostí a měl by mít sám zpracovanou otázku smrti. Také by měl vědět, na koho se může v organizaci obrátit, kdo je kompetentní předat informace klientovi a rodině. Nejčastěji to v organizacích bývají sociální pracovníci, psychologové, kaplani apod. Komunikace by měla proběhnout jak s klientem, tak s pečující osobou. Účastníků shrnujícího rozhovoru může být více (lékař, klient, rodina, případně opatrovník). Rozhovor může být rozložen v čase podle organizačních a časových možností aktérů, a to nejprve rozhovor lékaře s klientem, následně rozhovor lékaře s rodinou, klienta s pracovníkem organizace a v neposlední řadě pracovníka organizace s rodinou (Pechová, et al. 2020, s. 123).

Rozhovory musí být vedeny profesionálně, v soukromí a všichni účastníci se mají cítit bezpečně. Shrnující rozhovor se zaznamenává ve formě shrnujícího dokumentu (Pechová, et al. 2020).

Aby plán péče v závěru života byl dobrou podporou všem zúčastněným v době, kdy se zhorší zdravotní stav nemocného, je potřeba, aby jeho součástí dle Pechové (2020, s. 126) bylo:

- shrnutí stávajícího stavu,
- záznam diagnózy klienta a prognóza vývoje,
- přání a představy klienta, jak by měla péče vypadat,
- přání a představy o péči ze strany jeho blízkých,
- cíle péče a vzájemná dohoda o dalším postupu,
- stanovení hlavní kontaktní osoby, která je určena a stvrzena pro komunikaci s klientem, personálem a rodinou, ale také kdo z rodiny bude mít mandát rozhodnout, jak se bude v péči pokračovat,
- limity péče v organizaci a také jak se s nimi v organizaci vypořádají.

Plán péče by měl být součástí individuálního plánu (Hrdá, et al. 2018, s. 73).

3.1.3 Poskytování péče v závěru života

Postupy paliativní péče je vhodné ošetřit interními standardy. Důležitým momentem při poskytování péče je předávání si informací o změnách ve stavu pacienta, jeho přáních, o změnách v postojích rodiny. Je to důležité zejména kvůli směnnosti provozu. Vhodnost způsobu zaznamenávání záleží na konkrétní organizaci (Pechová et al. 2020, s. 127).

Pro poskytování paliativní péče v pobytovém zařízení je nezbytné pracovat i s prostředím. Soustředit se na soukromí umírajícího, na ticho, světlo a vůně. Zabezpečit soukromí v domovech bývá náročné. Stejně důležité je také myslet na to, že v terminálním stádiu nemoci by rodina chtěla být nemocnému blízko. Ideální je mít podmínky pro přespání rodinných příslušníků (Pechová, et al. 2020, s. 132).

3.1.4 Pozůstalostní péče

Smrt blízkého člověka, a nemusí to být příbuzný, znamená vždy ztrátu. Truchlení je reakcí na tuto ztrátu. Bezprostředně po smrti klienta je potřebné podpořit rodinu. Dle Slámy (2011, s. 317) je vhodné při příchodu rodiny setrvat chvíli v klidném rozhovoru, informovat o tom, jak klient umíral, a ujistit je, že netrpěl, důstojně předat osobní věci a nabídnout informace o vystavení úmrtního listu a možnosti zařídit pohřební

službu. *Pozůstalí se často ptají na to, jak jejich blízký umíral*, konstatuje také Svobodová (2021, s. 78).

Rozsah pozůstalostní péče je dána domluvou uvnitř organizace. Elementární pozůstalostní péčí je možnost se s klientem rozloučit. A to bezprostředně po úmrtí, na pokoji nebo v rozlučkové místnosti v případě, že ji má domov k dispozici. Dále je vhodným způsobem potřeba uspořádat rozloučení. Vhodnou formou je konání zádušní mše, vzpomínkového setkání kolem Svátku zesnulých, a také konkrétní rozloučení s člověkem. Obyvatelé domova by se měli na veřejně přístupném místě dozvědět o smrti jejich spoluobyvatele. Vhodný způsob je vyvěšení parte na pietním místě s květinou nebo zapálenou svíčkou (Pechová, et al. 2020, s. 137).

Do pozůstalostní péče by měli být zahrnuti rodinní příslušníci, spolubydlíci, a také pečující personál, který si s klientem díky intenzivní péči vytvořil blízký vztah. V případě dostatečných kapacit domova je možné nabídnout individuální podporu pozůstalým, nebo mít vytvořený seznam kontaktů, kam je můžeme odkázat pro podporu (Pechová, et al. 2020, s. 136).

Pozůstalí by měli mít možnost vyhledat odbornou pomoc. Špatenková (2014, s. 137) uvádí, že formalizovaná pomoc truchlícím může být poskytována kvalitními odborníky (poradci pro pozůstalé), svépomocnými skupinami, církevními organizacemi, ale také by mělo být běžně poskytováno pracovníky v pomáhajících profesích.

3.2 Nároky na organizaci a pracovníky při zavádění paliativní péče

Nároky na organizaci a pracovníky při zavádění paliativní péče do domova specifikuje Hrdá (2016, s. 28) v těchto oblastech:

- ve vymezení hranic je důležité uvědomit si, co je organizace schopna zvládnout,
- v komunikaci s rodinami, která přináší řadu úskalí, protože ne vždy rodinní příslušníci přijímají stav nemocného,
- v kvalifikaci pracovníků, jejich dovednostech, zkušenostech a odvahy pracovat s nemocnými v závěru života, jejich emocemi a otevřenosti k tématu umírání a smrti, jejich proaktivitou,
- v organizaci práce a efektivitě komunikace projevující se v rychlosti a přesnosti předávání informací, nalézání shody o cílech péče a v plánu péče,
- v administrativní zátěži ve formě přesných zápisů do dokumentace včetně přesných pravidel pro využívání opiátů,

- v citlivosti zjišťování přání a potřeb klientů i rodinných příslušníků a jejich plnění,
- ve spolupráci s praktickými lékaři nebo odborníky na specializovanou péči.

3.3 Přínosy pro organizaci a pracovníky

Poskytování paliativní péče je přínosem, a to nejen klientům a jejich blízkým, ale také organizaci a jejím pracovníkům. Hrdá (2016, s. 28) jmenuje tyto:

- zážitek dobrého konce, který umožní pečujícímu personálu, ale také obyvatelům domova uzavřít příběh života konkrétního člověka,
- větší zaměření na potřeby a přání klientů a navázání užšího vztahu s nimi i jejich rodinami, které se zapojí do péče,
- zkvalitnění komunikace mezi členy týmu, zvýšení jejich kompetencí a kvalit,
- rozšíření komunikace mezi lékaři a domovy,
- ekonomický přínos, který se projeví tím, že pokud dojde ke snížení hospitalizací, domov nebude přicházet o příspěvky na péči a platbu za ubytování,
- nemalým přínosem bude také dobré jméno organizace.

4 Metodika průzkumu

4.1 Cíle průzkumu a otázky

Cílem průzkumu je popsat a zjistit, zda a jak je poskytována paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji. K naplnění cíle bakalářské práce byly stanoveny dvě průzkumné otázky:

- 1) Je ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji poskytována paliativní péče?
- 2) Jakým způsobem je paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory poskytována?

4.2 Metody sběru dat

Pro získání dat byla zvolena kvalitativní metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu (Švaříček, et al. 2007, s. 17).

4.3 Popis a výběr respondentů

V Libereckém kraji je 21 domovů pro seniory, 19 domovů se zvláštním režimem a 9 domovů pro osoby se zdravotním postižením (MPSV 2022). Pro účely bakalářské práce byly zvoleny domovy seniorů, některé z nich slouží zároveň jako domovy se zvláštním režimem. Vybrány byly tři velké domovy, které jsou příspěvkovými organizacemi, dále byl vybrán domov rodinného typu a zařízení se soukromým majitelem. Důvodem výběru bylo porovnání péče v různých typech domovů, co se týká velikosti a provozovatele. Údaje o respondentech průzkumu jsou vloženy do tabulky (Tabulka 1).

Tabulka 1 – údaje o respondentech průzkumu

Označení respondenta	Pracovní pozice	Délka pracovního poměru	Velikost domova	Typ zařízení
R1	VZSS	8 let	Cca 100 klientů	DS a DZR
R2	SP	10 let	Cca 20 klientů	DS
R3	SP	6 let	Cca 100 klientů	DS
R4	VZSS	18 let	Cca 200 klientů	DS a DZR
R5	SP	Méně než 1 rok	Cca 100 klientů	DS a DZR

R – respondent/ka, VZSS – vedoucí zdravotně sociální služby, SP – sociální pracovník/ce
 DS – domov seniorů, DZR – domov se zvláštním režimem

Zdroj: vlastní průzkum

4.4 Průběh šetření

Na webových stránkách jednotlivých domovů pro seniory byly vyhledány kontakty na sociální pracovníky/ce nebo vedoucí sociální a zdravotní péče. Tyto pracovnice (respondentky jsou ze 100 % ženy) byly telefonicky kontaktovány a požádány o rozhovor. Bylo jim zdůrazněno zachování anonymity a byl jim vysvětlen účel sběru dat. Rozhovory byly prováděny od srpna 2021 do února 2022, průměrná délka rozhovoru byla 45 min. Z audio záznamu rozhovoru byl vytvořen inteligentní přepis, který měl v průměru velikost 10 normostran. Přepisem byla data připravena pro následnou analýzu.

4.5 Etické hledisko

Vzhledem k náročnosti tématu byla respondentům několikrát zdůrazněna anonymizace dat. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Nahrávky rozhovorů a jejich inteligentní přepis, ve kterém je zachována doslovnost, ale eliminovány interpunkce a zápisové značky, jsou uloženy na osobním disku autorky této práce. Veškerá jména osob, jakákoliv upřesňující data, která by mohla prozradit totožnost respondentek, jsou v rámci zachování anonymity a ochrany osobních údajů pozměněna.

5 Výsledky průzkumu

5.1 Analýza průzkumu

Rozhovory byly několikrát pročitány. K významným a důležitým oblastem byly připsány poznámky. Z komentovaných úryvků a dat byly vytvořeny kódy. Z tematicky svázaných kódů byly vytvořeny kategorie. Kategorie a příslušné kódy byly zaznamenány do tabulky (Tabulka 2).

Tabulka 2 Kategorie a kódy vzniklé z otevřeného kódování

Vzniklé kategorie	Názvy kódů
Paliativní péče očima respondentů	Vnímání paliativní péče respondenty
	Zkušenost respondentů se smrtí klientů, zkušenost s doprovázením
	Názor respondentů na poskytování péče v jejich domově
	Ochota respondentů poskytovat paliativní péči
Podmínky pro poskytování paliativní péče	Lékařské zajištění péče
	24hodinová péče zdravotní sestry
	Školení zaměstnanců ohledně poskytování paliativní péče
	Materiálně technické vybavení
Realizace paliativní péče	Sledování a vyhodnocování zdravotního stavu klienta
	Zapojení rodiny do péče o klienty a rozhodování o postupu péče
	Přání klienta, důstojnost zacházení s ním a podpora jeho autonomie
	Řešení psychických a duchovních potřeb klienta
Zúčastněné obory v paliativní péči	Multidisciplinarita týmu
	Předávání informací
	Komunikace v týmu a kompetence
	Dobrovolníci
Kultura rozloučení se zemřelým a pozůstalostní péče	Péče o tělo zemřelého
	Rozloučení se zemřelým
	Rituály spojené se smrtí
	Péče o pozůstalé

Zdroj: vlastní průzkum

5.2 Komparace kategorií a kódů s daty získanými z expertního rozhovoru

V domově, který je garantem zavádění paliativní péče do 15 vybraných pobytových zařízení v ČR v rámci grantového programu Nadačního fondu ABAKUS s praktikující expertkou na vzdělávání a zavádění programu do praxe udělán online rozhovor. Poznatky z tohoto rozhovoru byly použity pro komparaci poskytování paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji. V komparaci je uvedena celá řada citací výpovědí jednotlivých respondentů. Pro citaci byla zvolena kurzíva, pro specifikaci konkrétního respondenta před citací je uvedeno R1–R5. Model péče ve vzorovém domově je specifikován zkratkou VD.

5.2.1 Paliativní péče očima respondentů

Vnímání paliativní péče zaměstnanci domovů

(VD) Je důležitý to, že ta paliativní péče není jenom péčí o klienta, ale že tam podstatnou roli hraje i rodina. A pak je to taková otázka vlastně jako nejen co zahrnuje, ale třeba i jaký časový úsek to je. U nás se snažíme o zavádění časné paliativy, takže máme některé klienty v paliativní péči v řádech měsíců.

(R1) Na úrovni seniorů paliativní péči vnímám víc s respektem k životu, který ti klienti odžili, a k tomu je netrápit, když už to není potřeba. Tišení bolesti, to je základ.

(R2) Já jako důležitou součást té paliativní péče opravdu považuju blízkost a vytvořit klientovi pocit bezpečí.

(R3) Paliativní péče je pečování o umírající, o lidi, pro které už ze zdravotnického hlediska nemůžeme nic moc udělat, doprovázení v posledních chvílích života, tak aby odcházeli důstojně, bez bolesti v okruhu svých nejbližších. Konec toho života.

(R4) Paliativní péče je léčba nebo pomoc umírajícím s tím, že se neléčí. V podstatě je to tlumení bolesti a je to péče v závěru života.

(R5) Máte klienty, kteří umírají, kteří nevnímají, a klienty, kteří to vnímají. Tam je nějaký prostor posedět s nimi, popovídat s nimi, nechat je vypovídat, nevím. Nebo s nimi jenom mlčet. Trávit s nimi ten čas. Pro mě osobně to znamená, péče o člověka po té tělesné, tak duševní stránce.

Všechny respondentky vnímají potřebu, aby klient netrpěl bolestí. V vzorovém domově vnímají, že paliativní péči je potřeba začít poskytovat včas, v řádech měsíců. Ostatní respondentky se zaměřily spíše na potřeby člověka mít někoho blízko, odcházet důstojně, trávit s nimi čas a postarat se o klienta po tělesné a také duchovní stránce.

Zkušenosti respondentů se smrtí klientů, zkušenost s doprovázením

R1 dlouholeté zkušenosti s doprovázením, minimálně 8 let.

(R2) Pokud odchází klient přes den, tak pravidelně chodím na ten pokoj a držím toho klienta opravdu jenom za ruku. A vlastně tady shledávám svoji roli, že člověk není sám.

U respondentky R3 nelze říct, zda přímo doprovází klienty.

