

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

Sociální pracovník jako koordinátor případu v domácí hospicové péči

Vedoucí práce: doc. Michal Opatrný, Dr. theol.
Autor práce: Mgr. Michaela Vodová
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Ročník: III.

2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala samostatně, veškeré použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s užitím díla za podmínek licence [Creative Commons Uved'te původ-Zachovejte licenci 3.0 Česká republika](#).



V Českých Budějovicích, 30. 6. 2017

Mgr. Michaela Vodová

Poděkování:

Děkuji za inspiraci všem klientům a pracovníkům Domácího hospice Vysočina, se kterými jsem se během svého působení v tomto hospici potkala.

Děkuji své rodině za pomoc a trpělivost.

Děkuji vedoucímu práce za podporu, zpětné vazby a citlivé směřování.

Děkuji sobě.

<u>ÚVOD.....</u>	6
<u>1. UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY</u>	8
<u>2. HOSPICOVÁ NEBO PALIATIVNÍ PÉČE?</u>	11
<u>3. SPECIFIKA DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE.....</u>	13
3.1 UMÍRAT DOMA	13
3.2 UMÍRAT V PŘÍTOMNOSTI BLÍZKÉHO ČLOVĚKA.....	15
3.3 UMÍRAT DŮSTOJNÝ	16
3.4 SPECIFIKA DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE Z HLEDISKA PEČUJÍCÍCH	17
3.5 SPECIFIKA DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE Z HLEDISKA PRACOVNÍKŮ	18
<u>4. MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE</u>	20
4.1 BIOLOGICKÁ SLOŽKA TÝMU	21
4.2 PSYCHOLOGICKÁ SLOŽKA TÝMU	23
4.3 SOCIÁLNÍ SLOŽKA TÝMU	23
4.4 SPIRITUÁLNÍ SLOŽKA TÝMU.....	25
4.5 SPOLUPRÁCE V TÝMU	25
4.6 KOORDINÁTOR PÉČE.....	27
<u>5. SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI</u>	29
5.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO PŘÍNOS.....	30
5.2 ČINNOSTI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DHP	33
<u>6. CASE MANAGEMENT VE VZTAHU K DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI</u>	35
6.1 KOORDINÁTOR PŘÍPADU.....	37
PŘÍPAD.....	39
6.2 VÝHODY A NEVÝHODY	40
<u>7. SROVNÁNÍ PRAXE.....</u>	42
7.1 PRAXE V DOMÁCÍM HOSPICI VYSOČINA	42

7.1.1	ZÁKLADNÍ PODMÍNKY A CÍLE POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE	44
7.1.2	POPIS JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O DOMÁCÍ HOSPICOVOU PÉČI	45
	Specifika jednání se zájemcem v domácím hospici	46
7.1.3	PRŮBĚH PÉČE A POPIS PRÁCE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	48
7.1.4	ZÁVĚRY ROZHOVORU S VEDOUCÍ ZAŘÍZENÍ.....	49
7.2	PRAXE V BÁRCE – CHARITNÍ DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČI JIHLAVA.....	51
7.2.1	PÉČE O KLIENTA A PRÁCE TÝMU	52
7.2.2	ZÁVĚRY ROZHOVORU S VEDOUCÍ ZAŘÍZENÍ.....	54
8.	<u>DISKUZE.....</u>	<u>55</u>
	<u>ZÁVĚR.....</u>	<u>58</u>
	<u>LITERATURA</u>	<u>60</u>
	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	62
	<u>ZKRATKY</u>	<u>67</u>
	<u>ABSTRAKT</u>	<u>68</u>
	<u>ABSTRACT</u>	<u>69</u>

Úvod

Cílem této práce je odpovědět na otázky, které plynou z mé dosavadní praxe¹ v domácím hospici. Zajímá mě, zda může být sociální pracovník, který je součástí multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči, v pozici koordinátora případu, tj. pověřen vedením případu klienta. Většina domácích hospiců má jako koordinátora péče zdravotní sestru, která s klientem logicky tráví nejvíce času, přesto mi přijde toto řešení jako nedostatečné. Dále mě zajímá, zda by pro práci multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči mohla být vhodná metoda sociální práce case management, která se logicky nabízí jako spojnice zdravotních a sociálních služeb ve prospěch klienta.

Sociální práce není v hospicové a paliativní péči vyhraněna a záleží na osobnosti sociálního pracovníka a benevolenci hospice, kde pracuje, jak svou práci bude moci pojmout a rozvíjet.² V nestátním zdravotním zařízení³ navíc záleží na profesích uvnitř multidisciplinárního týmu⁴ jak povolání a neméně osobnost sociálního pracovníka vnímají, jak ho přijímají jako obor přínosný týmu a kvalitě péče o klienta.

Je tedy přirozené se ptát: „Co je úkolem sociálního pracovníka v domácí hospicové péči?“ Protože oblastí využití sociální práce v domácí hospicové péči je mnoho⁵, zaměřím se na přímou práci s klientem a konkrétně na koordinaci péče multidisciplinárního týmu s využitím metody sociální práce case management. Ptám se

¹ Pracuji v Domácím hospici Vysočina, o.p.s. jako koordinátorka služeb. Mé další role v rámci organizace jsou sociální pracovník, zdravotní sestra a dle potřeby i asistent služeb (pracovník v sociálních službách).

² Srov. PŘIDALOVÁ, M. Sociální práce v paliativní péči – český kontext. In STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H a H Vyšehradská s.r.o., 2006. s. 7.

³ Domácí hospic, jako poskytovatel sociální i zdravotní péče, musí být registrován jako nestátní zdravotní zařízení a také jako poskytovatel sociálních služeb. Registr sociálních služeb je dostupný na WWW: <<http://iregistr.mpsv.cz>>.

⁴ Většinou je multidisciplinární tým veden lékařem a složen ve větším poměru ze zdravotnických profesí. Proto se do něj promítá hierarchické vedení, které je pro zdravotnická povolání prozatím přirozené. Například v Cestě domů se ale ve vedení porad multidisciplinárního týmu střídají a nosné informace o klientovi předávají různí vedoucí různých složek týmu. Ovšem neplyne z toho, kdo nese odpovědnost za kvalitu péče o klienta.

⁵ Myslím si, že v domácím hospici je specifická práce pro více sociálních pracovníků s konkrétním zaměřením a konkrétní pracovní náplní, např. základní poradenství, socioterapeutický rozhovor, krizovou intervenci, péči o pozůstalé, koordinaci dobrovolníků, koordinaci sociálních a dalších navazujících služeb atd.

tedy úžeji: „Co je úkolem sociálního pracovníka jako koordinátora případu v domácí hospicové péči?“

Nejdříve krátce popíši specifika domácí hospicové péče a vymezím relevantní pojmy z oblastí multidisciplinárního týmu. Poté se budu věnovat přínosům sociálního pracovníka jako profese pro multidisciplinární tým domácího hospice a otázce jeho úkolů. Cílem je objasnit a uvést v porozumění potřebnost a pozici sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. Následně se budu věnovat metodě case management a její použitelnosti v domácí hospicové péči. Poté srovnám praxi ve dvou domácích hospicích⁶ v Kraji Vysočina s výše popsány závěry. V celém textu budu z důvodu porovnávání a různých náhledů popisovat také praxi v prvním mobilním hospici v České Republice, Cestě domů.⁷

⁶ Konkrétně Domácí hospic Vysočina, o.p.s., Středisko Jihlava a Bárka – Charitní domácí hospicová péče Jihlava.

⁷ *Cesta domů, zapsaný ústav* [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/>>.

1. Uvedení do problematiky

V poslední době se v České republice (dále ČR) znovu otevírá odborná diskuze o hospicové a paliativní péči a konkrétně o mobilní formě této péče. Začátkem roku jsme mohli sledovat brífink ministerstva zdravotnictví o zakotvení hospicové péče do právních předpisů ČR.⁸ Brífinku se účastnil také Ladislav Kabelka, předseda České společnosti paliativní medicíny⁹ (dále ČSPM) a Robert Huneš, prezident Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče¹⁰ (dále APHPP). V tiskové zprávě z brífinku bylo deklarováno ministrem zdravotnictví Ludvíkem, že Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ) má zájem o koncepční rozvoj paliativní péče a od r. 2018 bude s jistotou mobilní specializovaná paliativní péče v systému úhrad.¹¹ I přes to, že tato zpráva je pozitivní a pro pracovníky v hospicové a paliativní péči klíčová, otázkou stále zůstává, co to znamená pro sociální práci a její pozici v rámci multidisciplinárního týmu hospicové a paliativní péče. MZ bude dle informací z brífinku spolupracovat s Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV) na definování paliativní péče v rámci úpravy zákona o sociálních službách, která je nyní v meziresortním připomínkovém řízení. V této souvislosti po zhruba dvou měsících vyšla zpráva ve které se uvádí, že MPSV při vypořádání připomínek souhlasilo s tím, že by se do zákona mezi sociální služby letos místo definování hospicové a paliativní péče měla dostat "psychosociální podpora při umírání".¹² Současná praxe je taková, že domácí hospice poskytují umírajícím klientům a jejich blízkým sociální službu poradenství a odlehčovací služby, což je nedostatečné

⁸ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Ministr zdravotnictví: Zakotvíme hospicovou péči do právních předpisů ČR.* [online], 2017, poslední aktualizace 06. 01. 2017. [cit. 2017-02-25]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr_13242_3692_1.html>.

⁹ *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. Brno: ČSPM ČLS JEP © 2016. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimedicina.cz/>>.

¹⁰ *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. Praha: APHPP ©2010. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://asociacehospicu.cz/>>.

¹¹ ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS J.E.P. *Výsledky jednání na Ministerstvu zdravotnictví.* [online], 2017, poslední aktualizace 06. 01. 2017. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimedicina.cz/vysledky-jednani-na-ministerstvu-zdravotnictvi/>>.