R4 má dlouholeté zkušenosti s doprovázením klientů, má zkušenost se smrtí maminky i přítele. O smrti mluví otevřeně.

(R5) Ne. Nedoprovázela jsem nikoho.

Až na jednu respondentku, která nikoho nedoprovázela ve chvíli smrti, respondentky o tématu smrti mluvily otevřeně a mají zkušenost s doprovázením. U respondentky R3 není také přímo řečeno, zda doprovázela umírajícího, ale po smrti klientů pracuje s rodinami a jejich blízkými. Téma smrti pro ni nebylo tabu.

Názor respondentů na poskytování péče v jejich domově

(VD) Obecně v našem domově paliativní přístup je už prostoupen, protože již v roce 2013 jsme začali s psycho-biografickým modelem, což byl první krůček. V roce 2014 právě za pomoci NF AVAST, teď ABAKUS, dochází k integraci paliativní péče. A z toho důvodu, že už je to takhle několik let, nevím, jestli úplně zajetý, ale už je to přítomný, tak je tam opravdu to téma smrti něco, co není žádným tabu.

(R1) Nebojíme se vystoupit z komfortní zóny, děláme to pro toho klienta, ač by se mohlo někdy zdát, že to není komfortní pro nás, pro všechny.

(R2) Uvědomujeme si, jak velice senior trpí už jenom tím, že ve svém věku (průměrný věk našich klientů je 84 let) vlastně musel zaznamenat takovou změnu z toho přirozeného prostředí do nového prostředí. A i když se snažíme vytvořit to prostředí co nejbližší jeho

domovu, tak stále prostě jsme zařízení a nějaká pravidla tam platí. A vlastně to je tolik jako změna pro toho seniora, že si myslím, že si nezaslouží to, aby na poslední chvíli svého života odešel ještě zase do nějakého úplně cizího anonymního prostředí. Takže proto paliativní péče v našem domově je jeho nedílnou součástí. A paliativní péče v podstatě navazuje na tu naši předcházející péči.

Na dotaz, zda poskytují paliativní péči přímo v domově, respondentka R3 odpověděla: *Snažíme se o to.*

(R4) Doprovázet ty lidi se nám daří, daří se nám apelovat na ty rodiny.

(R5) Tak vlastně tady máme klienty, kteří umírají, nebo jsou v tom stádiu, a tady je o ně postaráno po té tělesné stránce, to znamená, že je umyjeme, dostanou najíst, přebalíme je, pohladíme je, a tím to končí. Prostě není prostor něco víc. A co se týká péče o rodinu, o rodinné příslušníky, tak to tady nemáme.

Všechny respondentky vyslovují názor, že paliativní péče v jejich zařízení je poskytována, až na respondentku č. 5, která cítí potřebu nadstavby nad klasickou péčí o tělo. Důvodem neposkytování paliativní péče je podle ní nedostatek času.

Ochota respondentů poskytovat paliativní péči

(R1) Komunikaci jsme si vzali plně na bedra my, protože my jsme to chtěli.

(R2) Takže to, co se snažíme dělat v péči o seniora, o kterého pečujeme v posledních letech života, tak o to se snažíme až do těch posledních chvil. Paliativní péče vlastně bývá zintenzivnění péče o tělo. Podle toho, jak jsme klienta poznali, a jak máme třeba zaznamenáno v individuálním plánu péče.

(R3) Lékař ve spolupráci se zdravotními sestrami nějakým způsobem zhodnotí zdravotní stav našich uživatelů nebo našeho uživatele. Jestli se bude jednat o paliativní péči, tak potom ten personál k tomu tak přistupuje. Už je to taky ve spolupráci s rodinou, protože některá rodina třeba nechce prodlužovat trápení toho jejich rodinného příslušníka a někteří naopak trvají na tom, abychom neustále vozili klienta do nemocnice. Záleží strašně na té komunikaci, rodinný příslušník, lékař, sestra, rodina, prostě to je ve velké spolupráci. A od toho se to potom odvíjí.

(R4) *Mým cílem a mých lidí, kteří se kolem mě shromažďují, je doprovodit ty lidi u nás do konce.*

(R5) *I já bych chtěla projít takovým školením (školení paliativy). To bych chtěla změnit. A ještě nevím jak (péče o pozůstalé). Respondentka projevuje ochotu vzdělávat se v paliativní péči a pečovat o pozůstalé. Chybí jí vědomosti, zkušenost a inspirace.*

U všech respondentek je zaznamenána ochota poskytovat paliativní péči.

5.2.2 Podmínky pro poskytování paliativní péče

Lékařské zajištění

(VD) *Máme svého domovského lékaře, praktika, který dochází do domova dvakrát týdně na vizity. V rámci konzilií má lékař své místo.*

(R1) *Tady není lékař 24hodin denně, tady je jenom obvodní lékař, se kterým úzce spolupracujeme.*

(R2) *A k tomu panu doktorovi jsem chtěla říct, že to není právě tak, že by tam byl pouze ten jeden den, ale že nám je k dispozici na telefonu od pondělka do neděle. Akorát od dvaceti hodin se řeší, když se stane něco akutního, přivoláním rychlé záchranné služby. Ale on jezdí i mimo ordinační dobu. Teď jsme měli paní, která měla velké bolesti břicha, tak přijel v sedm hodin večer.*

(R3) *Dochází sem dvakrát v týdnu náš lékař. Má povinnost informovat rodinu, když už vidí, že se to chýlí ke konci. Záleží na tom, jak oni se dohodnou. Sociální pracovníci do toho nemáme moc co mluvit, záleží na tom lékaři.*

(R4) *Lékařka sem dochází.*

(R5) *Doktor k nám dochází jednou týdně nebo dle potřeby.*

Spolupráci s obvodním lékařem mají navázány všechny domovy a je zajištěna lékařská péče. Četnost návštěv lékaře je jednou nebo dvakrát týdně, ve dvou domovech dle výpovědí respondentek se mohou spolehnout i na návštěvu lékaře mimo ordinační dobu.

24hodinová péče zdravotní sestry

(VD) Domov má zajištěnou 24hodinovou péči zdravotní sestry.

(R1) Domov má zajištěnou 24hodinovou péči zdravotní sestry.

(R2) *Donedávna byla 24hodinová péče zdravotní sestry, ale protože teď je velká nouze o zdravotní sestřičky, tak už se nám nepodařilo teď pravidelně pokrýt noční službu zdravotní sestrou. Máme dny, kdy noční slouží pouze pečovatelka.*

Ale když se čeká úmrtí, které má nastat v noci, tak my se snažíme mít dvě pečovatelky v noční službě. Aby jedna byla u toho klienta s paliativní péčí, jedna se postarala o péči v domově na zbytku oddělení.

(R3–R5) Domovy mají zajištěnou 24hodinovou péči zdravotní sestry.

Zdravotní sestra je pro poskytování kvalitní paliativní péče nezbytná. Pouze jeden domov tuto službu nemůže plně poskytnout ve všech nočních službách. Situaci řeší posílením týmu pečovatelek.

Školení zaměstnanců ohledně poskytování paliativní péče

(VD) *V našem domově se klade velký důraz na vzdělávání. My máme vzdělané v paliativní péči nejen vedoucí pozice, lékaře, ale máme vlastně vzdělané pracovníky i v přímé péči. Máme zajetý systém paliativních káv, což právě pořádá paní psychologka a koordinátorka paliativní péče. Je to vlastně na dobrovolné bázi a je to prostor pro úplně kohokoliv, kdo má čas a chuť přijít poslouchat a sdílet různé kazuistiky, zastavit se, promluvit si. Nahlas říct, co zažil, nebo nad čím přemýšlí, nebo s čím potřebuje pomoci. Je to takové týmové setkání, které nemá úplně jasný cíl a pravidla.*

(R1) *Personál byl školený v průběhu pěti let. Často jsme sem zvali hodně školitelů.*

(R2) *Opravdu bychom rádi doprovázeli naše klienty až do těchto posledních dnů a naučili se dobře poskytovat paliativní péči. Náš personál je na to proškolen.*

(R3) *Určitě probíhá v rámci povinného vzdělávání školení zaměstnanců na paliativní péči. Myslím, že několikrát tady byla i paliativní péče. To základní klasické školení v rámci povinného vzdělávání určitě mají.*

(R4) *Samozřejmě, že každý rok mají tu paliativní péči, pak mají péči o lidi s Alzheimerovou nemocí, pak je to polohování.*

(R5) *Aktivizační pracovnice, jedna z nich, ta myslím prošla školením ohledně umírání.*

Nezbytnost školení pro personál v oblasti paliativní péče si uvědomují všechny respondentky. Rozdíl v domovech je v intenzitě a důrazu na potřebnost školení.

Materiálně technické vybavení domovů

(R1) *Máme tady jeden oxygenátor. To je omezení. Nelze vzít do péče najednou více klientů, kteří trpí dušností.*

(R2) *V případě, že klient umírá na dvoulůžkovém pokoji, je mobilnímu spolubydlícímu nabídnuto pobývání v čase umírání v jídelně nebo na jiném pokoji. Pouze na dobu umírání, na pár hodin. Omezení je na třílůžkovém pokoji, kde bydlí imobilní klientka. Za dobu jejího pobytu tam již umíraly dvě spolubydlící. Umírající klient byl oddělen zástěnou.*

(R3) *Máme jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. V případě dvoulůžkových pokojů je to samozřejmě náročnější, protože tam se musí zohlednit taky potřeby toho druhého uživatele. Na jednolůžkovém pokoji to je jedno, může tam rodina být, jak chce. Nemáme pokoj vyčleněný pro přespávání rodinných příslušníků. Za tu dobu, co jsem tady, se to ještě nestalo, aby tady někdo byl celý den, nebo celou noc. Ale myslím si, že by ho nikdo nevyhodil. Když jsme měli úmrtí, tak vím, že ta rodina se přijela rozloučit ve tři hodiny ráno. Maminku si umyli, nachystali, oblékli, prostě chtěli to tak. Bylo to jejich přání, takže jim to bylo umožněno. Že do rána, než odvezla pohřební služba uživatele, tak si s maminkou na pokoji byli. Udělali si všechny potřebné úkony, které k tomu patří.*

(R4) *Horší je to na těch dvoulůžkových pokojích, kde jsou určitá pravidla. Máme zástěny mezi postelemi, tak po domluvě je možné, aby tam s ním blízcí strávili čas. Na jednolůžkových pokojích to vůbec není problém, aby tam s nimi byli 24 hodin. Máme hostinský pokoj, když je někdo z dálky, tak může tady i přespát.*

(R5) *Máme jednolůžka, dvoulůžka a trojlůžka. Když někdo zemře na dvoulůžku, tak se vlastně snažíme, aby ten druhý klient nebyl přítomen na tom pokoji a aby rodina měla soukromí pro rozloučení. Žádné speciální místo tady nemáme.*

Omezení soukromí respondentky vnímají při poskytování péče na dvou a více lůžkových pokojích. Oddělení umírajícího klienta mobilní zástěnou uvádějí jako způsob řešení intimity klienta a jejich blízkých v posledních hodinách před smrtí dvě respondentky.

Omezení v nedostatku technického vybavení, konkrétně jednoho oxygenátoru, uvedla respondentka v souvislosti s dušností klientky.

5.2.3 Realizace paliativní péče v domovech pro seniory

Sledování a vyhodnocování zdravotního stavu klienta

(VD) Plán péče je už zaběhnutý dokument, který máme i v elektronické podobě, informace se předávají na ranním hlášení. Jakmile je někdo zařazený do paliativní péče, tak tam vlastně dochází k aktualizaci plánu péče. Znamená to, že se nevytváří až v tu chvíli, ale je tam snaha vytvářet ho průběžně a co nejdřív.

(R1) V tom smyslu, že vlastně ten pán, když tady je, tak co mu ten personál nenahlásí, tak o tom neví. Přitom tady je 100 klientů a on tady je na 4 hodiny. Nebudu vůbec komentovat, zda je to dobře nebo špatně. To ať si každé udělá názor. To je pak strašně důležitý, aby sestry byly jako za toho doktora. Jakýkoliv zhoršení, aby řešily, volaly, odebíraly krev a my jsme jako věděli, že se to zachytí včas. Je to opravdu hodně o detailech i toho nižšího personálu, protože ti jsou s nimi nejvíc, takže ti řeknou, že toho tolik nesnědl, že je ještě mnohem zmatenější než normálně. Je to nějaký signál, že se něco někde jako opravdu děje, takže pak se snažíme právě jako bychom měli jako tu paliativu pod kontrolou, tak musej být ti lidi fakt vyšetřeni.

(R2) A my teď v té sociální službě pracujeme s individuálním plánem. Ale individuální plán zahrnuje jednotlivé oblasti péče, je tam mobilita. A je popsáno, co klient zvládá v oblasti mobility, že se v rámci lůžka třeba zvládne pootočit, zvládne se chytit hrazdičky. A pak vlastně následně je popsáno, co je úkolem personálu v oblasti mobility. V případě zhoršení zdravotního stavu se plán přepisuje. Pokud jde o postupné zhoršování, tak to zaznamenáváme v individuálním plánu, přepisujeme, že potřebuje víc péče. Vždy napíšeme jakou konkrétní péči potřebuje v té které oblasti. Mobilita, oblékání, fyziologická potřeba, umývání, jako sprchování a osobní hygiena.

(R3) *Lékař ve spolupráci se zdravotními sestrami nějakým způsobem zhodnotí zdravotní stav našich uživatelů, jestli se bude jednat o paliativní péči.*

(R5) *Tak tam, kde se blíží konec, tak sestřičky informují rodinu, aby měli čas jakoby co nejméně času trávit se svým blízkým. Takže v tom momentě to já zjistím. A jinak co se týče informací, tak si předáváme informace každý den ráno a jednou za čtrnáct dní máme klientskou poradou. To si vlastně říkáme, co je nového u každého klienta.*

Plán péče v závěru života zatím domovy nepoužívají, plánování péče je součástí individuálního plánu. Sledování zdravotního stavu napomáhají i indicie od pečovatelek.