¹² PANCER, V. Vláda schválila plán rozvoje sociálních služeb do roku 2018. *ČTK* [online]. 2017, [cit. 2017-27-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/vlada-schvalila-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-do-roku-2018/1452180>>.

jak z hlediska kvality poskytovaných služeb vzhledem k cíli zlepšení nebo minimálně udržení stávající kvality života klienta, tak z hlediska financování.

Přes všechny tyto uvedené skutečnosti a pozitivní zprávy ve mně zůstává dojem, že jde pouze o rozvoj zdravotnického týmu v rámci domácích hospiců a o boj za placení zdravotnických výkonů a na kvalitu poskytovaných komplexních služeb umírajícímu a jeho rodině se ve výsledku zapomíná. Tu zaručí klientovi domácí hospicové péče pouze spolupráce více odborností multidisciplinárního týmu a případných dalších sociálních a zdravotních služeb a odborníků.

V pilotním projektu „Mobilní specializované paliativní péče v roce 2017“ je o sociálním pracovníkovi zmínka ve smyslu, že je vedle psychologa a duchovního profesí, se kterou spolupracuje zdravotnický tým mobilní specializované paliativní péče (dále jen MSPP).¹³ To evokuje představu, že profese stojí samostatně, zdravotnický tým rozhoduje a zodpovídá a povolává k péči profese ostatní. Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu ve všech základních publikacích týkajících se hospicové a paliativní péče a v zahraničních zdrojích je uveden jako součást týmu vždy, ale jen omezeně je uváděn jako odborník na koordinaci péče.

Problém sladování zdravotních a sociálních služeb není pouze v hospicové a paliativní oblasti, a nestojí pouze na určitých zákonech, či fungování skupiny, ale také na jednotlivcích uvnitř konkrétních týmů pro konkrétní cílové skupiny.¹⁴ Dle mého názoru se zdravotní a sociální služby musí v zájmu klienta doplňovat. Nepustil k tématu nedostatečné spolupráce mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb uvádí, že našel odstavec z publikace Barbary Holt „The Practice of Generalist Case Management“, který tuto situaci popisuje jako výchozí pro zrod case managementu v USA (tedy v době zhruba před padesáti lety): „*Lékaři a sestry byli žádáni o zprostředkování zdravotních služeb a sociální pracovníci byli vyhledáváni pro sociální služby. Tyto dva systémy s různou orientací, ač měly oba na zřeteli klientovo blaho, jednaly často zcela*

¹³ ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS J.E.P. *Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) v roce 2017*. Stanovisko ČSPM. [online]. Zveřejněno: 7. října 2016. [cit. 2017-05-30]. s. 3. Dostupné na WWW: <<https://www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece-mspp-v-roce-2017/>>.

¹⁴ Srov. CENTRUM ANABEL. *Metodika multidisciplinární spolupráce* [online]. Centrum Anabel, z. s., 2015, 1. vyd. s. 10-11. [cit. 2017-05-31]. ISBN: není uvedeno. Dostupné na WWW: <www.anabell.cz/images/obr/1448399496_metodika-multidisciplinari-spoluprace.pdf>.

*protichůdně. Tým lékařů často plánoval více péče, zatímco sociální pracovník usiloval o snížení závislosti jednotlivce na systému. Case management se objevil jako odpověď na tuto fragmentaci a je považován jako krok směrem ke zlepšování systému dlouhodobé péče.*¹⁵

Velmi silnou inspirací ke zvažování zavedení metody case management do domácí hospicové péče nacházím v aktivitách, člancích a publikacích právě Pavla Nepustila, který se tématu case managementu v ČR určitý čas věnoval u cílové skupiny uživatelé návykových látek. Case managementu v domácí hospicové péči se v české odborné literatuře nikdo konkrétně nevěnuje. Určitou zmínku nacházím v popisu práce sociálního pracovníka v hospicové péči ve Standardech hospicové paliativní péče.¹⁶ Dále pak u německého autora Johann-Christoha Studenta, který odbornou sociální práci považuje za vhodnou pro oblast hospice z více důvodů, a metoda sociální práce case management je jedním z nich. Čerpat budu převážně z literatury, která se věnuje case managementu u jiných cílových skupin: již zmíněný Nepustil uživatelům návykových látek; Centrum Anabell osobám s poruchou příjmu potravy; Stuchlík, který reprezentuje postoj Fokusu k osobám s duševním onemocněním a text Solařové, který je aplikovatelný obecněji a používá praktické otázky, které vedou ke zvažování práce s klientem.

¹⁵ NEPUSTIL, P. Oddělené světy zdravotních a sociálních služeb. *Case management ČR* [online]. 2014, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2014/01/14/oddelenesvety-zdravotnich-a-socialnich-sluzeb/>>.

¹⁶ Srov. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE (dále jen APHPP). *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: 2016. [cit. 2017-05-30]. s. 8. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>>.

2. Hospicová nebo paliativní péče?

V textu výše stále používám pojem hospicová i paliativní péče. Terminologie těchto pojmů je celoevropsky nejednotná.¹⁷ V dalším textu pojednám o tom, zda budu v této práci používat pojem hospicová nebo paliativní péče, a v jakém smyslu. Jako sociálnímu pracovníkovi pracujícím s umírajícími je mi bližší pojem hospicová péče, který pracuje s dalšími pojmy sociální práce jako jsou rodinné vztahy, potřeba sounáležitosti, autonomie člověka, práce s emocemi, vyrovnání se s umíráním, ztráta, krize, apod. Aktuálním trendem je, že o rozvoj péče o umírající klienty a jejich blízké se zasazují celoevropsky ve větší míře zdravotnická povolání, a tak je častěji v textech používaný pojem paliativní péče, který je pojmu hospicová péče nadřazován. Některé osobnosti na poli paliativní péče tyto pojmy srovnávají, anebo staví vedle sebe.¹⁸

Hospicová péče, dle terminologie Evropské asociace pro paliativní péči (dále EAPC), „*se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj.*“¹⁹

Paliativní péče je stejnou organizací vymezena na „*aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější*

¹⁷ RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. s. 7-8.

¹⁸ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 144.; RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. s. 16.; STRÁNSKÁ, O. *Vysvětlení pojmů „hospicová“ a „paliativní“ péče*. [online]. Odpověď na dotaz ze dne 15. ledna 2015 v poradně Cesty domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/poradna/dotaz-5>>; APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: 2016. [cit. 2017-05-30]. s. 16. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>>.

¹⁹ RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. s. 16.

*konceptu péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurčuje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.*²⁰ Ve Standardech této organizace se dále píše, že pojmy se překrývají a dále bude v publikaci používán pojem paliativní péče ve významu jak paliativní, tak i hospicové péče.²¹

Tomeš k pojmům hospicová a paliativní péče píše: „*Zatímco paliativní péče jako zdravotnické úsilí je především soustředěna na pacienta, na jeho bolesti a útlum zdravotního znevýhodnění, hospicová péče silně podporuje rodinu, resp. sociální prostředí ve kterém člověk umírá, a jeho kvalitu života, která není definována jen zmírněním bolesti.*“²² Dalším znakem rozdílu mezi paliativní a hospicovou péčí, který Tomeš zmiňuje, je záběr paliativní péče i na neumírající klienty, kteří potřebují dlouhodobou péči, zatímco hospicová péče se zaměřuje pouze na umírající klienty. Tomeš konkrétně píše, že hospicová péče je zaměřena pouze na terminální stadia nevléčitelných onemocnění.

Paliativní péče jako taková se dále rozlišuje na obecnou, specializovanou a také se používá termín paliativní přístup, který poukazuje na odbornou veřejností prosazovanou nutnost určitého přístupu ve zdravotnických a sociálních institucích pečujících o lidi staré, nemocné či se zdravotním postižením.²³

V této práci budu nadále používat pojem domácí hospicová péče a budu jím myslet takovou péči, která je poskytována umírajícím klientům a jejich rodinám multidisciplinárním týmem domácího hospice. Pojmem specializovaná mobilní paliativní péče budu myslet takovou péči, která je poskytována mobilním týmem zdravotníků klientům domácího hospice.

²⁰ RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. s. 16.

²¹ Srov. tamtéž, s. 16.

²² TOMEŠ, I. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova, 2015. s. 13.

²³ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. s. 26-28.; SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Hospicové a občanské sdružení Cesta domů, 2004. s. 35-36.

3. Specifika domácí hospicové péče

Motto:

*Pochopila jsem,
že umírající potřebují víc než tlumení bolesti,
že jejich utrpení je tělesné, duševní, sociální i spirituální,
že potřebují prostor, aby zůstali sami sebou.*

Cicely Saundersová

Výše jsem definovala hospicovou péči dle EAPC. Tato definice je podobná ostatním definicím²⁴ hospicové péče, které společně kladou důraz na důstojnost a autonomii klienta a jeho vlastní sociální prostředí. Dále se shodují na nutnosti individuálního uspokojování potřeb, tj. vnímání celistvosti člověka, která je lépe chápána, hodnocena a naplňována v klientovi známém prostředí, například v domácnosti klienta, a díky spolupráci pečujících a odborníků multidisciplinárnímu týmu.

Zaměřím se na specifika domácí hospicové péče z hlediska kvality života klienta a jeho blízkých pečujících, tedy pohledem sociálního pracovníka. Hospicová péče podle Marie Svatošové neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Umírajícímu klientovi garantuje, že nebude trpět nesnesitelnými bolestmi, že bude respektována jeho lidská důstojnost za všech okolností a že nebude umírat osamocen.²⁵

3.1 Umírat doma

Dle veřejného výzkumu zadavatele Cesta domů, provedeného agenturou STEM/MARK a uskutečněného v roce 2013, si 78 % z nás přeje zemřít v domácím

²⁴ Například dle Světové zdravotnické organizace (dále WHO), Světové organizace domácí a hospicové péče (World Home and Hospice Care Organization – dále jen WHHO), APHPP apod.

²⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s umírajícími v hospici. In. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. s. 203.

prostředí, doma by nechtělo umírat 7 % obyvatel.²⁶ Je to ale téměř naopak, nejčastěji lidé umírají v nemocnici (60 %) nebo v ústavech dlouhodobé péče (9 %).²⁷

Potřeba umírat doma je pravděpodobně živena představou umírání, které je bolestivé, pomalé a tedy kruté. Člověk, dle výše uvedeného výzkumu, má z takového umírání strach a přeje si zemřít rychle a nenápadně („ani si toho nevšimnu, během spánku), hlavně nechce být „na obtíž“ rodině, neboť ztrátu soběstačnosti má spojenou se ztrátou důstojnosti. I přes tyto představy osm lidí z deseti upřednostní umírání a smrt v domácím prostředí před zdravotními institucemi a konkrétně v kruhu rodiny chtějí zemřít tři lidé z deseti.²⁸ Například 90 % zemřelých v Evropě zemřelo na chronické onemocnění, tzn., že umírali třeba i několik let. Jasně to ukazuje na potřebu koncepčního řešení dlouhodobé péče, která bude obsahovat i péči paliativní a v poslední fázi života také péči hospicovou.

Ve chvíli, kdy člověk nemocí ztrácí soběstačnost, je možnost být ve známém prostředí, doma, oživující oázou. Klientovi přirozené a známé prostředí mu může dát sílu vyrovnat se se svým stavem. „... 50 % starých lidí, kteří žijí v domovech důchodců nebo v pečovatelských domech, má velký strach ze smrti, zatímco stejně velký strach zakouší jen 16 % těch starých lidí, kteří žijí v domácím prostředí.“²⁹ Doma se člověk snáze pohybuje, ví, na které místo má jít, aby se mu např. zlepšila nálada, kde si odpočinout. Ví, kde má předmět, který potřebuje, ví, že má možnost se obrátit se svou potřebou na důvěrně známého člověka, přítele, rodinu a ta nebude opominuta či znevážena. V představách umírajícího člověka je domov bezpečným zákoutím před nástrahami života a světa, které ho nutí přemýšlet o nastalých či nastávajících změnách.

Umírající člověk jistotu a bezpečí potřebuje o to víc, neboť mu nastalá životní kapitola, plná prudkých změn, přináší jen samé nejistoty. Jedinou blížící se jistotou je

²⁶ CESTA DOMŮ. *Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. Praha: Cesta domů, 2011, 2013, 2015, [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/data>>.

²⁷ Srov. NEZBEDA, O. *Proč Češi neumírají doma?* [online]. Praha: Cesta domů, 2016, [cit. 2017-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>>.

²⁸ Srov. CESTA DOMŮ. *Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. Praha: Cesta domů, 2011, 2013, 2015, [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/data>>.

²⁹ PŘÍDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu.* [online]. Sociologický časopis, 1998, Vol. 34 (No. 3: 347-361), s 348. [cit. 2017-03-02]. Dostupné na WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/uploads/7d2cd500a6dfd2a3e9719063a5c9c0cd6ced8cbf_231_347PRIDA.pdf>.

smrt a člověk nechce být v takových chvílích sám, potřebuje hledat a nacházet odpovědi, potřebuje dát tomu, co se mu děje smysl. Být a umírat doma znamená moci být sám sebou, nebát se a nebýt sám.

3.2 Umírat v přítomnosti blízkého člověka

Dříve se pravda o zdravotním stavu klientovi nesdělovala, platila premisa, že člověk ji nechce znát a není třeba ho s ní zatěžovat, znepríjemňovat mu tu část života, která mu zbývá. Umírající tak přímo nevěděl, že umírá a neměl možnost sdílet své obavy, řešit své potřeby jako je například potřeba smyslu a naplnění, ukončení pozemských záležitostí před smrtí, smíření se, vyjádření lásky blízkým, rozloučení apod. To všechno jsou úkoly umírajícího v čase, který mu zbývá. Tím vším potřebuje provázet a potřebuje vedle sebe někoho, kdo mu bude naslouchat a chápat ho.

V domácím prostředí je takový úkol o to jednodušší naplnit, když klient vkládá svou důvěru v pečujícího, a po vyšetření a uspokojení základních (fyziologických) potřeb dostávají klientovu důvěru i odborníci, kteří za ním domů přicházejí. Pokud je důvěra mezi klientem, pečujícím a odborníky narušena, je to také úkol pro sociálního pracovníka, aby v tak křehké situaci, jakou umírání bezesporu je, pomohl narovnat vztahy bez otálení. Ve chvílích, kdy času mnoho nezbývá, je taková okamžitá reakce nutná a potřebná. Zdravotnický tým je klientovi dostupný 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, tedy na pohotovosti na zavolání. I ostatní odborníci v týmu jsou klientovi dostupní dle jeho potřeb a díky omezené kapacitě domácího hospice mají i k rychlé a konkrétní reakci prostor.³⁰

Mezi pracovníky hospicové péče se ještě mluví o zvláštní potřebě člověka zemřít sám. Je to ale ta úplně poslední chvíle z posledních, kdy pečující například odejde od lůžka, aby naplnil lahev vodou a přichází k již zemřelému. V takových chvílích se pečujícím vhodně položenou otázkou snažím klást na srdce, že není podstatná ta chvíle, kdy smrt nastává, ale ten čas, kterým umírajícího doprovází. Většina pečujících si pro svůj další život tento postoj nalézá sama. Pro pečující je čas strávený s blízkým

³⁰ Srov. s kapitolou „Praxe v Domácím hospici Vysočina“.

umírajícím nenahraditelný. Je prokázáno, že se se smrtí blízkého vyrovná lépe a rychleji ten, který o něj intenzivně pečoval.³¹

3.3 Umírat důstojný

Podle výzkumu Cesty domů a agentury STEM/MARK z roku 2011³² a i 2013³³, si pod pojmem důstojné a dobré umírání populace představuje úmrtí ve spánku, bezbolestně, rychle a s respektem, zřejmě proto, že právě ze ztráty důstojnosti (chápané lidmi jako soběstačnost) a z bolesti mají lidé při umírání největší obavy.

Lidská důstojnost je základem a cílem lidských práv. I proto je pro sociální práci ústředním tématem, ze kterého veškeré principy práce s lidmi musí vycházet.³⁴ Sociální práce vnímá lidskou důstojnost stejně jako křesťanské pojetí, jako nedotknutelnou a je východiskem pro podporu člověka žít lidsky kvalitní život. Kvalita života je spíše subjektivním vyjádřením člověka o jeho vlastních hodnotách, potřebách a míry spokojenosti s vlastním životem. Při hodnocení kvality života je potřeba více než na škálování myslet na celistvost člověka, vnímat člověka v jeho všech možných dimenzích a hodnotit tak kvalitu života z hlediska naplnění biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb konkrétního jedince a také skupiny, ve které jedinec žije/umírá.

Jsou dvě pojetí lidské důstojnosti. Jedna je nezcizitelná, dána všem stejně samotnou podstatou lidství, a druhá je získaná způsobem života, společenským statutem a je tedy možné ji ztratit. V životní situaci umírání, kdy člověk bojuje s vícero ztrátami je přirozené, že jeho celistvost bude narušena ať už vnímáním sebe sama, nebo vnímáním druhých. Sociální pracovník domácího hospice, který chápe lidskou důstojnost v jejích obou pojetích, tak porozumí umírajícímu člověku, který mluví o ztrátě své důstojnosti. Nebude umírajícímu tvrdit, že není možné, aby svou důstojnost pozbyl, neboť je

³¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. Křesťanská péče o nemocné. Praha: Advent, 1991. s. 104.

³² CESTA DOMŮ. *Smrt a péče o umírající*. [online]. Praha: Cesta domů ve spolupráci se STEM/MARK, 2011, [cit. 2017-02-28]. Výzkum dostupný na WWW: <<http://www.umirani.cz/data/>>.

³³ CESTA DOMŮ. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II*. [online]. Praha: Cesta domů ve spolupráci se STEM/MARK, 2013, [cit. 2017-02-28]. Výzkum dostupný na WWW: <<http://www.umirani.cz/data/>>.

³⁴ Srov. *Etika a lidská práva v sociální práci. Projekt vzdělávání pracovníků sociální sféry*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008, s. 65 a dále.

nedotknutelná. Bude naopak reflektovat potřeby umírajícího klienta, bude klást takové otázky o klientově životě a o něm, které mu pomohou v péči, aby vedla ke zvýšení či udržení kvality života celé rodiny. Sociální pracovník bude chápat, že pokud jsou naplněny klientovy potřeby, bude klient své umírání vnímat jako důstojné. Sociální pracovník bude v každé chvíli práce s klientem dávat najevo svůj respekt k autonomii klienta, pracovat dle jejich předchozí domluvy a rozhodování a zodpovědnost nechá na klientovi.

Každá činnost, kterou my vnímáme jako všední, může pro umírajícího znamenat poslední prožitek.³⁵ V domácí hospicové péči máme možnost pracovat s příběhem klienta v jeho přirozeném prostředí, a tak mnohem lépe zachytit a spolupracovat na naplnění individuálních potřeb klienta pro zachování jeho integrity a důstojnosti.

3.4 Specifika domácí hospicové péče z hlediska pečujících

Jak jsem zmínila výše, pro blízké umírajícího, pečující a přátele je čas strávený s umírajícím a péčí o něj nenahraditelný. Intenzivní péčí, porozuměním, doprovázením umírajícího a vzájemnou blízkostí pečující nahlíží na vlastní život a dostává tak darem možnost smířit se s vlastní smrtelností a mít tak život kvalitnější. Ten, kdo intenzivně pečuje o svého blízkého na konci jeho života, se lépe a rychleji vyrovná s jeho smrtí a netrpí pocity viny.³⁶ V případě, že rodina je funkční, umírající není osamocen, neztrácí svou pozici v rámci rodiny, a jeho autonomie a integrita je tak z větší části přirozeně zachována.³⁷

Pro proces truchlení a vyrovnání se se smrtí blízkého je také důležité, aby se členové rodiny mohli rozloučit, aby měli možnost vidět, že blízký opravdu zemřel. Pozůstalí po zemřelých v nemocnicích většinou dostanou pouze zprávu o úmrtí blízkého

³⁵ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR ve spol. s MZ ČR, 1998. s. 32.

³⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ. *Křesťanská péče o nemocné*. s. 104 a dále.

³⁷ Srov. KNÁPKOVÁ, M. *Domácí hospicová péče z pohledu rodinných příslušníků pacientů*. Brno: 2003, [online]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií. (nemá číslované stránky) [cit. 2017-2-28]. Kap. 1.1 Paliativní a hospicové péče. Dostupné také na WWW: <<http://old.umirani.cz/res/data/006/000737.pdf>>.

a jeho pozůstalost. Vyrovnání se se smrtí milé osoby je pak mnohem náročnější než při doprovázení.

Součástí kvalitní domácí hospicové péče o klienta je péče o celou rodinu. Cílem je zvyšování či alespoň zachování stávající kvality života celé rodiny umírajícího klienta, a to posilováním jejich vlastních způsobů zvládnání nemoci a truchlení.³⁸ Klientův zhoršující se stav, distres a nekontrolované symptomy mohou mít negativní dopad na pohodu a kvalitu života rodinných příslušníků. Naopak pohoda rodiny může ovlivňovat klientovu vlastní celkovou pohodu.³⁹ Pečující k doprovázení potřebují ze všeho nejvíce dostatek informací, a podporu v péči o umírajícího a také ujištění, že konají v zájmu blízkého, který tak má veškerý komfort v umírání. Jako další doprovázející uvádějí potřebu ventilovat emoce.⁴⁰ Tyto potřeby je nutné rozkrývat, mluvit o nich a aktivně podporovat doprovázející v uspokojování vlastních potřeb vlastními silami. Sociální pracovník s umírajícím a jeho doprovázejícími navazuje vztah založený na důvěře a respektu a poskytuje tak vztahově podporu a péči celé rodině.

3.5 Specifika domácí hospicové péče z hlediska pracovníků

V knize „Rozvoj hospicové péče a její bariéry“⁴¹ mě zaujala kapitola „Optimální péče o pracovníky“. Jde o pracovníky, kteří poskytují hospicovou paliativní péči ať již v lůžkovém či domácím hospici. Zajímavé je právě srovnání mezi těmito dvěma typy poskytování uvedené péče, a to z hlediska vnímání pracovníků a péče o ně. Pracovníci ve výzkumu uvádějí, že práce v hospici je psychicky a fyzicky náročná, pracovník musí být vyrovnaný se svou vlastní smrtelností a nutnou podmínkou práce je péče o sebe, potřeba duševní regenerace. Nejčastějšími návrhy na optimální péči o pracovníky byly odlehčovací benefity (masáže, lázně, péče státu o vojáky dávali pracovníci jako příklad), zvýšení dovolené a odreagování se humorem.⁴² Podle Markové je ke kvalitní práci třeba

³⁸ Srov. BUŽGOVÁ, R. Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s 91–95.

³⁹ Srov. BUŽGOVÁ, R. Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s 92.

⁴⁰ Srov. DORKOVÁ, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N., et al. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Semily: Galén, 2014. s. 86.

⁴¹ TOMEŠ, I., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova, 2015.

⁴² Srov. TOMEŠ, I., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. s. 81.

každodenně reflektovat vlastní postoje, hodnoty, pocity a pracovní postupy, přemýšlet a neustávat ve vzdělávání se.⁴³ Výzkum dále popisuje, že pracovníci mobilních hospiců neměli jako požadavek nutnou duševní regeneraci, a to pravděpodobně z důvodu toho, že mají mnohem více prostoru pro vlastní regeneraci bezprostředně po péči, než pracovníci lůžkového hospice.⁴⁴

Institucionalizovaná péče dle mne svádí k rutinním úkonům. Pracovník může být jednodušeji chycen v kole systému, vykonává stereotypní předem definované úkony a není svým vlastním pánem z hlediska času a přístupu ke klientovi. V přirozeném prostředí klienta se jako sociální pracovník cítím mnohem lépe, nesvázaně, mohu navazovat vztah s klientem v tempu mě i klientovi příjemném, nespěchám, mám čas, neodškrťávám splněné úkoly, jsem plně k dispozici klientovi, soustředěná na jeho potřeby, otázky, na něj samotného.⁴⁵

Lůžková hospicová péče může být výjimečná, záleží na nastavení standardů kvality a na osobnostech, které péči poskytují a koordinují. Péče v lůžkovém hospici by měla být pro ty klienty, kteří nemohou z nějakého důvodu zůstat v domácím ošetřování. Nejčastější důvod je osamocenost takového člověka, nebo že jejich blízký si nemůže dovolit ukončení či přerušování pracovního poměru apod.

⁴³ Srov. tamtéž, s. 78.

⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 81.

⁴⁵ Srov. TOMĚŠ, I., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. s. 77. Popisuje se zde personální zabezpečení hospiců, převážně lůžkových, kdy platí premisa, čím méně personálu, tím méně času na konkrétního klienta.

4. Multidisciplinární tým domácí hospicové péče

Multidisciplinární tým v domácí hospicové péči profesním složením odpovídá na bio-psycho-socio-spirituální potřeby klienta a také jeho pečujících. V domácí hospicové péči jde především o to zlepšit či udržet kvalitu života umírajícího klienta a také jeho blízkých a to tak, aby klient mohl dožít ve svém přirozeném prostředí, a aby ho pečující mohli v umírání doprovázet. Kvalita života⁴⁶ je subjektivním pojmem, ve kterém se pracuje s dalšími pojmy jako je integrita, autonomie a důstojnost klienta.

V projektu MSPP ČSPM je v minimálních požadavcích personálního zabezpečení tým definován jako zdravotní služba MSPP, která „je zajištěna týmem zdravotnických pracovníků:

- *lékař (minimálně L2): celkem úvazek 1,2, z toho lékař L3 s nástavbovou atestací z oboru Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti minimálně 0,2*
- *zdravotní sestra: minimálně 5,0 úvazků*

Tým MSPP spolupracuje s psychoterapeutem, sociálním pracovníkem a pracovníkem duchovní péče. Výše uvedený požadavek na minimální personální zabezpečení je nezbytný pro udržení reálně trvalé dostupnosti specializované lékařské a ošetrovatelské péče při současném respektování platných právních norem pro poskytování zdravotních služeb. Služba MSPP se jeví jako efektivní, pokud je péče poskytována současně alespoň 12 pacientům.“⁴⁷

Pravděpodobně je inspirací model, který funguje v Rakousku, kdy je mobilní tým zdravotníků napojený na ambulantní paliativní jednotky a spolupracuje s jednotkami nezdravotnických povolání. V ČR je v rámci jednoho poskytovatele domácí hospicové péče multidisciplinární tým nejčastěji složen z lékaře, zdravotních sester, sociálního pracovníka, psychologa či psychoterapeuta a duchovního. Další poskytovatelé sociálních či zdravotních služeb jsou kontaktovány a využívány dle potřeb klienta a jeho pečujících.

⁴⁶ Kvalita života je popsána např. v MATOUŠEK, O. *Encyklopedie sociální práce*, s. 223–226.

⁴⁷ ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS J.E.P. *Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) v roce 2017*. Stanovisko ČSPM. [online]. Zveřejněno: 7. října 2016. [cit. 2017-05-30]. s. 3. Dostupné na WWW: <<https://www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece-mspp-v-roce-2017/>>.

Například odlehčovací služby (k významnému odlehčení pečujících), pečovatelské služby, služba Home Care (na jednoduché pravidelné zdravotnické úkony), praktický či odborný lékař klienta, dobrovolníci, půjčovna kompenzačních pomůcek (některé hospice mají vlastní sklad kompenzačních pomůcek k zapůjčení), atd.

Souzním tak s APHPP, která svými Standardy hospicové paliativní péče z října 2016, definuje požadavky na poskytovatele hospicové paliativní péče sdružené pod asociací. Dle nich je členem hospicového týmu lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog a duchovní (případně pastorační pracovník).⁴⁸

Cesta domů, pražská nezisková organizace poskytující mobilní specializovanou paliativní péči, své služby popisuje ve výroční zprávě z roku 2015: „*Náš domácí hospic tvoří šest vzájemně se doplňujících služeb přímé péče: zdravotnický tým, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, podpůrný tým, dobrovolnická služba a půjčovna pomůcek. ... O potřeby nemocných a jejich blízkých se stará multidisciplinární tým složený ze zdravotníků, sociálních pracovníků, odlehčovacích asistentů, psychoterapeutů, dobrovolníků a kaplana. ... Paliativní péče je ze své podstaty multidisciplinární, a proto služby zdravotníků doplňuje podpůrný tým poskytující psychosociální, terapeutickou a duchovní podporu umírajícím a jejich rodinám. ... Podpůrný tým poskytuje péči nemocným, pečujícím a pozůstalým ve formě sociální a duchovní podpory i formou terapeutických setkání, a to buď v domácnostech klientů, nebo v Cestě domů.*“⁴⁹

4.1 Biologická složka týmu

Smyslem a činností „biologické složky týmu“, je adekvátně reagovat na biologické potřeby klienta. Jako biologickou složku týmu vnímám lékaře a zdravotní sestru, kteří kompetentně a adekvátně odpovídají na klientovy potřeby, týkající se příjmu

⁴⁸ Srov. APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: 2016. [cit. 2017-05-30]. s.5. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>>.