Zapojení rodiny a blízkých do rozhodování o péči o klienta

(SR) *Je snaha opravdu rodinu zahrnout do chodu domova, do jednotlivých aktivit, což teď během covidu bylo dost narušený, protože rodiny do domova nemohly. Rodina je přítomna všech důležitých rozhovorů týkajících se plánu péče v závěru života a potom i po smrti klienta tam ta rodina zůstává a je jí nabízena pozůstalostní péče. My máme v domově psycholožku, která je vlastně taky takovou jednou z výrazných postav multidisciplinárního týmu, je pro rodiny klíčovým pracovníkem, kterej tam je pro ně, když potřebují pomoc nebo péči.*

(R1) *Zaměřujeme se na komfort klienta, aby rodina mohla kdykoliv přijít, aby přinesli, co klient má rád, protože rodina to ví nejlíp. Klient je obklopen personálem, který ho taky zná, vzájemně se všichni znají, jak ten klient personál, tak personál toho klienta, a není to přesun na poslední chvíli do nemocnice. Všechno musí být domluveno s rodinou, tak abychom všichni věděli, kudy se ta péče bude ubírat.*

(R2) *Třeba případ pána, seniora, kdy jsme viděli, že on měl teda onkologické onemocnění a bylo úplně jasné, že umře. Z lékařského hlediska byla léčba ukončena. Takhle to bylo v jeho zdravotnické dokumentaci a my jsme poskytovali paliativní péči. Rodina s tím nebyla úplně smířena a vlastně v těch posledních okamžicích, kdy klient odcházel, člen rodiny vyžadoval na personálu, aby okamžitě přivolali lékaře. Tatínek prý musí do nemocnice. My jsme tomu synovi vysvětlili, že vlastně smrt tatínka je nevyhnutelná. Že tatínek může zemřít tady na lůžku, v klidu mezi námi, v prostředí, které půl roku zná, anebo může umřít v sanitce, anebo sám v nemocnici. Vysvětlovali jsme, že nemocnice nemá zázračnou tabletku na vyléčení tatínka. On potom svolil a pán zemřel během*

několika hodin v domově. Každá smrt je trošičku jiná, ale je to nejenom o práci s tím klientem, ale i o práci s rodinou.

(R3) Může přijít kdokoliv z té rodiny a může na tom pokoji setrvat dobu, kterou si určí pouze oni sami. Můžou přijít a pomáhat s kmením v době oběda. Záleží opravdu na té rodině, je to individuální. My opravdu dbáme na to abychom byli v nějaké dobré spolupráci s tou rodinou.

Zapojení rodiny do péče o klienta, do rozhodování, jak se bude péče poskytovat, je důležitou součástí péče v každém domově.

Přání klienta, důstojnost zacházení s ním a podpora jeho autonomie

(SR) Snažíme se o to, aby klienti umírali v domově, pokud je to jejich přání, tam je to důležité, že samozřejmě péče se přizpůsobuje preferencím klientů. Tím, že jsou domovem prostoupeny poznatky paliativní péče, tak samozřejmě pokud je to přání klienta, tak se snažíme dělat všechno pro to, aby klient opravdu v domově mohl zemřít.

(R1) Každopádně je to vždycky o tom, že ten klient, jestli je tady třeba nějakou delší dobu, tak se tady cítí doma.

(R3) Prioritní pro nás vždycky bude ten uživatel, aby odcházel bez bolesti, aby neodcházel sám, aby odcházel v kruhu těch nejbližších, pokud to je jenom trochu možný.

(R4) Samozřejmě, že u všech lidí, i u těch lidí se zvláštním režimem, se co nejdéle snažíme udržet tu schopnost, kterou mají, i když jsou to maličkosti. Když si člověk umí čistit zuby, byť jen malinko, tak i kdyby mu ten ošetřující personál dal na kartáček pastu, aby dělal jenom malinký pohyb, ale sám. Nebo dostal do ruky hřeben, aby alespoň udělal ten pohyb, jako že se češe. Tak tohle podporujeme. Společenské akce jsou tady taky, snažíme se tam brát i úplně ležící, několikrát jsme jeli i s postelemi.

Podporu autonomie popsala dobře respondentka č. 4, kde v jejich domově i u klientů s demencí pomáhají klientům, aby některé úkony dělali sami, ne aby je dělali za ně. Podle mínění respondentky R2 se u nich cítí klienti jako doma.

Řešení psychických a duchovních potřeb klienta

(SR) Opravdu ta spolupráce funguje do takové míry, že je tam u konkrétních klientů vyvážená zdravotní, sociální i spirituální složka.

(R1) *Když je někdo věřící, tak se snažíme pozvat nějakého duchovního.*

(R2) *Tak se pečuje i o duši, protože my se ptáme našich seniorů, jestli jsou třeba věřící nebo nejsou věřící, jestli mají zájem o rozhovor s knězem. Nejde o žádné vnucování anebo přesvědčování na nějakou víru. Je to nabídka, protože člověk na konci svého života, málo platné, bilancuje častěji než ve svém produktivním věku. Nabízíme návštěvu kněze, svátosti, ale samozřejmě je i intenzivnější péče o tělo.*

(R3) *Docházel sem duchovní za jednou paní, která vyloženě jako o to stála a chodil více méně jako dobrovolník si s ní popovídat o různých tématech, a takto nějak tam obsáhli to duchovno. Když o duchovní péči člověk projeví zájem, nebo jeho rodina projeví zájem, tak samozřejmě s tím žádný problém nemáme.*

(R4) *Máme možnost zařídit, když si přejí klienti faráře nebo poslední pomazání. Kapli také máme.*

(R5) *Na přání klientů dochází do domova duchovní popovídat si s nimi. Zrovna tento týden přijde a pak budeme mít Velikonoční povídání.*

Všechny domovy umožňují návštěvu duchovního, pouze vzorový domov má svého kmenového zaměstnance, který pečuje o duchovní potřeby klientů.

Možnost návštěv

(R1) *Návštěvy můžou za klienty kdykoliv. Samozřejmě není to o tom, že by někdo přišel o půlnoci. Kdyby tady někdo chtěl zůstat ve večerních hodinách, určitě může. Může vlastně přijít kdykoliv. My jsme měli u paliativních lidí povoleny návštěvy i v čase covidu.*

(R2) *Máme neomezený návštěvy, platí to jak na noc, tak na den.*

(R3) *Když lékař vidí, že už se ten zdravotní stav horší a konec toho života se blíží, tak rodině je umožňováno, aby chodili v jakoukoliv denní či noční hodinu, pakliže si to rodina přeje.*

(R5) *Návštěvy mohou přijít po celý den. Vlastně domov je pro rodinné příslušníky otevřený od 7 od rána do 7 do večera.*

Návštěvy u klientů jsou povoleny ve všech zařízeních. Příbuzní mohli navštívit umírající dokonce i v čase covidu. R1 a R5 jsou návštěvy časově omezeny na noční hodiny.

5.2.4 Zúčastněné obory v paliativní péči

Multidisciplinarita týmu

(SR) *Najednou dochází k mnohem větší potřebě spolupráce zdravotního a sociálního úseku, a ještě dalších profesí, které jsou do péče zahrnuty. Členem multidisciplinárního týmu je určitě vedoucí domova, vrchní sestra, sociální pracovnice. Součástí je rehabilitační pracovnice, nutriční specialista, kaplanka a psychologka. Úplně nejdůležitější jsem si nechala nakonec a to je, že přímo máme pozici koordinátora paliativní péče.*

(R1) *Do multidisciplinárního týmu patří celý pečující personál, všichni sociální pracovníci, zdravotní sestry, pečovatelky.*

(R2) *Do týmu patří zdravotní sestřičky, pracovníci v přímé péči i vrchní sestra, která je pověřená vedením domova, a já jako sociální pracovnice. Já stojím při těch klientech po té duchovní stránce, nebo jako tý lidský, aby tam jako prostě nebyli sami.*

(R3) *No tak u nás je to lékař, zdravotní sestra, samozřejmě nedílnou součástí toho jsou pečovatelky v přímé péči, které se o žadatele starají. Naše úloha (sociálních pracovníků) v té paliativní péči je spíš podpora rodině, v případě, že potřebuje s něčím pomoci, něco někde zařídit. Poradíme, kam na jaké úřady se mají obrátit, když už pak dojde k samotnému skonu, nebo jaká pohřební služba jim může zařídit pohřeb atd. Protože naše úloha v tom je spíš provázení, pomoc a podpora rodiny.*

(R4) *To jde ruku v ruce všechno, samozřejmě počínaje sociálním pracovníkem, proto vedení ustanovilo dvě, které máme dát dohromady ten tým. Paliativní tým, který by se o klienty staral.*

Ve vzorovém domově mají kompletní multidisciplinární tým. Dokonce je jeho součástí i rehabilitační pracovník a nutriční specialista. Tyto pracovní pozice

a koordinátora paliativní péče nemají v žádném jiném domově. Týmy v domovech jsou složené většinou z pracovníků v přímé péči, zdravotních sester a sociálních pracovníků. Externím pracovníkem všech týmů jsou lékaři. Duchovní jsou do domovů přizváni pouze na přání klienta. Žádná respondentka, kromě respondentky ve vzorovém domově, se nezmínila, že by součástí jejich týmu byl psycholog.

Předávání informací

(R1) *Máme hlášení každé ráno. Sejde se celý pečující personál, sociální pracovníci, zdravotní sestry, pečovatelky. Do elektronického systému dle jejich kompetencí zapisují informace pečovatelky, zdravotní sestry i sociální pracovníci.*

(R2) *Tak to by bylo asi spíš otázka na vrchní sestru, která vlastně řeší tu stránku zdravotní, ale my máme pana doktora, který pravidelně každý čtvrtek do domova dochází. On nastavuje léčbu a na základě informací od pečovatelů a zdravotních sester předepisuje léky, které odstraní bolesti, nebo je alespoň umění.*

(R3) *Individuální plány se vyhodnocují a přizpůsobují se zdravotnímu stavu toho našeho uživatele, takže i plán se nějak podle zdravotního stavu vyvíjí a reflektuje aktuální situaci.*

(R5) *A jinak co se týče informací, tak si je předáváme každý den ráno. Jednou za čtrnáct dní máme klientskou poradou. To si vlastně říkáme, co je nového u každého klienta.*

Domovy si předávají informace o klientech při střídání denní a noční služby. Předávání informací probíhá i napříč profesemi.

Komunikace v týmu a kompetence

(SR) *Tak ta zdravotnická péče v sociálních službách je obecně velkou otázkou a tam samozřejmě prostě oproti nemocnicím, nebo hospicům, tam nevím, jak to funguje, ale tam je hodně zodpovědnosti právě na těch sestřičkách, které třeba mají toho lékaře na telefonu a konzultují s ním, nicméně potom ty rozhodnutí dělají samy. Myslím si, že to je nějak zaběhnutý systém a že to záleží na konkrétním lékaři a té nastavené spolupráci, ale v tuhle tu chvíli nemám pocit, že bychom v téhle sféře nějak strádali.*

(R1) *Hlavně to ráno tam můžete říct informace. Určitě tohle to je jako dobrý, a i v rámci paliativy, krom toho, že to jako komunikujeme, tak i když vím, že se s rodinou dohodnu, že klient je určen do paliativní péče, tak krom toho zápisu, tak to i většinou píšu. Máme*

takovou společnou komunikaci WhatsApp, ale všichni jako věděli, že u toho člověka je paliativní péče.

(R2) Když umírá klient, tak vždycky vrchní sestra rozhodne, co je pro něj vhodné a co se bude teď konkrétně dělat. Jo, takže jako dám jako pro příklad třeba, že pokud se klientovi špatně dýchá, tak na hrazdičku se dává mokré prostěradlo, sleduje se saturace, zvlhčují se rty, protože často klienti už nejsou schopni přijímat potravu.

(R3) Lékař ve spolupráci se zdravotními sestrami nějakým způsobem zhodnotí zdravotní stav našich uživatelů, nebo našeho uživatele a jestli se bude jednat o paliativní péči, tak potom ten personál k tomu tak přistupuje.

Takže to je pro nás taková priorita a vždycky se snažíme dohodnout nějak s tou rodinou a více méně ty zdravotní sestry, která sem k nám docházejí, tak nás informují, aby i my jako sociální pracovníci, protože my s těma lidmi nejsme dvacet čtyři hodin denně sedm dní v týdnu jako pečovatelky, tak aby jsme o té situaci co nejvíc věděly, i když nám někdo zavolá, abychom věděly i s tím lékařem.

(R4) To se stává velice často, to je to nejnáročnější, protože, já jako sociální pracovník cítím některý ty věci jinak, ze sociálního hlediska, kdežto zdravotní sestra a ten lékař to cítí taky jinak, tak se snaží za každou cenu prostě se držet určitých věcí. Ale já si prostě myslím, že když už ten klient, nebo ten uživatel je na konci života a odmítá třeba jíst, tak za nás, jako sociálně, by jsme jim to měli umožnit. Protože to je jejich svobodný rozhodnutí odejít a já bych je třeba nenutila. Ale rozumíte, ten personál, který je na tom oddělení, a ty zdravotní sestry se snaží za každou cenu to jídlo, ty tekutiny pořád podávat. I když ten klient bytostně odmítá. A v tom je to takové tření mezi tím sociálním a těma zdravotníky. My to cítíme trošku jinak, než to cítí oni. Respektujme se navzájem, to ano, ale ty naše pohledy na tohle to i jako na jiný problémy jsou trošku jiný, odlišný.

(R5) Pokud bych si půjčila ten individuální plán, tak ano. Průběžně to tam zapisují, něco pečovatelky a myslím, že i něco sestřičky.

Komunikace mezi lékaři a zdravotními sestrami je podstatnou podmínkou poskytování kvalitní péče. Důležité je také předávání informací od pečujícího personálu. Může nejdříve postřehnout změnu v chování klientů a objevit první příznaky nemoci.

Respondentka č. 4 zmínila nesoulad v názoru na poskytování péče mezi zdravotním a sociálním úsekem.

Dobrovolníci

(R1) *Měli jsme je tady, ale oni nechodili apriori jako k umírajícím. Buď to byl klient, ke kterému dlouhodobě chodili, tak samozřejmě tam asi ten problém není, ale že bychom měli dobrovolníky přímo na paliativní péči, tak to úplně ne.*

(R2) *My máme i dobrovolníky, kteří jsou věřící. Máme tam třeba v současné době, která byla opravdu jako aktivní členkou křesťanského společenství, a za touhle paní chodí a ona se opravdu ráda modlila, fakt je to pro ni jako důležitý. Sice paní jako není teď orientovaná, ale ona si třeba pamatuje dlouhý pasáže z žalmů. Tak za ní chodí pán z Jednoty bratrské.*

(R3) *Dobrovolníci nám sem chodí. Chodí za lidma, kteří nemají funkční rodinu anebo nemají žádnou rodinu, tak aby prostě ti lidi nebyli prostě úplně sami. Aby jako měli, že za nima někdo dojíždí a občas jim donese něco dobrého na zub, jde o ten pocit. Za těma většinou docházejí dobrovolníci. Dobrovolníci nedocházejí za rodinou, která je plně funkční. Ale za těma, co nikoho nemají, anebo ta rodina zcela nefunguje, tak ano.*

(R4) Dobrovolníci jsou nedílnou součástí péče o klienty.

Dobrovolníci z řad duchovních nebo věřících dochází v terminální fázi za klienty. Dobrovolník, který navázal užší vztah s klientem, ho v období umírání neopustí.

5.2.5 Kultura rozloučení se zemřelým a pozůstalostní péče

Péče o zemřelé tělo

(R1) *Pečujeme o to tělo, uděláme kompletní hygienu, ustrojíme ho, maximálně do nejhezčích z věcí, co mají. Buď se dohodneme s rodinou, když je ta rodina mentálně až tak nastavená, že tohle je na to určený. Anebo mu dáme to nejhezčí, co tam jakoby mají. Musím říct, že máme i velice dobrou spolupráci s pohřební službou, protože taky se chovají k tomu tělu s velkým respektem. Je to prostě pořád tělo, a tak by se k tomu měli chovat. S úctou, maximálně co to jde.*

(R2) *Při té péči o tělo zpravidla nebývám. Ale dochází k tomu, že pečovatelka omyje tělo a vybere oděv do rakve.*

(R3) *Když jsme měli úmrtí, tak vím, že rodina přijela ve tři hodiny ráno se ještě rozloučit, maminku si umyli, nachystali, oblékli, prostě chtěli to tak a bylo to jejich přání. Takže jim to bylo umožněno.*

(R4) *My, tak první, co máme naučený, nebo co ty my děvčata mají naučený, je teda otevřít okno, na to my věříme a dělají to opravdu všichni. My tělo umyjeme, neoblíkáme, to už musí být jako přání rodiny. Přikrýváme tělo prostěradlem a na něj dáme růži.*

Na dotaz, jak se pečuje o tělo po smrti, respondentka č. 5 odpověděla: *Netuším.*

Ve všech zařízeních se k zemřelému chovají s úctou a péče o zemřelé tělo je poslední služba klientovi. V jednom z domovů neoblékají mrtvého do šatů, pouze ho přikrývají prostěradlem. Jedna respondentka nevěděla, jak se pečuje o zemřelého v jejich domově. Poslední službu zemřelému může poskytnout i rodina, jak to popsala respondentka č. 3.

Rozloučení

(SR) *Máme nástěnku, kde se informuje o smrti klientů. Zároveň jak jsem říkala, nebo naznačila, tak u každého klienta se pořádá vlastně rozloučení, které má na starosti kaplanka, a je to nejen pro klienty, zaměstnance, ale zároveň je to i pro tu rodinu. Takže je to zároveň i takové rozloučení všech, kteří chtějí přijít.*

(R1) *Na jednolůžkovém pokoji, tak tam není co řešit, tam je jakoby necháváme, pokud se přijde rodina rozloučit. Voláme automaticky, jestli se chtějí přijít rozloučit. Hodně často chtějí. Když je na dvojlůžkovém pokoji, tak je na lůžku odvážíme do kaple.*

Rodina má možnost se rozloučit. (R2) *Na tom pokoji. My nemáme pietní místnost. Nemáme.*

(R3) *Vždycky to záleží na té rodině, na těch jejich požadavcích a přáních. Některá rodina řekne, že ne, že nechce přijet, že se nechce rozloučit. Že si ho chtějí uchovat ve vzpomínkách.*

(R4) *Je samozřejmě je to nabízeno a málokdo odmítne. Máme i místnost, kde je možnost s tím zesnulým se potom rozloučit, nebo sám si s ním posedět, když není na tom jednolůžkovým pokoji. Za těch 18 let to využili dvakrát, třikrát.*

Ve všech domovech je rodině umožněno se rozloučit se zesnulým. Respondentka č. 4 dokonce vypověděla, že mají rozlučkovou místnost, ale pozůstali nevyužívají možnost rozloučit se v ní se svým blízkým. K rozloučení slouží pokoj i kaple.

Rituály

(SR) *A co se ještě týče těchto pietních událostí, tak samozřejmě probíhá vzpomínání na ty, kteří nás za ten rok opustili.*

(R1) *Krom toho, že vlastně se opečuje tak, jak má, tak otvíráme okno, zapalujem svíčku. Máme tady i pietní místo. Když ten klient zemře, tak rodina přinese parte a tam symbolicky zapálíme svíčku. Je to projev úcty a myslím si, že to pomáhá i personálu.*

(R2) *My třeba s paní vedoucí se jdeme za klienta pomodlit a zapalujeme na nočním stolku svíčku. Teď používáme ty elektrické svíčky. Je to takový jako rituál.*

Když klient zemře, tak my se vždycky scházíme v poledne na společný oběd a řekne se to v jídelně, že od nás odešla paní ... Protože v rámci naší služby fotíme, tak dáme na takový malý stoleček před tu jídelnu fotografie se svíčkou.

Za zemřelé klienty se slouží jednou za čtrnáct dní mše. Není to pouze vzpomínková jednou za rok v období kolem svátku „Dušiček“.

(R3) *Máme tady krásnou kapli a každou sobotu jsou tady bohoslužby, tak jestli se pak tam ti lidi pomodlí, to už je na nich. Neděláme tady nic takového.*

V domově, kde pracuje respondentka č. 4 se na patře, kde klient zemřel, vytvoří pietní koutek. Na stolek se dá buď parte nebo se vytiskne jméno, datum narození a datum úmrtí a dá se k tomu aroma svíčka a růže.

Na dotaz ohledně pietního místa respondentka č. 5 odpověděla: *Nemáme.*

Mezi nejčastější rituály spojené se smrtí patří za zemřelého zapálit svíčku, otevřít okno. Pietní koutek, stálý nebo dočasně vytvořený, mají všechny domovy kromě domova č. 5.

Péče o pozůstalé

(R1) *To je trošku Achillova pata, protože si myslím, že tady už je to rovina sociálních pracovníků, a ne úplně moje v tom smyslu, ne že bych to dělat nechtěla, ale už není na to jakoby prostor, takže si myslím, že je to otázka jako času, než třeba se i tady k tomu dostaneme, protože na to nejsme školeni. Já mám za sebou ELNEC a chtěli jsme vlastně poslat i sociální pracovníky i vedoucí péče jakoby na ELNEC minulej rok, akorát kvůli covidu to nevyšlo. Takže si myslím, že ty děvčata to musej jakoby naposlouchat si a pak to bude jako strašně přirozený.*

(R3) *Co se týče zdravotního personálu a pečovatelek, řekla bych, že jejich péče končí úmrtím klienta. My, jako sociální úsek, samozřejmě pomoc a podporu rodině nabízíme i dál. V jednom případě se nám stalo, že manželka, když jí zemřel manžel, ještě půl roku docházela sem a povídala si s námi o tom, jak se tady měl. Ona cítila svoji vinu, že ho sem dala, tak se potřebovala prostě nějak očistit. Nebo prostě potřebovala nějakou podporu, takže sem docházela. Běžné to není. Někdy se ještě ozvou, zavolají, že poděkují, ale není to pravidlo.*

U partnerů zemřelých klientů se stává, že navštíví ještě domov a dotazují se na témata, která je tíží. Jestli v poslední chvíli netrpěla, jestli u něj někdo byl, jestli neumíral sám. To jsou témata, které je prostě tíží a zajímají je. Tak to s nimi probírá sociální úsek.

(R4) *Pozůstalostní péče, to to nemáme. Ale nikdo o to jako nestojí. Většina je takových, že jim oznámíte, že ten příbuzný zemřel, a oni si hned vezmou papíry. Nejradši by hned ten den vyklidili pokoj, aby už sem nemuseli. Takže tohle tady nefunguje.*

Péče o pozůstalé patří k opomíjeným činnostem. Ve výjimečných případech, kdy se povede navázat bližší vztah mezi personálem a rodinou, pozůstalí domov navštíví i po smrti klienta.

5.3 Diskuze

Pro účely průzkumu byli vybráni respondenti z řad sociálních pracovníků a vedoucích zdravotně sociální služby. Důvodem výběru je provázanost paliativní péče napříč zdravotní i sociální složkou paliativního týmu. Respondentky byly vybrány z domovů v Libereckém kraji. Průzkum byl proveden ve velkých domovech, které jsou příspěvkovými organizacemi a v jednom domově, který má soukromého vlastníka. Jeden

z domovů je rodinného typu. Všechna vybraná zařízení jsou pobytová zařízení pro seniory, konkrétně domovy pro seniory.

Cílem průzkumu bylo **popsat a zjistit, zda a jak** je poskytována paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji. Položeny byly dvě průzkumné otázky.

Je ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji poskytována paliativní péče?

Dle subjektivního hodnocení respondentek, až na respondentku č.5, je ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory poskytována paliativní péče. Je poskytována obecná paliativní péče, spolupráce s odborníky v poskytování odborné paliativní péče není navázaná v žádném z dotazovaných zařízení v Libereckém kraji. Z průzkumného šetření vyplývá, že indikace paliativní péče v řádech měsíců u křehkých geriatrických seniorů je náročný proces, který si vyžaduje vnímavý personál i možnost vyšetření klienta, aby bylo možné určit, zda se jedná o preterminální zdravotní stav, nebo pouze o infekci, nebo jiné léčitelné onemocnění. Spolupráce s lékařem, kvalitní zdravotní personál a jejich vzájemná dobrá komunikace může zabránit zbytečným transportům klientů do nemocnice v posledním období jejich života. Důležitým aspektem v poskytování paliativní péče je proškolení personálu, aby smrt pro ně nebyla tabu a nebáli se o konci života mluvit jak s klienty, tak s jejich příbuznými.

Cíleně v kladených otázkách byl také dotaz na osobní zkušenost respondentek se smrtí a jejich osobní angažovanost u doprovázení klientů. Doprovázení nezná jedna respondentka, která je zaměstnána v domově pro seniory pouze jeden rok a nemá dostatek zkušeností. V zařízeních probíhá školení personálu, ucelenou koncepci vzdělávání ale mají pouze v jednom domově. V žádném ze zařízení nechybí ochota dobře poskytovat paliativní péči. K poskytování paliativní péče je potřeba zajistit podmínky. Patří mezi ně zajištění péče praktickým lékařem, 24hodinová služba zdravotní sestry a také dostatečné materiálně technické vybavení. Dle průzkumu bylo zjištěno, že lékař dochází do každého domova jedenkrát až dvakrát týdně, 24hodinová péče zdravotní sestry není zabezpečena v jednom z domovů. Soukromí v období umírání jak pro nemocného, tak pro jeho blízké je obtížné zajistit ve vícelůžkových pokojích. Umístění zástěny mezi obyvatele vícelůžkového pokoje a umírajícího využívají k zajištění intimity v posledních hodinách života klienta ve většině zařízení.

Jakým způsobem je paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory poskytována?

Zapojení rodiny do péče o klienty a rozhodování o postupu péče je vnímáno ve všech zařízeních jako důležité, ve vzorovém domově se dokonce snaží rodinu zahrnout do chodu domova. Přání klienta, jeho důstojnost, je dle průzkumu respektována ve všech zařízeních. Dokonce se podle mínění respondentky R2 klienti v jejich domově cítí jako doma. Duchovní potřeby klientů personál zařízení řeší na přání klienta nebo rodiny pozváním. Duchovní nejsou z jedné konkrétní církve a v některých případech jsou to laici. Návštěvy jak dobrovolníků, tak rodiny jsou umožňovány neomezeně, pouze v jednom z domovů respondentka vyjmenovala konkrétní dobu otevření domova a v jednom z domovů neumožňují návštěvy v nočních hodinách. Dvě respondentky zmínily, že návštěvy k umírajícím klientům byly povoleny i v čase covidu. (R1) *Zase jsme úplně nechtěly vzít na triko, že by se někdo s někým nemohl rozloučit. Prostě je to mnohem horší než vlastní covid.*

Týmová práce, předávání informací a respektování kompetencí jednotlivých členů týmu funguje v zařízeních na různé úrovni. V jednom zařízení zmínila respondentka nesoulad mezi zdravotní a sociální složkou týmu. V žádném z dotazovaných zařízení respondentky nezahrnuly do týmu psychologa, který by pomohl řešit napjaté a těžké situace, nebo pomáhal rodinám se zvládnutím odchodu jejich blízkých. Ve vzorovém domově mají dokonce pozici koordinátora paliativní péče.

Péče o zemřelé tělo se s úctou poskytuje ve všech zařízeních. Doplnují ji rituály zapálení svíčky nebo otevření okna. Ve všech domovech umožňují rozloučení rodiny se zemřelým. Intimita při tomto úkonu bývá zabezpečena ve vícelůžkovém pokoji zástěnou nebo umístěním těla v kapli nebo rozlučkové místnosti. Mezi rituály spojené se smrtí patří i vytvoření pietního místa, ve kterém je vystaveno parte s květinou a svíčkou. Sloužení mše za zemřelé zmínily dvě respondentky. Pouze v domově, kde se o smrti klientů nemluví, a dokonce jak uvádí respondentka (R5) *neříká se to tady nahlas*, nemají pietní místo. Individuální podpora pozůstalým většinou není poskytována.

Výsledky průzkumu potvrdily, že domovech pro seniory je mnoho bariér k poskytování paliativní péče. Strach ze smrti a umírání jsou témata, která jsou tabuizována v celé společnosti, nejen v domovech pro seniory. Mluvit o smrti se zdá nepatřičné i v těchto zařízeních, kde klienti tráví závěr svého života a jsou si toho vědomi. Náznaky klientů, že se blíží jejich konec, často pracovníci zlehčují, snaží se odvrátit

pozornost. Rodinní příslušníci mají nereálná očekávání z hlediska péče a možností medicíny. Přírozený průběh umírání, kdy klient nechce jíst nebo pít, považují často rodinní příslušníci jako nedostatek péče nebo vlastní selhání s pocitem, že nemohou nechat své blízké umřít hlady nebo žízní. Různý pohled a tím i nespolupráce mezi zdravotní a sociální složkou právě v těchto chvílích rodinné příslušníky spíše znejistí. Často právě tento nesoulad vyplývá z nevědomosti, nezkušenosti personálu a strachu vzít na sebe zodpovědnost. Zdravotním sestřám chybí „lékař v zádech“, který převezme zodpovědnost za formu léčby o klienta. V rámci týmu je důležitost sociální práce možné vnímat hlavně v komunikaci s klientem o jeho přáních a představách o péči o něj. Stanovit si cíle péče a s rodinou vytvořit plán péče v závěru života. Je důležité tento plán péče mít právě na situace, kdy už se klient nebude moci sám rozhodnout. Tento plán péče je dobrým pomocníkem pro všechny v době, kdy se zdravotní stav zhorší natolik, že vyžaduje hospitalizaci v nemocnici.