⁴⁹ CESTA DOMŮ. *Výroční zpráva za rok 2015*. [online]. Praha: Cesta domů, 2016. [cit. 2017-03-02]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/dokumenty>>.

potravy a tekutin, spánku, vylučování, pohybu, hygieny, zajištění čerstvého vzduchu, přiměřeného životního prostoru, potřeby doteků⁵⁰ a mírnění bolesti a utrpení.⁵¹

V této roli je důležité nevnášet své vlastní potřeby týkající se biologických potřeb (potřeby lékaře, zdravotní sestry), ale důsledně dodržovat přání klienta, či doprovázející rodiny, s nimi spolupracovat a využít například institutu dříve vysloveného přání, aby nedocházelo k dystanázii⁵² (zadržetí smrti).⁵³

Z důvodu omezeného prostoru pro práci pouze odkazuji na Standardy hospicové paliativní péče APHPP, které podrobně uvádějí práci lékaře a zdravotní sestry. Nesouhlasím ale s dvěma funkcemi lékaře a zdravotní sestry. Dle uvedených standardů má lékař koordinovat péči umírajícímu a rodině ve všech aspektech péče a tím za ni i zodpovídat.⁵⁴ V praxi je lékař u zavádění péče na vyšetření klienta a případnému sdělení diagnózy a prognózy (kompetence pouze lékaře) a poté jezdí na vyžádanou kontrolu např. při změnách stavu, kdy je nutné řešit změny v medikaci, mluvit s klientem a rodinou apod. Mnohem častěji klienta a rodinu navštěvuje zdravotní sestra, asistent DHP a sociální pracovník. Znamená to, že lékař má přehled ve všech aspektech péče pouze zprostředkovaně. Samozřejmě, někdo rozhodovat a nést odpovědnost musí. Nehledě na to, že v každém aspektu péče (bio-psycho-socio-spirituální přístup ke klientovi) zvlášť si dle mého názoru profesní odpovědnost nese pracovník dané profese sám.

U zdravotní sestry standardy APHPP předpokládají navíc psychickou, emocionální a sociální podporu klienta a jeho pečujících.⁵⁵ Otázkou je, zda jsou tedy v takovém případě nutné další profese, jako je psycholog a sociální pracovník a za jakých

⁵⁰ K této potřebě by mohla být zajímavá samostatná práce. Jejím cílem by bylo zakomponovat do práce multidisciplinárního týmu DHP Bazální stimulaci®. Informace o metodě dostupné na WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.

⁵¹ Srov. DORKOVÁ, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N., *et al.* *O posledních věcech člověka*. s. 82.

⁵² GRACIA, J., R. *The Lady and the Reaper* (krátký animovaný film). KANDOR Graphic ©, 2009. [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://www.youtube.com/watch?v=tnJCFVUghU>>.

⁵³ Srov. DORKOVÁ, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N., *et al.* *O posledních věcech člověka*. s. 82.

⁵⁴ Srov. APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: 2016. [cit. 2017-05-30]. s.6. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>>.

⁵⁵ Srov. APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: 2016. [cit. 2017-05-30]. s.7. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>>.

okolností. Zdravotní sestra nepochybně tráví s klientem a jeho pečujícími nejvíce času. Navíc má díky svým kompetencím zdravotního pracovníka, a zajišťováním biologických potřeb klienta jeho důvěru, a hlavně důvěru pečujícího, který vidí například úlevu či pozitivní změny u blízkého umírajícího. Nemyslím si ale, že je kompetencí zdravotní sestry socioterapeutický rozhovor či psychosociální podpora jak klienta, tak pečujícího. Zdravotní sestra by měla při rozeznání takových potřeb u klienta a rodiny kontaktovat další složky týmu: psychologickou, sociální a duchovní.

4.2 Psychologická složka týmu

Smyslem a činností „psychologické složky týmu“ je adekvátně reagovat na psychologické potřeby a psychiatrické symptomy klienta a jeho pečujících.

Umírání a doprovázení umírajícího je fyzicky a psychicky náročné, provázené strachy, obavami a úzkostmi. Jako psychické potřeby umírajícího literatura vyjmenovává například potřebu autonomie, jistoty a bezpečí, potřebu respektu k vlastní důstojnosti, informovanosti, nalezení klidu, seberealizace a estetična.⁵⁶ Standardy APHPP uvádějí, že členem hospicového týmu může být kvalifikovaný psycholog, který podporuje klienta, jeho blízké a může být účinnou podporou celému týmu. V umírání hrají roli i psychiatrické symptomy, které je třeba řešit farmakologickými léčebnými postupy. Standardy dále uvádějí podrobný výčet práce psychologa, či psychoterapeuta.

Cesta domů například spojuje složku psychologickou se složkami sociální a spirituální do podpůrného týmu, jehož součástí jsou psychoterapeuti, psychosociální pracovníci (terénní sociální pracovníci, kteří mají absolvován psychoterapeutický výcvik) a kaplan.⁵⁷

4.3 Sociální složka týmu

Smyslem a činností „sociální složky týmu“ je adekvátně reagovat na potřeby umírajícího klienta z hlediska jeho vztahové sítě. Člověk je společenský tvor, ale také

⁵⁶ Srov. DORKOVÁ, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N., *et al.* *O posledních věcech člověka*. s. 84.

⁵⁷ Srov. CESTA DOMŮ. *Výroční zpráva za rok 2015*. [online]. Praha: Cesta domů, 2016. [cit. 2017-03-02]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/dokumenty>>.

individualita a z toho sociální práce vychází.⁵⁸ V umírání jsou důležité vztahy a opora, kterou přináší. Pokud se péče o umírajícího klienta nezaměří také na jeho rodinu a blízké okolí nemůže být dlouhodobě úspěšná. „*Postupující individualizace společnosti a rozpad tradičních rodinných vazeb péči o umírající velmi ztěžují. Na druhé straně však všechny dosavadní zkušenosti svědčí o tom, že kvalitní paliativní péče může vztahy v rodinách a přirozených komunitách významným způsobem posílit.*“⁵⁹

Ze sociální dimenze a obzvláště z blízkých vztahů přirozeně plyne spousta nevyřešených věcí a situací, které mohou klienta tížit a potřebuje je řešit. Může jít o nedostavěný dům, zabezpečení nezletilého dítěte či celé rodiny, potřebu vypořádání majetku, sepsání závěti, ale také o potřebu nápravy starých křivd či znovunalezení zpřetrhaných rodinných vazeb, usmíření, odpuštění a rozloučení se.⁶⁰ Sociální pracovník vnímá klienta jako experta na vlastní situaci, podporuje jeho vyrovnávání se se ztrátami, a doprovází ho v jeho rozhodnutích. Podporuje pečující rodinu klienta v otevřené komunikaci, aby využili času, který jim společně zbývá k vyjádření lásky, náklonosti a rozloučení se.⁶¹ Více se budu věnovat sociální práci s umírajícími v kapitole o týmové spolupráci a sociální práci v domácí hospicové péči.

V Cestě domů, jak jsem psala výše, existuje vedle zdravotnického týmu také tým podpůrný, jehož součástí je terénní psychosociální pracovník. *Psychosociální pracovník navštěvuje klienty v domácnostech, zastupuje Cestu domů při vysvětlování a uzavírání smlouvy o péči. Pomáhá a doprovází v otázkách sociálních a nabízí podpůrný rozhovor s nemocným, nebo s těmi, kdo nemocného provázejí. Je možné domluvit si jednorázová nebo pravidelná setkání doma, zrovna tak i mimo rodinu – v „konzultovně“ Cesty domů.*⁶²

⁵⁸ Srov. STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H a H Vyšehradská s.r.o., 2006. s. 32

⁵⁹ SLÁMA, ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Hospicové a občanské sdružení Cesta domů, 2004. s. 17.

⁶⁰ Srov. DORKOVÁ, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N., et al. *O posledních věcech člověka*. s. 84-85.

⁶¹ Srov. KALVACH, Z. Paliativní péče. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 145.

⁶² CESTA DOMŮ. *Domácí hospic, informace o službě* [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>>.

4.4 Spirituální složka týmu

Spiritualita je společná všem lidem bez rozdílu náboženství a kultury. Jsou v ní obsaženy tzv. existenciální otázky spojené s podstatou lidské bytosti, které popisuje např. Aleš Opatrný:

- umírající se potřebuje zorientovat v situaci, která je pro něj nová;
- přijmout více či méně novou životní roli; integrovat současný stav do celku života;
- najít smysl života i v nové situaci a docenit smysl života dosud žitého;
- vyrovnat se s obavami o sebe i o bližní, které možná brzy opustí;
- vyrovnat se s bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a selháními;
- odpustit a dospět k odpuštění.⁶³

Spiritualita jako taková je těžko definovatelná.

Jiří Prokop ve své zajímavé disertační práci specifikuje spirituální pomoc klientovi jako spirituální službu. Jasně vymezuje, že tuto službu může klientovi poskytnout pouze svou odborností určitá profese. Není možné, aby např. zdravotní nebo sociální profese z hlediska svých kompetencí takovou službu poskytla. Vysvětluje, že pojem potřeba ve spirituální dimenzi člověka nelze používat vzhledem k jeho konotaci, a tedy nelze spiritualitu klienta pečovat, lze ji sloužit. Dodává však, že aby bylo možné hospicovou péči o klienta identifikovat jako kvalitní, musí právě pracovníci, kteří tráví s klientem nejvíce času, zvládnout existenciální otázky rozpoznat a umět na ně okamžitě reagovat a dále kontaktovat odborníka na spirituální službu.⁶⁴

4.5 Spolupráce v týmu

Cílem spolupráce všech složek multidisciplinárního týmu domácí hospicové péče je klient ve svém přirozeném sociálním prostředí, který má uspokojeny potřeby tak, aby mohl a uměl se svou rodinou využít společný čas, který jim zbývá.

Postoje profesí uvnitř týmu k sobě navzájem závisí na tom, jak je tým nastavený, jak spolupracuje, jakým způsobem má stanoveny kompetence. Aby nedocházelo

⁶³ Srov. PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2006. s. 25.

⁶⁴ Srov. tamtéž, s. 30.

k zasahování do kompetencí jiné profese, musí být jasná pravidla spolupráce a vymezení profilů pracovníků uvnitř týmu. Podle mého názoru se personální složení týmu DHP a jeho vnitřní spolupráce musí standardizovat velmi konkrétně a co nejdříve. Do té doby je nutné, aby každý tým ve spolupráci se supervizorem nastavil vlastní pravidla pro vnitřní fungování a každá profese uvnitř týmu si vyjasnila své kompetence a hranice ke kompetencím další profese. Jde o kvalitu poskytované péče, o kvalitu života umírajícího klienta a jeho pečujících, ne o prestiž profese či kulturu organizace. Domnívám se dokonce, že dokud nebude týmová spolupráce nastavena standardem, bude nutné při každé změně konkrétní osobnosti jakékoli profese uvnitř týmu přehodnocování nastavených hranic, například pomocí supervize. Vybalancovat to však nelze jinak, než za chodu týmu a ošetřit nastavením dobrých komunikačních pravidel.⁶⁵

V hospicovém týmu se navíc odborníci nemohou vymezit pouze svou specializací, ale je třeba, aby přijali výsostně celostní pohled. Nutností je také další vzdělávání v oblasti komunikace, partnerské spolupráce⁶⁶ a práce s vlastní smrtelností.⁶⁷ Tým se pravidelně schází a každá profese přispívá svým pohledem na situaci klienta. Taková setkávání mohou mít pro náhled a vyjasnění individuálních potřeb klientů velký přínos. K tomu dodávám, že v komunikaci týmu ale nejde jen o prosté vyjádření pohledu, ale právě o ten náhled na celkovou situaci, kterou dle mého názoru ve své osobě a svou odborností spojí sociální pracovník jako koordinátor případu.⁶⁸

Cesta domů používá pro spolupráci týmů, které pečují o klienty, etický kodex multidisciplinárního týmu.⁶⁹ Jiná pravidla pro spolupráci uvnitř týmů, dle slov Mgr. Pochmanové, zástupkyně ředitele, se kterou jsem konzultovala dne 20. 04. 2017, sepsána nemají.

⁶⁵ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. *Sociální práce / Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 2, s 17.

⁶⁶ V hospicovém týmu je vhodné narušit systém hierarchie, která je přežitkem biomedicínského modelu a spolupracovat mezi sebou na základě partnerství. Srov. STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 52.

⁶⁷ Srov. STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 52.

⁶⁸ Srov. PŘÍDALOVÁ, M. Sociální práce v paliativní péči – český kontext. In STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 15.

⁶⁹ CESTA DOMŮ. *Etický kodex multidisciplinárního týmu Cesty domů* [online]. [cit 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>>.

4.6 Koordinátor péče

Dovolím si zde citovat Kalvacha, že proto, abychom dostáli cílům hospicové péče a náhledu na klienta jako na bio-psychosociálně spirituální celek, je nutná spolupráce různých odborností. Získávání nerozporuplných zpráv od jednotlivých poskytovatelů péče je pro klienta a jeho pečující zásadní. Je proto vhodné, pokud péči o klienta bude koordinovat jedna osoba.⁷⁰

Mít hlavního koordinátora případu ale dle mého názoru má i další důvody. Je vhodné v týmu mít někoho, kdo:

- nese odpovědnost za celkový plán péče a za relevantní informování klienta a rodiny
- dohlídne na dodržování zásad autonomie, využití vlastních zdrojů a lidské důstojnosti v přístupu ke klientovi
- má přehled o kompetencích jednotlivých profesí, poslání služeb a dohlídne na kvalitu poskytované péče a její provázanost
- má přehled o klientově jedinečné situaci a dokáže na ni adekvátně a se sebereflexí reagovat právě nastavováním jednotlivých složek péče, oslovováním jednotlivých profesí

V českých poměrech s umírajícím tráví nejvíce času právě zdravotní sestra. Domnívám se, že důvodem může být finanční stránka, která je chybou systémového nastavení a také malá prestiž sociálních pracovníků mezi zdravotníky. Zdravotní sestra je jako jediná k dispozici 24/7 (24 hodin, 7 dní v týdnu) společně s lékařem. Dle mých zkušeností je ale lékař volán jen v případě nutné konzultace, nebo má s rodinou domluveny pravidelné návštěvy apod. Cesta domů se přizpůsobila problematické finanční stránce a zdravotní sestra je hlavním koordinátorem péče o klienta, tedy dává impulsy k řešení potřeb rodiny a klienta, pokud je rozezná. Rodinu pravidelně navštěvuje, sleduje stav nemocného a zajišťuje kontakt s ostatními službami domácího hospice.⁷¹ Myslím, že taková péče o klienta je nedostatečná z mnoha důvodů. Nejzásadnějším argumentem

⁷⁰ Srov. CESTA DOMŮ. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů, 2004. s. 14.

⁷¹ Srov. CESTA DOMŮ. *Domácí hospic, informace o službě* [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>>.

pro to, aby hlavním koordinátorem případu byl vždy sociální pracovník, jsou jeho kompetence získané studiem oboru sociální práce. Jak by mohla odbornost sociálního pracovníka hrát hlavní roli v koordinování případu jsem postupně naznačila v textu výše a konkrétně se tomu budu věnovat v následující kapitole. Moje představa je, že do domácnosti na pravidelné návštěvy, ale i na pohotovostní volání vyjíždí se zdravotní sestrou také terénní sociální pracovník, který je koordinátorem péče u konkrétního klienta. Také je volán k úmrtí, účastní se posledního rozloučení apod., dle potřeb rodiny.

Aby nedocházelo ke špatnému výkladu, koordinátorem péče myslím osobu, která má na starost konkrétní případ klienta, a může mít pod sebou několik případů. Nastavení kapacity počtu případů pak záleží na poskytovateli, pracovníkovi a dalších ať subjektivních či objektivních okolnostech. Koordinátorem nemyslím osobu, která má na starost vedení týmu. Řízení týmu není předmětem mé práce.

5. Sociální práce v domácí hospicové péči

Motto:

*Proč zhasla lampa?
Zakryl jsem ji pláštěm, abych ji ochránil před větrem,
a proto zhasla.*

*Proč zvadl květ?
Přitiskl jsem si jej k srdci s úzkostlivou láskou,
a proto zvadl.*

*Proč vyschl pramen?
Postavil jsem přes něj hráz, abych jej měl pro sebe,
a proto vyschl.*

*Proč praskla struna na harfě?
Pokoušel jsem se z ní vynutit tón, který byl nad její síly.*

Rabindranáth Thákur

Celosvětová definice sociální práce byla přijata v červnu 2014 v Melbourne na Valné hromadě IFSW a IASSW: „*Sociální práce je na praxi založená profese a vědní disciplína, která podporuje sociální změnu, růst, soudržnost, podporuje zplnomocňování a osvobodování člověka. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společenské odpovědnosti a respektu k jinakosti jsou pro sociální práci klíčové. Sociální práce, s využitím poznatků z teorie sociální práce, společenských věd, věd o člověku a znalostí místních podmínek, napomáhá lidem a společenským strukturám zaměřit se na životní možnosti a zlepšení životních podmínek.*“⁷²

„*Chce-li sociální práce přispět vydařenému životu, patří k tomu též dobré nebo vydařené umírání.*“⁷³ O sociální práci v domácí hospicové péči zajímavě pojednává bakalářská práce Janouškové: „Zavádění domácí hospicové péče z pohledu sociální práce“. Vymezuje v ní na základě literatury pozici sociálního pracovníka

⁷² THE INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (IFSW). *Global Definition of Social Work*. Definice mezinárodních organizací sdružující sociální pracovníky a jejich vzdělavatele (IASSW a IFSW) v červenci 2014 v Melbourne [online]. 4.3.2015 [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>>. Přeložil: ŠLAJZ, J. Co je to sociální práce [online]. [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=4985&site=cas>.

⁷³ STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 34.

v multidisciplinárním týmu DHP jako nezastupitelnou. Přes negativní odborné texty,⁷⁴ kdy sociální pracovník musí neustále svou pozici uvnitř týmu obhajovat, i když je jeho práce v týmu nutná, upozorňuje Janoušková vlastním výzkumem na fakt, že na území Jihočeského kraje má sociální pracovník v multidisciplinárním týmu DHP silné postavení a je koordinátorem péče.⁷⁵ Svědčí to o velkém posunu ve vnímání sociální práce jako stěžejního oboru pro práci hospicového týmu. Ovšem je třeba ujasnit si, co přesně je náplní koordinátora a jaké hranice mají v kompetencích mezi sebou odbornosti uvnitř týmu. Já osobně to vnímám jako pozitivní vzkaz mé praxi do budoucna. Mým záměrem je uvést v praxi koordinační činnost sociálního pracovníka v týmu, ve kterém pracuji. Přála bych si však, aby to nebyly výjimky, ale aby se tato dobrá praxe dostala do všech týmů DHP jako standard. Např. v Cestě domů je koordinátorem zdravotní sestra, jak jsem uvedla výše.

Vzhledem k rozsahu zpracování textu o sociální práci v DHP ve výše zmíněné bakalářské práci zde na tuto práci navazuji a ocituji pouze v krátkosti odbornou literaturu, která mluví o sociálním pracovníkovi jako možném koordinátorovi multidisciplinárního týmu a dále se budu věnovat metodě sociální práce case management a praxi sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu DHP ve dvou domácích hospicích.