Do paliativní péče je nutné kromě nemocného zahrnout také rodinu a umožnit jí, aby v terminálním stádiu nemoci mohla být u nemocného. Dovolit neomezené návštěvy včetně možnosti u klienta přespát. V případě, že rodina nebo blízký klienta není přítomen v době umírání s klientem, umožnit jim důstojně a v intimitě se rozloučit. Do pozůstalostní péče zahrnout třeba zádušní mši nebo vzpomínkové setkání.

5.4 Limity průzkumu

Mezi limity průzkumu můžeme zařadit úzkou specifikaci profesí respondentek, které jsou sociálními pracovníci nebo vedoucími zdravotně sociální služby. Paliativní péče vyžaduje péči multidisciplinárního týmu, který zahrnuje širší portfolio pracovních oborů. Bylo by zajímavé se na tuto péči v jednom konkrétním zařízení podívat optikou vedení organizace, ale také optikou multidisciplinárního týmu (lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního, pracovníků v přímé péči) a v neposlední řadě optikou nemocného a rodiny. Až pak bychom mohli zhodnotit, zda je a v jaké kvalitě poskytována paliativní péče v tomto zařízení. Také časová náročnost získávání dat a jejich zpracování neumožňuje oslovit širší spektrum respondentů. Takový rozsah průzkumu je nad rámec bakalářské práce a byl by zajímavým tématem k zpracování diplomové práce.

Dalším limitem průzkumu je osobnost tazatele, jeho zkušenosti, na základě kterých tvoří otázky do polostrukturovaného rozhovoru, ale také jeho schopnost empaticky vést rozhovor.

5.5 Doporučení pro praxi

Každý domov má nastavenou různou míru poskytování paliativní péče. Obecná doporučení pro praxi pro všechny domovy můžeme shrnout do několika bodů.

- Zahrnout ve větší míře do péče o klienta rodinu či blízké, a to nejen v čase umírání klienta, ale také po jeho smrti a v pozůstalostní péči se více zaměřit na individuální podporu. Do pozůstalostní péče zahrnout pečující personál a spolubydlící.
- Proškolovat zaměstnance v poskytování péče na teoretické bázi, a doplnit možnost sdílet obavy, prožitky, úspěchy i neúspěchy v této péči. Výborným nápadem pro přirozené učení se, je systém paliativních káv, které má zavedený vzorový domov, Na „paliativní kávu“ *může přijít každý kdo má čas a chuť přijít poslouchat a sdílet různé kazuistiky, zastavit se, promluvit si a nahlas říct, co zažil, nebo nad čím přemýšlí, nebo s čím potřebuje pomoci a je to takové týmové setkání, které nemá úplně jasný cíl a pravidla, ale je to nějaký prostor, který je pro zaměstnance ideální.*
- Rozšířit tým pracovníků o psychologa nebo krizového intervenanta, který může být externím pracovníkem a poskytovat podporu nemocnému, rodině, ale také zaměstnancům v případě potřeby.
- Podporovat schopnost komunikace pracovníků v přímé péči, zdravotních sester i sociálních pracovníků o tématu smrti. Pomáhat pracovníkům zpracovat smrtelnost vhodným typem školení.
- Zabezpečit důstojnou formou dostatek soukromí pro klienty a jejich blízké v době umírání.
- Posílit spolupráci mezi profesemi, zejména na zdravotně sociálním pomezí. Vhodnou formou na týmech prodiskutovat názory jednotlivých členů týmů. Pro tyto diskuze pozvat vhodného facilitátora.
- Vytvořit s rodinou plán péče v závěru života jejich blízkého a průběžně ho aktualizovat.
- Zabezpečit dobrou spolupráci s lékařem, který je odborníkem v paliativní péči.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo popsat a zjistit, zda a jak je poskytována paliativní péče ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji. Pro získání dat v empirické části práce byla zvolena kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Data byla zaříděna do jednotlivých kódů a spolu související kódy do kategorií. Ty byly porovnány s daty z expertního rozhovoru ve vzorovém domově, kde paliativní péči poskytují již od roku 2014. Tento domov je také garantem zavádění paliativní péče do patnácti domovů pro seniory napříč ČR. V projektu NF Abakus, který projekt zavádění paliativy do pobytových zařízení financuje, chybí zařízení z Libereckého a Plzeňského kraje, proto je přínosem této práce zmapování poskytování této péče alespoň v jednom z těchto krajů. Práci se shrnutými výsledky si vyžádali v ve vzorovém domově.

I když z průzkumu je patrné, že obecná paliativní péče je ve vybraných pobytových zařízeních pro seniory poskytována, vyskytují se v její kvalitě rozdíly a je do značné míry subjektivně ovlivněná názorem a zkušenostmi respondentek. Paliativní péče vyžaduje spolupráci na zdravotně sociálním rozmezí. V sociálních zařízeních, kterými domovy pro seniory jsou, je tato spolupráce náročná hlavně díky absenci stálé lékařské služby. Návštěvy lékaře jednou až dvakrát krát týdně nedovolují umožnit všem umírajícím zůstat v domově do konce života a při komplikacích dochází k nežádoucímu převozu do nemocnic.

Z průzkumu také vyplývá nutnost školení personálu, které není záležitostí pouze několika hodin povinného školení za rok. V domově, kde paliativní péči poskytují, školení personálu probíhá několik let napříč profesemi. Důležité je vtažování nových zaměstnanců do paliativní péče, aby se nebáli o svých obavách mluvit a zkušenější kolegové jim pomohli.

Umírání je náročným a velmi důležitým obdobím života nejen umírající osoby, ale také jeho blízkých. Čas, který mohou spolu strávit, co si mohou říct (a to i bez slov), pomáhá umírajícímu v klidu opustit tento svět a pozůstalým vyrovnat se se ztrátou. Jak píše Huneš (2021, s. 50), i když se zdá, že nás umírající nevnímá, spí, nebo je v bezvědomí, opak je pravdou. Sluch je poslední ze smyslů, který odchází. V posledních chvílích nezapomeňme říct pět nejdůležitějších vět v životě. *Děkuji ti! Odpuť mi! Odpouštím ti! Mám Tě rád! Můžeš jít...* A to doma, v hospici nebo v domově pro seniory.

Seznam zdrojů

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE, 2016. *Standardy hospicové paliativní péče APHPP* [online]. Praha: APHPP [vid 18. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2022. *Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách*. [online]. Praha: APSS [vid 02. 02. 2022]. Dostupné z: [Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách - Projekty & Akce | Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky \(apsscr.cz\)](#)

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.

BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5402-4.

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2022. [online]. Praha: CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE [vid 08. 04. 2022]. Dostupné z: [Centrum paliativní péče \(paliativnicentrum.cz\)](#)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2020. *V roce 2020 zemřelo přes 129 tisíc obyvatel Česka* [online]. Praha: ČSÚ [vid 08. 04. 2022]. Dostupné z: [V roce 2020 zemřelo přes 129 tisíc obyvatel Česka | ČSÚ \(czso.cz\)](#)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2021. *Senioři v ČR v datech -2021* [online]. Praha: ČSÚ [vid 08. 04. 2022]. Dostupné z: [Senioři v ČR v datech - 2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. 2016. *Paliativní péče v ČR v roce 2013* [online]. ČSPM [vid 21.01. 2022]. Dostupné z: [Česká společnost paliativní medicíny \(paliativnimedicina.cz\)](#)

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2000. *Thanatologie, nauka o smrti a umírání*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

HUNEŠ, R., 2021. *Podcast Hospic – dobrá tečka za životem: 01 Hospicová péče s Robertem Hunešem*. [online]. Praha: Dobrá tečka [vid 18. 12. 2021]. Dostupné z: [Podcast: Informace s Jiřím A. - Kopie – Dobrá tečka za životem. \(dobratecka.cz\)](#)

HUNEŠ, R., et al., 2021. *Věci předposlední a poslední. Kompas pro závěr života*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna. ISBN: 978-80-907960-0-3.

HRDÁ, K., et al., 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. ISBN:978-80-907190-3-3.

HROZENSKÁ, M., et al., 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4139-0.

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.

KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén*. [online]. Med Pro Praxi [vid 22. 01. 2022]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>

KABELKA, L. et. al., 2016. *Paliativní péče v České republice 2016, Situační analýza*. [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny [vid 22.01.2022]. Dostupné z: [Paliativní péče v ČR 2016 – Situační analýza | Česká společnost paliativní medicíny \(paliativnimedicina.cz\)](http://paliativnimedicina.cz)

KOLÁŘOVÁ, Z. 2015. *Češi by chtěli umírat doma, ale většina z nich opouští svět v instituci* [online]. Zdravotnický deník [vid 25. 12. 2021]. Dostupné z: [Češi by chtěli umírat doma, ale většina z nich opouští svět v instituci – Zdravotnický deník \(zdravotnickydenik.cz\)](http://zdravotnickydenik.cz)

KOUBOVÁ, M., 2019. *Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory? Strach ze smrti i nedostupnost lékaře* [online]. Zdravotnický deník [vid 25. 12. 2021]. Dostupné z: [Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory? Strach ze smrti i nedostupnost lékaře – Zdravotnický deník \(zdravotnickydenik.cz\)](http://zdravotnickydenik.cz)

KOUBOVÁ, M., 2018. *Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste*. [online]. Zdravotnický deník [vid 25. 12. 2021]. Dostupné z: [Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste - Zdravotnický deník \(zdravotnickydenik.cz\)](http://zdravotnickydenik.cz)

KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MPSV, 2022. *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025*[online]. Praha: MPSV [vid 22.01. 2022]. Dostupné z: [Strategie přípravy na stárnutí na léta 2018-2022 \(mpsv.cz\)](#)

MPSV, 2022. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV [vid 22.01. 2022]. Dostupné z: [Registr poskytovatelů služeb \(mpsv.cz\)](#)

PÉČE, 2020. *V čem se liší hospic a paliativní péče?* [online]. Péče.cz [vid 21.01. 2022]. Dostupné z: [V čem se liší hospic a paliativní péče? | Péče.cz \(pece.cz\)](#)

PECHOVÁ, K., 2020. *Metodická doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory*. [online] Sue Ryder [vid 27.01. 2022]. [brozura_A4.indd \(sue-ryder.cz\)](#)

PECHOVÁ, K., et al., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. 1. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. ISBN 978-80-88361-01-5.

PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3557-3.

PEŘINA, J., 2016. *Umírání. Historie paliativní péče*. [online]. Praha: Cesta domů [vid 18. 12. 2021]. Dostupné z: [Historie paliativní péče | Umírání.cz \(umirani.cz\)](#)

POCHMANOVÁ, K. 2016. *Průvodce domácí péčí*. 1. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN: 978-80-905809-2-3.

PROS, M., 2021. *Kaplanka: Staří lidé se smrti nebojí, Je to korunovace života*. [online] Magazín Aktualně.cz. [vid 26.01.2022]. Dostupné z:[Kaplanka: Staří lidé se smrti nebojí. Je to pomyslná korunovace prožitého života - Aktuálně.cz \(aktualne.cz\)](#)

SLÁMA, O., et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměněné vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, O., et al., 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.

SLÁMA, O., et al., 2020. *Paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Elportál. ISBN:978-80-210-9628-8.

SVATOŠOVÁ, M., 2021. *Hospice a umění doprovázet* 1. vydání. Praha: Ecce homo. ISBN: 80-902049-0-2.

SVOBODOVÁ, V., 2021. *Ať před zraky má život. Svědectví z hospice*. 1. vydání. Uhřetice: Doron. ISBN:978-80-7297-230-2.

ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2014. *O posledních věcech člověka, Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠVARŤÍČEK, R. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

UMÍRÁNÍ, 2013. *Data o umírání. Výzkumná zpráva 2013*. [online] Cesta domů. [vid 12. 01. 2022]. Dostupné z: [Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti | Umírání.cz \(umirani.cz\)](#)

ÚZIS ČR, 2021. *Zemřelí 2020*. [online] ÚZIS [vid 12. 01. 2022]. Dostupné z: [Zemřelí 2020 \(uzis.cz\)](#)

ZUZKA, K., 2018. *Financování hospicové péče jako příkladu sociálně-zdravotní služby*. [online] PFSS [vid 12. 01. 2022]. Dostupné z: [Financování hospicové péče jako příkladu sociálně-zdravotní služby – PFSS. cz](#)

Seznam příloh

Příloha 1 - Struktura zemřelých podle příčin v letech 2010 a 2020

Příloha 2 - Senioři v ČR v datech

Příloha 3 - Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2020

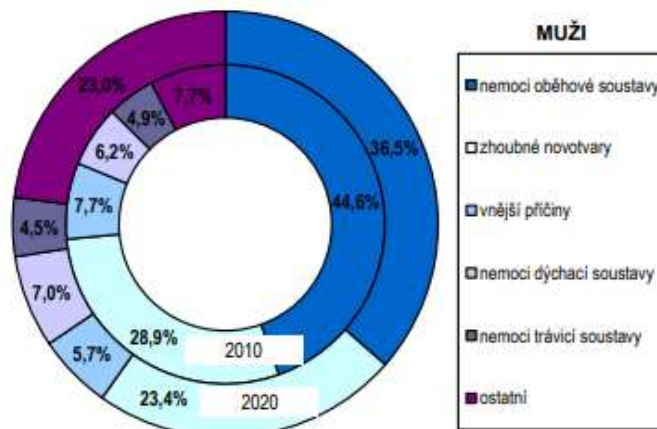
Příloha 4 - Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách

Příloha 5 - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

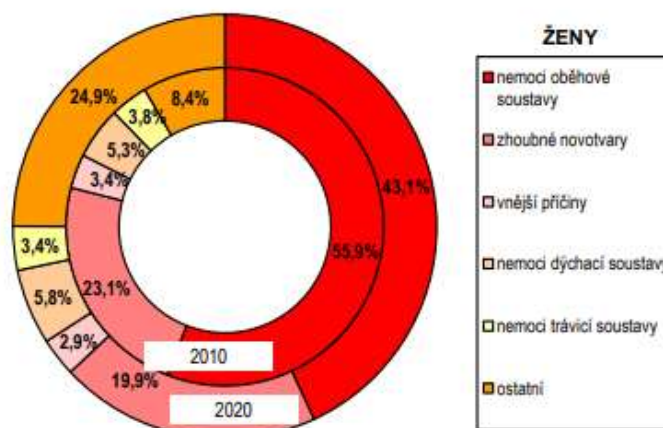
Příloha 6 - Vzorový přepis rozhovoru

Příloha 1 Struktura zemřelých podle příčin v letech 2010 a 2020

Struktura zemřelých podle příčin v letech 2010 a 2020



Zemřelí 2020



Zdroj: ÚZIS ČR, 2021. *Zemřelí 2020*

Příloha 2 Senioři v ČR v datech

Senioři v ČR v datech

Tabulka 5.1 Zemřelí senioři 65+ a jejich věková struktura ve vybraných letech

Ukazatel	2011	2014	2015	2019	2020
Průměrný věk zemřelých seniorů					
Celkem	80,6	80,8	80,9	81,0	81,2
Muži	78,4	78,5	78,6	78,8	79,0
Ženy	82,4	82,7	82,9	83,1	83,2
Věk s nejvyšším počtem zemřelých					
Celkem	84	83	84	87	86
Muži	81	67	68	72	73
Ženy	86	85	86	87	89
Počet zemřelých seniorů					
Celkem	82 346	84 498	90 234	93 106	109 244
Muž	37 271	39 267	41 622	44 327	52 935
Ženy	45 075	45 231	48 612	48 779	56 309
Podíl věkové skupiny na celkovém počtu úmrtí seniorů (v %)					
65-74 let	26,5	28,4	28,4	28,5	27,5
75-84 let	40,9	36,5	35,5	34,7	36,0
85 +	32,6	35,2	36,1	36,8	36,5
65-74 let	35,7	38,1	38,4	37,5	36,0
75-84 let	41,7	37,6	36,4	36,5	38,2
85 +	22,6	24,4	25,2	26,0	25,8
65-74 let	18,8	19,9	19,9	20,3	19,5
75-84 let	40,3	35,5	34,8	33,1	33,9
85 +	41,0	44,5	45,4	46,7	46,5

Zdroj: ČSÚ

Pozn.: Tučně zvýrazněny hodnoty věkové skupiny s nejvyšším podílem zemřelých seniorů.