5.1 Sociální práce jako přínos

Sociální práce jako obor a identita sociálního pracovníka jsou dle odborné diskuze v krizi.⁷⁶ Musil upozorňuje na potřebu aktivních sociálních pracovníků, kteří si budou vůči ostatním pomáhajícím profesím vymezovat vlastní roli a budovat si tak respekt sobě i sociální práci jako oboru.⁷⁷ Vždy si vzpomenu na slova Jiřiny Šiklové, která mě osobně zasáhla a uvědomila jsem si potřebu aktivního přístupu pomáhající profese obecně:

⁷⁴ Srov. např. PŘIDALOVÁ, M. Sociální práce v paliativní péči – český kontext. In STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*; URBAN, D. Mezioborová spolupráce v praxi sociální práce. In JANEBOVÁ, R. (Ed.) *Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2013, 123–127.

⁷⁵ Srov. JANOUSHKOVÁ, M. *Zavádění domácí hospicové péče z pohledu sociální práce* [online]. [cit. 2017-5-9]. Dostupné také na WWW: <<http://theses.cz/id/z6ee3r/>>.

⁷⁶ Srov. URBÁNEK, L. Revolta sociální práce, aneb jak se věci mají. In ELICHOVÁ, M. *Pojetí kvality sociální práce. Sborník z konference Pojetí kvality sociální práce v souvislosti se sebedefinováním sociálního pracovníka a jeho pomáhající profese*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2015. s. 11–21.

⁷⁷ Tamtéž, s. 15.

O sociální práci napsala: „*Formování sociální práce jako oboru je nekončící proces, během něhož obor „dohání“ měnící se společnost, ve které se objevují nové problémy a známé problémy mění svou váhu. Sociální problémy je třeba nejen evidovat, analyzovat, ale je potřeba hledat i nové metody jejich řešení. Proto sociální práce nebude mít nikdy dlouhodobě stabilní, jednoznačný obsah, nikdy nebude možné tuto disciplínu vyučovat po několik let stejným způsobem. V tom je obtížnost i výzva sociální práce.*“⁷⁸

Čím se sociální práce od ostatních pomáhajících oborů odlišuje, tedy jaké je specifické postavení a kompetence sociálního pracovníka, popisuje Urban: „... *spočívá především v pomáhání klientovi zvládat interakci mezi člověkem (tedy ním) a jeho sociálním prostředím; tedy v zajištění rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí a schopnostmi lidí toto očekávání naplňovat, přičemž je potřebné dbát specifik životní situace, ve které se aktuálně klient nachází. A právě to je prostor pro sociální práci, která by měla řešit klientovu situaci komplexně, tedy napomáhat mu překonávat různé překážky, jež mu brání zvládat očekávání sociálního prostředí.*“⁷⁹

V hospicové péči má sociální pracovník celou řadu možných úkolů. Dvořáčková v rozhovoru pro časopis Sociální práce popisuje, jak vnímá roli sociálního pracovníka Peter Speck v publikaci Týmová práce v paliativní péči: Sociální pracovník je automaticky Speckem řazen do všech typů paliativního týmu a Speck se také zmiňuje o týmech, kde má sociální pracovník ústřední postavení. Jako první se setkává s klientem a jeho rodinou a poté prezentuje případ celému týmu. Setkávání týmu se děje pravidelně a celý tým je zapojen do organizace podpůrných služeb klientovi.⁸⁰ Dále Dvořáčková chápe roli sociálního pracovníka jako zprostředkovatele informací mezi klientem a zdravotníky. A dle mého názoru jako všeobecný odborník může zprostředkovávat informace mezi všemi uvnitř týmu, koordinovat péči.

Celkový pohled na situaci klienta je klíčovým předmětem intervence sociálního pracovníka. Ten by měl zjistit během prvních kontaktů veškeré možné informace

⁷⁸ Medailón Jiřiny Šiklové. Sociální práce / Sociálna práca, 2010, roč. 10, č. 2, s. 2.

⁷⁹ URBAN, D. Mezioborová spolupráce v praxi sociální práce. In. JANEBOVÁ, R. (Ed.) *Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce.* s. 123–127.

⁸⁰ Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Sociální práce / Sociálna práca, 2010, roč. 10, č. 2, s. 17.

k různým bariérám (zdravotní, sociální, ekonomické, psychologické, psychiatrické, vztahové, duchovní atd.), které brání klientovi ve zvládnání dané situace, promyslet jejich souvislosti. Musil zde spojuje tuto schopnost sociálního pracovníka právě s potřebou spolupráce s dalšími odborníky pomáhajících profesí, kterým jejich odbornost umožní průnik do hloubky problémů klienta, ale zároveň jim může bránit v náhledu celku situace. „*A právě tímto celkem by se měl sociální pracovník zabývat, měl by organizovat a koordinovat jednotlivé intervence tak, aby zajistil návaznost cílů, vazeb a činností různých pomáhajících profesí.*“⁸¹

Dle Urbana může sociální pracovník ostatním odborníkům v rámci týmové spolupráce přinést:

- 1. sociální pracovník má vlivem svého studia základní znalosti z ostatních vědních disciplín (zdraví a nemoc, psychologie, sociologie, vybrané zdravotnické předměty), a proto je vhodně připraven na spolupráci s odborníky těchto profesí;*
- 2. od začátku do konce spolupráce s klientem sleduje situaci klienta jako celek, a tedy může kolegům předávat potřebné informace mající vliv na jejich specializovanou práci a další postup;*
- 3. promýšlí vzájemné souvislosti mezi jednotlivými bariérami, které brání klientovi úspěšně sociálně fungovat, díky čemuž může navrhnout vhodná a účelná řešení situace;*
- 4. předává kolegům informace o stavu a okolnostech klientova problému (diagnostické informace), kterými dává prostor k využívání času spíše pro odbornou činnost s klientem;*
- 5. koordinuje služby a plán péče;*
- 6. je v přímém kontaktu s nejbližším sociálním prostředím klienta (rodina, škola, zaměstnavatel atd.), díky čemuž získává další potřebné informace.*“⁸²

Práce sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu šetří i čas dalším členům týmu, kteří pak nemusí sbírat informace znovu, ale věnují čas své vlastní

⁸¹ URBAN, D. Mezioborová spolupráce v praxi sociální práce. In. JANEBOVÁ, R. (Ed.) *Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce.* s. 125.

⁸² Tamtéž, s. 126.

specializaci. Sociální pracovník pak dál samozřejmě vyvíjí úsilí směrem k překonávání bariér spadající do jeho kompetencí.⁸³

5.2 Činnosti sociálního pracovníka v DHP

Jak jsem již naznačila v úvodu, sociální pracovník má v rámci jednoho poskytovatele domácí hospicové péče mnoho možných pracovních pozic, úkolů a náplní práce. Pokusím se nyní tyto pracovní možnosti sociálního pracovníka vyjmenovat v posloupnosti od prvního kontaktu po možnou práci s pozůstalými:⁸⁴

- základní a odborné sociálně právní poradenství (možný první kontakt a informace o možné péči)
- koordinování péče v rámci multidisciplinárního týmu (od prvního kontaktu po úmrtí klienta, podpora ostatním členům týmu)
- vedení odlehčovací služby
- získávání, podpora a částečně i školení dobrovolníků
- poradenství pro pozůstalé

Rozhodně by sociální pracovník neměl koordinovat půjčovnu pomůcek, neměl by poskytovat odlehčovací službu jako asistent, zastupovat zdravotního pracovníka (a to ani nahlížením do zdravotní dokumentace⁸⁵), provádět fakturace a vyúčtování služby ani jiné další administrativní činnosti, které nesouvisí přímo s výkonem práce sociálního pracovníka. Toto považuji za plýtvání zdroji a kompetencemi sociálního pracovníka.

Pro domácí hospic, který má například kapacitu maximálně 3 klienti v souvislé péči (odvíjí se od personálního obsazení zdravotnických pracovníků držících pohotovost) jsou dle mého názoru vhodné minimálně tři sociální pracovníci (např. přímá péče

⁸³ Srov. URBAN, D. Mezioborová spolupráce v praxi sociální práce. In. JANEBOVÁ, R. (Ed.) *Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce*. s. 125.

⁸⁴ Podotýkám, že mnou uvedené činnosti má dle mého názoru mít pod sebou vždy sociální pracovník, odborností dle zákona. Kvalifikační požadavky pro výkon činnosti v sociálních službách upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: pro sociálního pracovníka v ust. § 109 a § 110.

⁸⁵ Nepřípustné dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), § 65, ve znění platném k 01. 04. 2012.

s klientem, poradenství i mimo přímou péči, práce s dobrovolníky a koordinace odlehčovací služby). Vše závisí na vedení poskytovatele a finanční stránce hospice.