Zdroj: ČSÚ, 2021

Příloha 3 Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2020

Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2020

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	17 119	13 256	30 375	25,7	21,1	23,5
V nemocnici	40 857	37 251	78 108	61,3	59,4	60,4
V léčebném ústavu	450	539	989	0,7	0,9	0,8
Na ulici či veřejném místě	1 374	326	1 700	2,1	0,5	1,3
Při převozu	426	248	674	0,6	0,4	0,5
V sociálním zařízení	4 030	9 770	13 800	6,1	15,6	10,7
Ostatní	1 249	342	1 591	1,9	0,5	1,2
Nezjištěno	1 094	958	2 052	1,6	1,5	1,6
Celkem	66 599	62 690	129 289	100,0	100,0	100,0

Zdroj: ČSÚ, 2021

Příloha 4 Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor • IČ: 60445831 • DIČ: CZ60445831
e-mail: apsscr@apsscr.cz • www.apsscr.cz
tel.: 381 213 332

Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách

Kritéria pro přihlášení do systému hodnocení

- rozlišujeme 2 stupně certifikace:
 1. základní
 2. rozšířený
- pro přihlášení do základního stupně certifikace:
 - ✓ doložené systematické vzdělávání v paliativní péči alespoň u 50 % zaměstnanců
- při přihlášení do rozšířeného stupně certifikace:
 - ✓ doložené systematické vzdělávání v paliativní péči alespoň u 50 % zaměstnanců
 - ✓ prokazatelná zkušenost s klientem, kterému byla indikována paliativní péče
 - ✓ v případě klienta s indikovanou paliativní péčí musí být zajištěna 24hodinová přítomnost zdravotní sestry v zařízení

Výstupem certifikace je výsledná zpráva a osvědčení o provedené certifikaci. Osvědčení bude vydáno pouze v případě, dosáhne-li zařízení v hodnocení alespoň 70 bodů.

Přehled hodnocených oblastí:

1 Koncepce paliativní péče

- 1.1 Existence koncepce
- 1.2 Otevřená komunikace paliativní péče
- 1.3 Kontrola dodržování paliativních postupů
- 1.4 Materiálně-technické zabezpečení pro poskytování paliativní péče

2 Zjišťování potřeb klienta

- 2.1 Sledování a vyhodnocování aktuálního stavu klienta

3 Individuální přístup a péče

- 3.1 Respekt ke klientovi v paliativní péči a jeho zapojení do organizace dne
- 3.2 Individuální plán paliativní péče

4 Práva klienta

- 4.1 Důstojné zacházení a podpora autonomie klienta
- 4.2 Dříve vyslovené přání a předběžná prohlášení klienta
- 4.3 Zapojení rodiny a blízkých do rozhodování o péči
- 4.4 Postupy pro řešení složitých rozhodnutí v paliativní péči





Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor • IČ: 60445831 • DIČ: CZ60445831

e-mail: apsscr@apsscr.cz • www.apsscr.cz

tel.: 381 213 332

5 Lékařské zajištění

- 5.1 Dostupnost lékařského rozhodování
- 5.2 Zapojení lékaře do péče
- 5.3 Předvídavé jednání

6 Koordinace péče, spolupráce a komunikace

- 6.1 Koordinace péče
- 6.2 Spolupráce s dalšími institucemi
- 6.3 Komunikace v týmu
- 6.4 Jednání v případě krizových, resp. mimořádných situací

7 Podpora pracovníků

- 7.1 Podpora týmu
- 7.2 Průběžné vzdělávání pracovníků
- 7.3 Dobrovolníci

8 Spolupráce a zapojení blízkých osob

- 8.1 Zapojení blízkých osob do péče a jejich podpora
- 8.2 Podpora blízkých osob
- 8.3 Vstřícnost k přítomnosti blízkých osob
- 8.4 Podpora blízkých osob během truchlení

9 Kultura rozloučení

- 9.1 Osobní přání klienta
- 9.2 Rozloučení
- 9.3 Důstojné zacházení se zemřelým
- 9.4 Rituály

10 Vzdělávání v paliativní péči – vstupní kritérium a zároveň lze za další vzdělávání přiznat bonusové body



Příloha 5 Otázky k rozhovoru

Dobrý den,

předem bych Vám ráda poděkovala, že jste se zúčastnila mého průzkumu. V úvodu bych se Vám představila a přiblížila důvod dnešního společného rozhovoru. Jmenuji se Albína Horáková, v současnosti studuji obor sociální práce na Technické univerzitě v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o rozhovor, který bude o poskytování paliativní péče v domově, kde pracujete. Ubezpečuji Vás, že výzkum je zcela anonymní. Ani Vaše jméno ani jméno domova, kde pracujete, nebude nikde zveřejněno. Tento průzkum je dobrovolný, proto rozhovor můžete kdykoliv ukončit. Rozhovor budu s Vaším dovolením nahrávat na mobilní zařízení, odpovědi potom přepíšu a nahrávky smažu. Pokud máte nějaké dotazy, neváhejte se mě na cokoliv zeptat.

K organizaci dotazování:

1. nejdříve se Vás zeptám na stručné identifikační údaje: pracovní pozice, na délku trvání pracovního poměru v této pozici,
2. dále Vám položím otázky, kterými budu zjišťovat Váš pohled na paliativní péči a zda a jak se poskytuje v domově, kde pracujete,
3. prostor pro dotazy a rozloučení.

Nyní, pokud dovolíte, bych ráda přešla k otázkám.

- 1. Co všechno podle Vás zahrnuje paliativní péče?**
- 2. Je seniorům ve vašem zařízení poskytována paliativní péče?**
- 3. Kdo poskytuje paliativní péči seniorům ve vašem zařízení?**
- 4. Sestavuje se ve vašem domově s klientem a jeho rodinou plán péče v závěru života?**
- 5. Je ve vašem zařízení zajištěna 24hodinová přítomnost zdravotní sestry?**
- 6. Jaké je zajištění lékařské péče ve vašem zařízení?**
- 7. Popište prosím, jak nejčastěji umírají klienti ve vašem zařízení?**
- 8. Popište prosím, jak nejčastěji umírají klienti vašeho domova mimo vaše zařízení?**
- 9. Myslíte si, že má vaše zařízení vhodné podmínky k poskytování paliativní péče?**
- 10. Myslíte si, že personál vašeho domova má potřebné znalosti a dovednosti v oblasti poskytování paliativní péče?**
- 11. Máte ve vašem domově pietní místo?**
- 12. Jak pečujete o pozůstalé?**

Příloha 6 Vzorový přepis rozhovoru

T: Dobrý den, jmenuji se Albína Horáková, studuji sociální práci a důvodem našeho setkání je poskytnout informace ohledně paliativní péče, protože tématem mé bakalářské práce je „Paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory v Libereckém kraji“. Mokrát děkuji, že jste mi umožnila tento rozhovor udělat, a s dovolením Vás poprosím, jestli můžu ten rozhovor nahrávat.

R1: Určitě

T: Děkuji mockrát. Paliativní péče: co si představíte pod pojmem paliativní péče, nebo co je pro Vás dobrá smrt?

R1: Pro nás dobrá smrt, když bych to vzala z úrovně paliativní péče o seniory, tak je to péče, která je respektující potřeby těch klientů, která není zbytečně prodlužující život ani není zbytečně, není zbytečně, jak to říct uspišující smrt v tomhle ohledu. Takže určitě my tady poskytujeme paliativní péči vlastně nějakých osm let, co my jsme tady, nebo co já jsem vlastně tady. A byl to dlouhodobý proces. To nebylo jako hned, takže teď bych těch posledních, já nevím ty čtyři roky, už řekla, že všichni vědí, co to je a jak k tomu jako přistupujeme. A je to naprostá součást tady té péče u nás. Pokud je všechno domluvený a všechny rodiny s tím souhlasej a tak, tak personál je, to naprosto přijímá jako plynulou součástí vlastně našich služeb.

Takže určitě na úrovni seniorů tu paliativní péči vnímám víc s respektem k životu, který ti klienti odžili, a k tomu je netrápit, když už to není potřeba.

T: Co, co si pod tím já jako laik můžu představit?

R1: Paliativní péči já to vlastně rodinám vysvětluju tak, že, že je to péče, kdy my jsme schopni poskytovat péči až do konce života, ta péče se už neřeší po úrovni léčební, řešíme příznaky, aby ti klienti neměli nějaký diskomfort, pokud je to v naší možnosti, protože my poskytujeme pouze obecnou paliativní péči, ne specializovanou, od toho je hospic. Takže pokus my jako vnímáme, že jsme na úrovni obecný, tak vlastně tady pro ty klienty, od tišení bolesti, to je jakoby základ, aby neměli jako veškerý jako nauzey, co je jakoby v našich možnostech, protože tady není lékař 24hodin denně, tady je jenom obvodní lékař, se kterým úzce spolupracujem, takže pokud ta, to následný umírání, který vlastně přichází, jsme schopni zvládnout tady v našich podmínkách, že většinou u těch seniorů u nás se to projevuje i v tom ohledu velmi klidně. My nejsme, nejsou to hospicovní klienti, mladí klienti, kteří mají hodně dramatický jako příznaky a takový komplikovaný ty průběhy. U nás jsou takový jako dá se říct hodně poklidný, tak bych to řekla, jak už jsou

i staří, tak i ty reakce jsou takový jako velmi klidný, takže spíš se zaměřuju na ten komfort toho klienta, aby ta rodina mohla kdykoliv přijít, aby přinesli, co ten klient má rád, protože ta rodina to ví nejlíp, vlastně ten klient je obklopen personálem, kterej ho taky zná, vzájemně se všichni znají, jak ten klient personál, tak personál toho klienta a není to takový vlastně přesun na poslední chvíli do té nemocnice, ale musí být všechno domluvený s rodinou, tak aby všichni jsme věděli, kudy se ta péče bude ubírat, protože to si myslím, že v těch pobytových službách je to mnohem horší, než když se de do toho hospice, protože tam už jdou již s jasnou indikací toho, že léčba je ukončena. Tady my si to musíme jako vykomunikovat.

T: Říkala jste, že můžou návštěvy za klienty. Jak často? Nebo jsou omezeny časově?

R1: Nejsou. Můžou kdykoliv. Samozřejmě není to o tom, že by někdo přišel v půlnoci, jo, když by tady někdo chtěl prostě ve večerních hodinách zůstat, určitě jakoby může, ale může vlastně dá se říct přijít jakoby kdykoliv.

T: A v čase, když umírá ten klient?

R1: Může tady bejt anebo když chce zavolat, zavoláme mu a může přijít. Asi se nám to nestalo, že bychom ve dvě ráno někoho volali, že by u toho chtěl bejt. Může kdykoliv, jo, jsme u toho, že ve dvě ráno, nebo prostě když tak úplně to tak jako není, že bychom volali, nikdo to po nás nikdo nechtěl, nabízíme, ale za těch osm let, většinou voláme v průběhu dne nebo do desíti jako do večera. A když chce ta rodina tady bejt dlouhodobě s tím klientem, tak tady je a my to jakoby víme, že každý jako má jakoby jinej přístup. Někdy to i trvá ta paliativní péče, protože u nás nebo obecně v té geriatrii je takový typický, že ta paliativní péče je dlouhodobá, to není jako úsek jako terminální, ale. U někoho to může samozřejmě tak bejt, když přijmeme někoho onkologického, tak tam je to většinou tak jako rychlejší, když to apriori jako objevíme, vlastně jsem už i letos nabírali klienty, tak je to trošku ještě jiný jako taková ta geriatrická křehkost, když ten průběh je takovej jako nahoru dolů, takže my v té paliaci máme klienty někdy jako dlouhodobě, tak půl roku, rok. Někdo se tak zlepší, že bychom mu mohli říct pro nás, že to už vlastně zase paliativní není, takže někdy je to takový zajímavý, že ten klient se vlastně vrátí zpátky do nějakého života, je to zajímavý.

T: Ale nikam se nestěhuje. Pořád je tady?

R1: Ne.

T: Je pro něj to pořád domov.

R1: Mhm, je to tak. Jo, jo, jo.

T.: Co všechno kromě toho, že tišíte bolest, řešíte? Zvracení, co řešíte ještě?

R1: Těch příznaků je, je toho je toho spoustu, ale jak to říct, no teď třeba máme paní kardiální selhávající, takže je tady na oxygenátoru. Jo a zase. Máme tady jeden oxygenátor, takže to musí být v našich možnostech. A ta paní to musí jako zvládat. Jo, takže má jako nějaký psychofarmaka nasazený, má symbolický 2 l kyslíku, tak abychom to nějak udrželi, zvládli, ona taky do nemocnice nechce, chce bejt tady, ale samozřejmě. Kdyby jako byla akutní dušnost, tak bychom to museli prostě, ať je v paliativním režimu, tak má jakoby opiátový náplasti, není na morfinu, tak bychom to my stejně museli případně vyřešit nějakou záchrankou v tu chvíli, která a s tím lékařem bychom se dohodli na tom morfinu i oni by to jakoby podali.

T: Jak jsem přijížděla, viděla jsem, že je tady nemocnice, je to kousek, to znamená, že není pak jako ani komplikovaný náročný převoz, kdyby ...

R1: Tam jsou rodinný pokoje, tak to je jako další věc, že je to hned možné využít. Takže když je někdy potřeba využít a klient je složitější v tom smyslu, že je riziko takových těch akutních komplikací, kdy tady ten doktor není, tak nemáme hned jako komu zavolat, tak bychom to asi vyřešili takhle. A už se nám to stalo a většinou se ten doktor, pokud je naidikovaná paliativní péče, tak se nebojí nám tady i normálně nám tady dát morfin, aby ten člověk se uklidnil, jo. Takže, jo. Takže to je myslím, jakože fajn, ale mohlo by se to jako, je to o domluvě. Vždycky a v dobrý souhře náhod, mohlo by se samozřejmě i stát, že já nevím co, že ten průběh samozřejmě bude ještě daleko horší, a pak je to už opravdu na ten paliativní pokoj tady, nebo na ten hospic. A tohle je třeba aby bylo odkomunikovaný s rodinou.

T: Co všechno s tou rodinou komunikujete? Vy asi poznáte, že jestli ten klient tady už funguje nějakou dobu, tak poznáte, že se třeba jeho zdravotní stav horší. Řešíte hned tuhle informaci, nebo předáváte ji rodině? Co jakoby vykomunikováváte?

R1: Musím říct, že jakoby my vykomunikováváme hodně. My jsme jako za čarou. Jo, jako když bych to jako řekla takhle, ale je to na nějaký velký důvěře i s paní doktorkou naší obvodní, respektive, myslím si, že už by na tohle naprosto neměla kapacity, ani časový už v žádném případě, jako časový, protože tady je jedou za týden, vlastně ve středu, a myslím si ani morální. Už jako, jo že trošku tu komunikaci jako jsme si vzali jako plně na bedra my, protože my jsme to chtěli a paní doktorka je tak, je tam takový soulad, že vlastně, když se dohodneme i na tý paliativě, tak většinou to, buď to je objektivní diagnóza, která u onkologických onemocnění a tam pak už není možné to řešit, ale u těch křehkých seniorů většinou tam probíhají, ještě když se někdo horší, tak a není předtím nemocný, tak nějaký kompletní odběry, aby jsme jako věděli, že ten člověk netrpí

jenom nějakou infekcí např. močových cest, abychom ho neodsoudili jako k nějaký jako paliativní péči v uvozovkách, takže určitě před tím, než si pozveme rodinu a rozjždíme jako takový to kolečko, tak chceme, abychom si byli jakoby jistí, že ten stav zdravotní není jako náhodilej, to není jako byl měl 200 CRP, je to fakt jakoby komplexní stav toho těla. Není, jak stav vratnej, a pak se jako ozývám někomu z rodiny a bavíme se o tom, komunikujeme, ale určitě je to o tom, že pokud chcete poskytovat paliativní péči v sociálních službách, tak je to někdy, nebo je to dost často vystoupení z nějaký komfortní zóny nás všech. Možná spíš apriori jakoby mojí nebo ještě jedné kolegyně, ale zas se snažíme, tak jako aby to bylo všechno posvěcený, jako černé na bílým, no a musí tam být plný souhlas tý rodiny. Kdybychom měli jakoby pocit, že ta rodina samozřejmě chce léčit, tak jim to nabídneme. Ted' stojí vždycky před tou možností nebo nutností toho to rozhodnout. Když ten člověk je dementní, jo má demenci, tak už není jako moc schopnej jakoby rozhodnout jakoby sám o sobě, takže se snažíme třeba pozvat celou rodinu a k něčemu se vlastně dopracovat. Když ta rodina o tom není přesvědčena, tak prostě ten člověk musí bohužel do nemocnice, ale musím zaťukat, hodně se nám to daří, nějak to rozhodnout.

T: Musím říct, že se to dobře poslouchá.

R1: Jo, jo, jo.

T: A chci se zeptat, z hlediska vlastně toho personálu, protože tady vlastně přijde do kontaktu ten klient s různým personálem, od zdravotní sestry, určitě pečovatel. Jak jsou školeni na tu paliativu?

R1: No, tak oni jsou jako proškoleni vcelku jako dostatečně, že i v rámci leta, leta zpět furt jsme měli jakoby školení a myslím si, že základem jakoby je ten takový ten přerod, aby se toho jako nebáli, aby si to zažili, že vlastně ono o nic jakoby nejde. Ono vlastně ta péče je poskytovaná, dá se říct, hodně často jakoby stejná a vlastně pečujete o tělo toho klienta. Někdy bohužel není rozdíl, jestli pečuje o klienta, který je vlastně dementní, nebo jako terminální, takže to si myslím, že tady tohle prozření je jako důležitý. U toho personálu – a já vlastně jako ani nevím. No, chtělo to čas, a když je to jako z vrchu z toho managementu, tak nějak ten personál je na to nastavenej. Zdravotní sestry u mě nebyl nikdy jako problém, mám tady k tomu asi velmi jako orientované ty děvčata, občas jsme si vždycky jakoby musely třeba že jak to komunikujeme s rodinou, tak někdo už to vidí dřív a někdo má pocit, že by třeba ještě šlo udělat jakoby tohle, a tak si to nějak mentálně museli všichni nastavit, co ta paliativní péče pro nás pro všechny je a takže tam vůbec nebyl jakoby žádný problém, musím říct a u toho nižšího pečujícího personálu taky ne.

Nebo když měl někdo pocit, že z toho má strach, tak mu pomohl kolega jinej, ale jako ten personál byl školenej vopravdu v průběhu pěti let. Často jsme sem zvali hodně školitelů obecně jak z asociace tak i.

T: Z asociace?

R1: Poskytovatelů sociálních služeb. Ale měli jsme vlastně školení ještě jakoby předtím a jak říkám, jako myslím si, že to je, se toho jako nebát vystoupit všichni z té komfortní zóny a vlastně dělat, děláme to pro toho klienta, ač by se mohlo někdy zdát, že to není komfortní pro nás pro všechny.

T: Určitě víte, že součástí paliativní péče není jenom péče o klienta, ale taky o rodinu. Poskytuje se tady nějaká třeba péče po smrti toho klienta?

R1: To je trošku jako Achillova pata, protože si myslím, že tady už je to rovina sociálních pracovníků, a ne úplně moje v tom smyslu, ne že bych to dělat nechtěla, ale už není na to jakoby prostor, takže si myslím, že je to otázka jako času, než třeba se i tady k tomu dostaneme, protože na to nejsme školeni. Já mám za sebou ELNEC a chtěli jsme vlastně poslat i sociální pracovníky i vedoucí péče jakoby na ELNEC minulej rok, akorát kvůli covidu to nevyšlo. Takže si myslím, že ty děvčata to musej jakoby naslouchat si a pak to bude jako strašně přirozený. Určitě víc předtím ještě, aby i tu rodinu možná s tou paliací seznamovali, ty klienty u toho nechci říct u toho nástupu, ale tak jako lehce upozornit na to, že jsme schopni pečovat až do konce toho klienta, protože u nás je to fakt jako takový specifický, že oni k nám ti lidi jdou jakoby žít, že jo. Oni nejdou apriori jakoby umřít, takže musí to být, musí to mít nějakej takovej, jak to říct, takovej mantinel, co komu můžete říct z těch rodin. Tak jenom taková ta prvotní informace by tam byla už asi fajn, a pak by bylo asi fajn dál pečovat o ty rodiny, ale to neposkytujeme, protože ještě tam tak daleko ještě nejsme.

T: Když, součástí té paliativy je taky péče o zemřelé tělo. Jak se tady k tomu stavíte tady Vy?

R1: Úplně musím říct jako taky jako běžně a je velkej apel na to, aby to bylo s maximálním respektem, jo k tomu tělu, takže krom toho, že krom toho, že vlastně se opečuje tak, jak má, tak otvíráme okno, zapalujem svíčku. Máme tady i takové jako pietní místo.

T: To jsem si všimla.

R1: Teď tam je bohužel naše kolegyně, to je mladá paní, šedesátiletá. Takže to, ale když tam prostě samozřejmě není ona, tak když ten klient zemře, tak rodina přinese parte a tam symbolicky zapálíme svíčku. Se zapálí svíčka, když ten člověk zemře, tak je to takovej

jako projev nějaký jako úcty a myslím se, že tomu personálu to jako pomáhá to se s tím, nechci říct, se apriori s tím jakoby vyrovnat, ale tu smrt tady přijímáme jakoby jinak, když by nám umírali mladí lidi pod rukama. Je to prostě přirozenější. Jo a když se vlastně oni starají o ty klienty, kolikrát viděj, že už je to fakt těžká demence a prostě ten život už ztrácí nějak v nějaký rovině nějakou hodnotu, tak je to mnohem jednodušší přechod pro ten personál, než když by to třeba bylo opravdu, jak říkám, hospic nebo hospic pro děti, jo takže. Musím říct, že s tímhle opravdu problém nemáme v rámci nižšího personálu, a myslím si, že vlastně ten, kdo dneska přijde, tak je tak jako hozený do toho, že to tak je, jo? Tak to prostě je a takže to musí člověk zvládnout, ten pracovník, musí se s ním pracovat, ale nějak mi přijde, že to berou jako přirozeně.

T: Jestli Vy říkáte, že to jde ze shora, že to jde, asi jste udělala obrovský kus práce.

R1: To není už jenom moje práce, ale celého týmu.

T: Ano, určitě, a tím pádem je to vlastně celý, vždycky je to nejlepší. Když to jde ze shora, kdy jsou vlastně nějaký standardy nastavený, obráceně je to hodně komplikovaná situace. Takže musím říct, že se to vlastně dobře poslouchá. Mám z toho jako upřímnou radost.

R1: Jo, jo. Jako upřímně, když jsem sem nastupovala, a to jsem vlastně nedořekla to, že jak pečujeme o to tělo, ale říkám kompletní hygiena, ustrojíme ho, maximálně do nejhezčí z věcí, co mají, buď se dohodneme s rodinou, když je ta rodina mentálně až tak nastavená, že tohle je na to určený. Anebo mu dáme to nejhezčí, co tam jakoby maj, a musím říct, že máme i velice dobrou spolupráci s pohřební službou, protože taky se chovaj k tomu tělu jako s velkým respektem. Takže to je delší taková fáze toho, že ten personál nepropadá tomu, že to je, jako že, je to prostě furt tělo, a tak by se k tomu měli chovat, s úctou, maximálně co to de. Takže tak a vy jste se chtěla na něco ještě zeptat.

T: A líčíte?

R1: Ne, to dělá rovnou pohřební služba.

T: Takže to řeší pohřební služba.

R1: Jo, všechno.

T: Má možnost rodina se rozloučit tady, přímo, je tady nějaká místnost? Nebo?

R1: Máme kapli. Jo, buď jsou lidi na jednolůžkovém pokoji, tak tam není co řešit, tam je jakoby necháváme, pokud přijde jakoby rodina. Vždycky voláme jakoby automaticky, jestli chtěj přijít se rozloučit. Hodně často chtěj. Když je na dvojlůžkovém pokoji, tak vlastně, tak je na lůžku odvážíme jako do kaple, nahoru. Takže, je to takový jako důstojný a jak říkám, pokavaď se nestane, že ten klient by se jako by dusil, což je i ten výraz není

takovej, co si budem povídat, ale když umřou přirozeně, to si myslím, že usnou, že je nic jakoby netrápí, tak ta rodina z toho nemá ani žádný útrpný pocit potom, že prostě ty lidi umřeli jakoby svým způsobem spokojeni, když bych to tak jako zlehčila, tak jako, že je to hodně vidět ten výraz v tom obličejí, jestli jako nějak strádali, nebo jako něco je bolelo, nebo, jo. Pak kolikrát si říkáme, mám úsměv na tváři, tak je to takový jako paradox.

T: Každopádně, říkala jste, že rodina jakoby nemusí být vždycky u toho konce, ale má možnost se tak jako důstojně rozloučit, což si myslím, že taky pro ni je jako důležitý. Všichni tady, kteří jsou klienti, mají své rodiny?

R1: Všichni nemaj. Někdo nikoho nemá. Tak pak je to jako složitější, jako pak se snažíme to jako saturovat jako my, o to víc, ale zase samozřejmě úplně nejsem, jak to říct. Myslím si, že rodina je v životě důležitá a furt jsme služba. Nejsme schopni jako saturovat všechno a nevím, jestli je jako jednoduchý se do týhle role stavět. Jsme jenom pobytová služba, domov pro seniory, nejsme hospic nebo nějaká služba apriori na to určená, takže si myslím, že děláme, co můžeme, a úplně rodinu asi nenahradíme. Rodina je jakoby jedna. Jo, jakože zas nemáme nějakého dobrovolníka, který by ještě něco, jo. V tom smyslu víc saturoval tu rodinu.

T: Chodí tady dobrovolníci?

R1: No v době covidu moc ne. Teď to hodně jako. Měli jsme tady ti, a ale oni nechodili apriori jako k umírajícím. Neměli to jako. Buď to byl klient, ke kterému jakoby dlouhodobě chodili, tak samozřejmě tam asi ten problém není, ale že bychom měli dobrovolníky přímo na tohle, tak to úplně ne.

T: To je těžká práce. Nebo vůbec, těžký téma, těžká situace, že jo.

R1: Jo, jo, jo.

T: Tak ji lidi asi aktivně nevyhledávají. Pokavaď.

R1: Ale jako říkám, asi jsme se s tím spíš nesetkali, že by dobrovolník něco takového vyhledával apriori, nebo, jo. Někdy ty věci přináší čas, že by to třeba byl klient, který umíral, tak by dobrovolník tak dlouho chodil, tak by třeba jako zůstal s ním, jo, než jako prostě, že bychom aktivně vyhledávali dobrovolníky. Spíš jsme rádi, když je někam vezmou nebo se jdou projít a jak říkám, v době covidu se vše omezilo. V tomhle ohledu jakoby všechno. To bylo taky, taková složitější ta paliativní péče.

T: Všechno bylo složitější.

R1: Jo, jo, jo. Ale snažili jsme se i po tu dobu. Tak aby ty rodiny jako mohly chodit.

T: Vlastně hospic byl jako jedno z mála zařízení, kde ty návštěvy byly povoleny.

R1: Jo, my jsme taky měli u paliativních lidí povoleny návštěvy.

T: Skvělý.

R1: Když na tom dlouhodobě někdo byl špatně, tak jsme nechtěli, chtěli jsme, aby měli testy, protože je problematický, když se to jako rozšíří všude, na tu organizaci všeho, ale měli možnost, zase jsme úplně nechtěli vzít na triko, že by se někdo s někým nemohl rozloučit. Prostě je to mnohem horší, než vlastní covid.

T: Ono pak opravdu to truchlení je náročnější, protože pokavad' je poklidný odchod a ten, ta rodina je součástí a má možnost se rozloučit, tak rychleji pak tu situaci zvládá.

R1: Jo, jo, jo. Myslím si, že se snažíme dělat jakoby co můžem, samozřejmě toho času, že když máme pocit, že ta rodina je taková samozřejmě jako, když se stav klienta zlepšil, tak maj pocit, že je to lepší, ale když bychom mu vysadili všechny psychiatrický léky, taky že se zlepšil, akorát ta demence je taková jako nahoru a jako dolů. Je to složitý u těch křehkejš lidí, no. Tam není ten činitel úplně apriori, kterej je aktivní činitel tý smrti. Když je to onkologická nemoc, tak je to jako jasný, ale tady u těchletých lidí je to. No taky se nám bohužel stalo, že jsme volali rodinu dvakrát, třikrát. Protože jsme měli pocit, že už to přijde, a ten dotyčnej se druhý den probral a vypadal, že dá si oběd, no. A to jsou takový jako zkušenosti, že si říkáte, že no.

T: Stane se, že je klient jako už ve fázi, že máte pocit, že zemře a nejde to?

R1: Určitě.

T: Řešíte třeba jaký, co je důvodem?

R1: Jo, tak určitě. Takhle, když je samozřejmě někdo jakoby věřící, tak se snažíme i tohle to jakoby zajistit, nějakého duchovního pozvat. A je to takový jako zajímavý. Říkáme si, proč ho nahoře nechtěj, když to řeknu takhle apriori. Ač by už tam. Tak na něco čekaj, nebo si něco potřebuje tady vyřešit, tak to tady jako vidíme tady často. Když to jako nejde někam tam, kde bychom už mu to ve finále třeba přáli, protože pak už to tělo jako chátrá, tak ty lidi nejedí, nepijou, začínají vlastně dekubity, protože už nemají žádné bílkoviny, jo vůbec nějaký to podkoží a kůži, takže je to už někdy takovej jako strastiplný pohled tom smyslu, že bychom mu to už vlastně i přáli, aby to jako netrvalo dlouho, ale vono to nejde, takže je to někdy tak mezi nebem a zemí. Jo, takže nevím, jestli to úplně řešíme, ale určitě si toho jakoby všímáme, jo a když chodí rodina, tak aktivně s nimi vlastně o tom nemluvíme, proč to trvá jako tak dlouho. Prostě něco, jenom to tak jako zhodnotíme, že na něco asi ještě čeká. Nebo když víme, že by měl někoho v cizině, ten dotyčnej, tak samozřejmě je to přirozenější, tak jako logický, ale někdy to tak prostě tak tak není. Takže.

T: Tak já musím říct, že jste mi snad zodpověděla na všechno, co jsem se chtěla zeptat. Jestli mi ještě něco speciálně k té paliativě tady u Vás nechcete říct, tak?

R1: Mně asi teď nic nenapadá upřímně. Určitě spolupracujeme. Já jsem tedy opakovaně, jako i dřív oslovila ještě hospic, když jsme posílali pracovníky naše k vám, tak to bylo zpoplatněný, a tak to pak už nešlo, ale co nám jako chybí, tak nám chybí služba toho doktora, paliatra jako takového, kterej jako tomu rozumí a ví, a kterej bude vopravdu jako, jak to říct, nějakej mentor pro toho obvodního doktora, protože my jako v sociálních službách nepotřebujeme mít sestru, my je tady máme, my potřebujeme toho doktora, který to jako naindikuje. Takže určitě se snažíme, spolupracujem. Máme otevřenou diskusi s paní doktorkou z mobilního hospice, teď přesně nevím, jak se jmenuje.

T: Odkud?

R1: Od vás. Z Liberce. Paní doktorka ..., že by byla fajn taková jako možnost toho, že bychom, i když to nelze zafinancovat přes pojišťovnu bohužel, a že bychom nějakou formou uhradili tu její návštěvu tak, aby my jsme měli jako pocit toho, že jsme pro klienty poskytli jako maximum. Protože jsme samozřejmě nějaký vývoj. Když jsem sem přišla, tak paní doktorka neměla vyfasovaný ani opiátový náplasti, nebo opiátový ty protokoly vůbec, opiátový listy, takže a zase i toho našeho lékaře jsme museli jako někam strkat, protože taky to pro ni bylo vystoupení z komfortní zóny, jo jestli je to potřeba, no, je to potřeba. Jo, takže vopravdu to nebyl jako jednoduchý proces. Chtělo to jako čas, abychom se jako někam dostali. Takže dneska jako už jsme v nějaký rovině opiátových náplastí, morfinu, to jako v pohodě, ale to prostě paliatr je někde úplně jinde v rámci všech léků na zhoršení dýchání, jo, od kortikoidů, třeba, jo, prostě všeho možného. Jak tomu klientovi ulehčit, aby třeba nebyl tak úzkostnej.

T: Bohužel paliatrů je jak šafránu.

R1: No, jo, jo, jo. To je přesné. Takže uvidíme. Třeba se to pak ta spolupráce, jak to říct, doladí. A zase nemyslím si, že my bychom je zneužívali. My tady tu specializovanou paliativu, to se tady moc nevyskytuje. Jo, když bychom měli pocit, že to jakoby nezvládáme, tak určitě bychom toho klienta předali tam, kde mu můžou jakoby víc pomoci. Abychom se nesunuli někam, kde naše místo už není.

T: Každopádně je to vždycky o tom, že ten klient, jestli je tady třeba nějakou delší dobu, jo, tak se tady cítí doma.

R1: Určitě.

T: A vždycky je ten přesun nebo jako změna toho prostředí pro klienta stresující, jestli chcete, nebo nechcete. A ideální je varianta, i kdyby, protože je to domov, tak aby byla ta domácí péče poskytnuta i tady. Ideální stav.

R1: Jo, jo, jo. Což my jsme schopni. Jo musím říct, že jo. Nějak to zatím jde.

T: Tak opravdu moc děkuju, že jste si na mě udělala čas a vůbec, že jste mi to jako to přiblížila, protože mně to udělalo upřímnou radost. Nevím, ani jsem si to nedokázala jakoby představit, že to jakoby může někde fungovat, protože často, co jsem jako četla tu literaturu, tak říkali, že je právě problém s tím, že když se nějaký zhoršení toho zdravotního stavu nastane, takže to pak jako řešej i opravdu převozem, do nemocnice, klient, že umírá v sanitě kolikrát, že je to prostě takový smutný.

R1: To se nedořešilo. To je vlastně pravda u toho, tam jsem to nějak nedokončila. To je právě to, co jsem tady jako by řešila, když jsem tady nastoupila, že vlastně ti klienti neměli dobrou zdravotní péči. Dobrou lékařskou péči. V tom smyslu, že vlastně ten pan doktor tady když je, tak co mu ten personál nenahlásí, tak vo tom jako neví. Přitom tady je 100 klientů a on tady je na 4 hodiny. Nebudu vůbec komentovat, zda je to dobře, nebo špatně. To ať si každej jako udělá názor. To je pak strašně důležitý, aby ty sestry byly jako za toho doktora a jakýkoliv zhoršení měly oči nastražený a řešily, volaly, odebíraly krev a my jsme jako by věděli, že se to zachytí jako včas, a ještě u těch dementních klientů jsou často jako asymptomatický průběhy. Jo, takže to je tady člověk se zápalu, někdy tu teplotu oni opravdu jako nemaj. To je takový jako v geriatrii, že na nich nepoznáte, začnou být jenom zmateni. Tak se to hůř poznává. Někdy to je jako úplňkem, ale někdy taky, že má v těle zánět, jako v těle, a my to nepoznáme apriori běžně, když. Takže je to opravdu hodně o detailech i toho nižšího personálu, protože ti jsou s nima nejvíc, takže ti řeknou dnes tolik, že toho tolik nesnědl, že nějaký signál dneska je, že je ještě mnohem zmatenější, než normálně, je to nějaký signál, že se něco někde jako opravdu děje, takže pak se snažíme právě, jako bychom měli jako tu paliativu pod kontrolou, tak musej být ti lidi fakt vyšetřeni. A to jim jako dobrou péči, a to je úkol pro mě, abych já si byla jistá, že když už o tom s tou rodinou mluvím, že už nebyla cesta zpět. Že hospitalizace to jen tak jako nevyřeší, tenhle ten stav. <zvonění telefonu> Tak to si myslím, že pak právě bohužel, zažili jsme to tady před těma mnoha léty, na poslední chvíli a pak to skončilo tragicky, ten dotýčný, protože si toho tady ani nevšimli dřív toho stavu. Jo, takže se snažíte tomu předcházet. Neříkám, že to úplně jde vždycky, jo, ale myslím si, to si myslím, že to jako předcházet tomu jde.

T: Jestli tomu rozumím správně, říkala jste, že tady máte řádově 100 klientů a určitě tady o ně pečují nějaké týmy a ty se určitě střídají v nějakých službách, dvanáctky?

R1: Jo, jo, jo.

T: A oni si pak předávají důležité informace při předávání služby, tak tam asi i probíhá komunikace, že vlastně. Že sestra, tak vlastně ten pečovatel, dá vědět, že se ten stav zhoršuje.

R1: Jo, jo-jo. Máme hlášení každé ráno. Vlastně celý pečující personál, pracují všichni sociální pracovníci., zdravotní sestry, pečovatelky.

T: Aha, všichni se potkáte.

R1: Ano, v sedm. Tam se vlastně čte hlášení z druhého dne, takže se jako my víme, že i když nejsme úplně v tý péči, že někdo je nějaký horší, zmatenější, že je to, jakoby něco se děje, od krve v moči po všechno možný.

T: To znamená, že to není v nějakém úzkém týmu. Opravdu se sejdete všichni.

R1: Ne, ne, ne. Díky tomu, že jsme otevřeli ještě novou budovu, tak nás to dohromady může být na jídelně 20–25 lidí, tvá to 10 minut. Je to fakt jakoby rychlý, i jsme zvažovali, zda to má význam. Ale ten význam to má. Protože my jsme, my bychom hlavně jako by neměli ty informace a jo hlavně to ráno tam můžete říct informace. Určitě tohle to je jako dobrý, a i v rámci tý paliativy, krom toho, že to jako komunikujeme, tak i když vím, že se s rodinou dohodnu, že klient je určen do paliativní péče, tak krom toho zápisu, tak to i většinou píšu. Máme takovou společnou komunikaci WhatsApp, ale všichni jako věděli, že u toho člověka je paliativní péče. Takže ten přístup se pak jako změnil v tom, že třeba už neřešej, že ten člověk už jako má to a to, že, přesně nevím, má špatnou moč, nebo cokoliv, že teď už vědí, že jdeme cestou jinou. Že to předávání informací je jednou ze základních jakoby. A vo to složitější samozřejmě je, když tady toho personálu je tady tolik a točí se ve službách. To je někdy složitý jakoby podchytit. Ale v rámci paliativy, díky tomu, že tady není toho tolik, tak to u nás není problém. Furt musej si předávat úplně všechno, takže to jako problém není.

T: Docela si neumím představit, že o 100 klientech jste schopni si promluvit za 10 minut.

R1: Aha, aha. Tak většinou. Samozřejmě, my jako nemluvíme o všech klientech. To jako hodnotíte ty, kteří něco se dělo den předem, jo a nebo v noci byli vlastně neklidní, zmatení, nebo někde něco. Takže vlastně na tom hlášení se za ten den třeba přečte informace někdy třeba o deseti, někdy o 20 lidech. Jo, někdy prostě je to jakoby rychlý, co se dělo jakoby ten den. Řeší se jenom důležité věci. Jo, který by měl někdo vědět, třeba ta sestra nebo tak, krom toho, že s tou sestrou komunikují ten den v tý službě a na tom

hlášení se to označí jakoby důležitý a jako je pravda, že je určitě k tomu i člověk vede, aby se vzájemně tak jako, aby to napsali, informovali toho, ať je to černý na bílém. To není nic proti nikomu, ale já zase, když to pak čtu, a ty zápisy by tam nebyly, tak já se třeba nemám čeho chytnout a vždycky říkám, že samozřejmě, já jsem ta poslední, která může komukoliv pomoci. První a poslední a musím jakoby informace vědět. Že něco řešili, že bylo něco špatně, nebo tak.

T: Jasně.

R1: A musím to vidět v tom počítači, takže máme jako spojenou dokumentaci jako s tím. Tam to funguje jako dobře.

T: Tak to je pravda, že jestli je tady nějaký systém, do kterého vidíte všichni.

R1: Jo, jo, jo. Podle kompetencí.

T: Logicky.

R1: Pečovatelka toho vidí daleko míň, ale pečovatelka, co napíše, že předala informace tomu a tomu, tak je to tam jako vidět. Takže to si myslím, na tu paliativu, na to předávání informací si myslím, že to je v pohodě. Není tady toho tolik. Jo, nám umře průběžně, jako průměrně, já nevím, nějakých 30 klientů za rok, když nehodnotím letošní rok teda (2021). Doba, jako covidovou dobu, tak jako průměrně nám umře, ne všichni jako tady, někdo umře v nemocnici, protože prostě to je ten stav jako ... a už to zvládne a, ale už i jako ta nemocnice jako funguje jako tak, že když někdo chce zemřít, tak ho jako vrátí zpátky. Sice jsme to úplně nenaučili, aby to jako tam napsali, to ne, jo to vůbec ne, ve zprávách to není. V těch zprávách je pak tak jako hloupě napsaný, při zhoršení stavu, jo, možná zase zpátky re hospitalizace, což jako já se zase trochu jako čílím, protože když už ten člověk je špatný a jde k nám, tak ta rodina by jako měla být informována, protože my to zas tak jako přebíráme kompetence nějakého lékaře, kterého už vůbec neznáme. Je něco jiného, když trochu děláte s lékařem, kde tam je maximální důvěra a, ale tohle je pak kompetence. Pak třeba voláme, abychom si to jako ujistili, ale už i oni se jako naučili, že nám ty lidi vracejí v různém stavu. Takže takhle.

T: Takže jo. Mockrát děkuji.

R1: Není zač.