6. Case management ve vztahu k domácí hospicové péči

„*Case management je koordinovaná činnost směřující k podpoře klienta, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci, sociální a zdravotní služby apod.)*.“⁸⁶ Pojem case management je v současnosti používán v široké škále významů a jeho obecně platné definování tak nelze uspokojivě nabídnout. V této práci se zabývám přístupem sociálního pracovníka ke klientovi a řešení jeho životní situace v rámci domácí hospicové péče multidisciplinárním týmem. Case management jako pojem budu používat ve smyslu „koordinovaná spolupráce v rámci případu“, kdy tato metoda sociální práce nabízí širší možnosti práce v domácím hospici než ve smyslu pojetí pojmu jako „případové vedení“ nebo „hospodaření v rámci případu“.⁸⁷

V ČR se metoda CM používá hlavně při práci s ohroženými dětmi a rodinami s hojným využíváním případových konferencí a také v práci s psychiatrickými pacienty, s klienty s mentálním či kombinovaným postižením, s poruchami učení, příjmu potravy apod.⁸⁸ Vycházím tak převážně z literatury, která popisuje použití case managementu u těchto cílových skupin. Obecně lze ale říct, že metoda CM je vhodná pro práci s klientem, do které je třeba zapojit, či už je zapojeno více osob, zejména odborníků, kteří s klientem spolupracují.⁸⁹ Hospicová péče je ze své podstaty multiprofesní týmová péče integrující v sobě činnosti lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a duchovní (pastorační) a jedině tak je možné adekvátně reagovat na potřeby umírajícího klienta a jeho pečující i nepečující okolí.⁹⁰ Na práci multidisciplinárního týmu (dále jen MT)

⁸⁶ SOLAŘOVÁ, H. *Case management aneb případové konference v praxi*. Pardubice: Benepal, a.s., 2014. s. 4.

⁸⁷ Srov. SZOTÁKOVÁ, M. *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce*. Sociální práce / Sociální práce, 2014, roč. 14, č. 3, s. 63;

⁸⁸ Vycházím tak z dostupné odborné literatury, která se zabývá teorií a praxí case managementu u těchto cílových skupin a vždy se snažím reflektovat mě známou praxi v domácí hospicové péči.

⁸⁹ Srov. SOLAŘOVÁ, H. *Case management aneb případové konference v praxi*. Pardubice: Benepal, a.s., 2014. s. 3.

⁹⁰ Srov. SLÁMA, O. a kol. *Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR. Závěrečná zpráva projektu č.23/13/NAP v rámci programu Ministerstva zdravotnictví „Národní akční plány a koncepce“* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2013. [cit. 017-05-31]. s.17. Dostupné na WWW: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2014/04/projekt_dhp_-_zaverecna_zprava1.pdf>; STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 51.

závisí kvalita života klienta DHP, a nejen Student definuje potřebnost MT jako kritérium kvality poskytované péče.⁹¹ V textu výše jsem na potřebu týmové spolupráce v DHP a související kvalitu života klienta několikrát poukázala. Ovšem v ČR, stejně jako v Německu, je běžnou praxí takové pracovní prostředí, které je extrémně hierarchicky strukturované a vychází ze starého biomedicínského modelu přístupu k pacientovi. V takové pracovním uspořádání (nelze nazývat týmem) rozhoduje mnohdy lékař i přesto, že v určitých situacích pacientů nemá dostatečné kompetence.⁹² Oproti tomu je sociální pracovník vybaven kompetencemi, které ho opravňují být odborníkem na spolupráci, být „týmový hráč“. Metoda case management je dle mého názoru vhodnou metodou sociální práce pro to, aby spolupráce odborníků s klientem a jeho vztahovou sítí byla nosná a plnila funkci a cíle domácí hospicové péče.

Uvedu zde důvody, proč si myslím, že je case management pro domácí hospicovou péči jako metoda sociální práce vhodná:

1. CM je vhodnou metodou pro práci s klientem v jeho přirozeném prostředí.⁹³
2. Jádrem CM jako „koordinované spolupráce v rámci případu“ tvoří dle a komplexní, holistický, vstřícný a nehierarchický přístup k práci s lidmi.⁹⁴
3. CM je odpovědí na nespolečenskou spolupráci mezi zdravotními a sociálními poskytovateli služeb, a je tedy uvedením do praxe jejich příkladné spolupráce, která nebude na úkor kvality života klienta.⁹⁵

⁹¹ Srov. STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 39.

⁹² Srov. tamtéž, s. 52.

⁹³ Srov. NEPUŠTIL, P. Předvánoční seminář o case managementu je za námi aneb Pro ty, kdo tam nebyli.... *Case management ČR* [online]. 2012, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/12/19/predvanocni-seminar-o-case-managementu-je-za-nami-aneb-pro-ty-kdo-tam-nebyli/>>.

⁹⁴ Srov. NEPUŠTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M., a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka* [online]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2013. [cit. 2017-05-30]. s. 20. Dostupné na WWW: <<https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/case-management-se-zotavujicimi-se-uzivateli-navykovych-latek/>>.

⁹⁵ Srov. NEPUŠTIL, P. Předvánoční seminář o case managementu je za námi aneb Pro ty, kdo tam nebyli.... *Case management ČR*.

4. CM se hodí pro práci s lidmi všude tam, kde je do práce zapojeno více osob, zejména odborníků, kteří s klientem spolupracují.⁹⁶
5. CM je přímo zaměřen na klienta s cílem zlepšit koordinaci a kontinuitu péče zejména u osob, které mají více rozdílných potřeb.⁹⁷

„(...) je třeba zdůrazňovat, že case management není vhodným přístupem pro všechny uživatele služeb! Každý nepotřebuje mít case managera, každý nepotřebuje důvěrný vztah s pracovníkem nebo podrobné posouzení životní situace. Někomu stačí jasná, rychlá, dobře provedená intervence, ať už jde o radu, krizovou pomoc nebo asistenci. Case management může nastupovat v případě komplexních problémů, složitých, zdánlivě neřešitelných situací, při opakujících se problémech. Jsou to tedy spíše výjimky, nicméně u některých skupin osob se jedná spíše o pravidlo než výjimku.“⁹⁸ Což klienti domácí hospicové péče splňují beze zbytku. Mají komplexní potřeby, málo času, situace umírání je krizovou životní situací a je nutné do podpory klienta zapojit jeho celou vztahovou síť.

6.1 Koordinátor případu

Koordinátor případu neboli case manager je ten, který koordinuje veškeré aktivity, služby a doprovázení klienta. Jeho rolí je být spoluautorem sítě, a tak všechny kroky vychází z potřeb a voleb klienta, kterého koordinátor a ostatní odborníci pomáhajících profesí zapojení v síti provází a podporují.⁹⁹

Dle Szotákové uvádějí Walsh a Holton, že case managerem může být jakákoli pomáhající profese: sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychologové a další. Národní asociace sociálních pracovníků (dále jen NASW) v nových stanovách z roku 2013 zdůrazňuje důležitost odpovídající case managerovy znalostní základny, vzdělání a úrovně dovedností.¹⁰⁰ „Case manager by měl pracovat ve prospěch klienta, považovat

⁹⁶ Srov. SOLAŘOVÁ, H. *Case management aneb případové konference v praxi*. Pardubice: Benepal, a.s., 2014. s. 3.

⁹⁷ Srov. SZOTÁKOVÁ, M. *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce*. s. 63.

⁹⁸ NEPUŠTIL, P. Předvánoční seminář o case managementu je za námi aneb Pro ty, kdo tam nebyli.... *Case management ČR*.

⁹⁹ Srov. SOLAŘOVÁ, H. *Case management aneb případové konference v praxi*. Pardubice: Benepal, a.s., 2014. s. 6

¹⁰⁰ Srov. SZOTÁKOVÁ, M. *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce*. s. 67.

*klientovy informace za důvěrné a zachovávat mlčenlivost, zapojit klienta do procesu case managementu a podílet se na všech úrovních systému poskytování služeb, včetně hájení zájmů klienta, ve zvolení vhodné intervence nebo péče a zpětné evaluace služeb.*¹⁰¹ Case manager má mít dovednosti, které mu pomohou k navázání vztahu s klientem a jeho okolím (pracovník má respekt ke klientovi i s jeho zvláštnostmi; umí se postavit na stranu klienta; má schopnost připravit se na setkání; naváže a udrží kontakt s okolím klienta; má trpělivost, vytrvalost), a dbát na empowerment klienta (pracovník umožní klientovi samostatnost, rozhodování a je mu oporou; umí jasně sdělovat, co je v jeho silách a co již ne; pomůže klientovi formulovat jeho potřeby a cíle; asertivně trvá na formulaci názoru a nepředkládá klientovi vlastní řešení).¹⁰² *Z tohoto pohledu ale není case manager někdo, kdo „koordinuje“ klienta, nebo kdo „koordinuje“ bez klienta. Tím by mu z dlouhodobého hlediska moc nepomohl. Case manager je spíše někdo, kdo se ke klientovi připojí a s koordinací mu pomáhá. A jestli má mít toto úsilí nějaký cíl, tak možná aby v rámci prostředí, kde klient žije, vznikla koordinovaná vztahová síť, taková, ve které se náš klient bude cítit jako doma a bude do její koordinace přirozeně zapojen.*¹⁰³

Nepustil dle Szotákové považuje za nejdůležitější koordinační a navigační schopnosti a kompetence osobnosti v roli case managera a zdůrazňuje důležitost vzdělávání, supervize a multidisciplinarity.¹⁰⁴ Vzdělávání v sociální práci je dobrým základem pro aktivity v rámci práce case managera. Jako nezbytné však Nepustil vnímá průpravu ve vedení rozhovorů s jednotlivci i skupinami lidí, zkušenosti s prací s rodinou, moderováním, facilitací, ale také schopností relaxace, psychohygieny a chuti neustálého seberozvoje, čemuž pomáhá i například supervize.

Německý autor Johann-Christoph Student vnímá odbornou sociální práci jako vhodnou pro oblast hospice také právě z důvodu možného použití její speciální metody case management směřující k napomáhání klientovi k sebeuschopnění. Case manager tak v hospicové péči potřebuje profesionální kompetence sociálního pracovníka jako je

¹⁰¹ Tamtéž, s. 67

¹⁰² Srov. tamtéž, s. 67

¹⁰³ NEPUSTIL, P. Case management jako přirozený způsob práce. *Case management ČR* [online]. 2012, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/11/29/case-management-jako-prirozeny-zpusob-prace/>>.

¹⁰⁴ Srov. SZOTÁKOVÁ, M. *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce*. s. 67.

schopnost komunikace, vedení rozhovorů, krizová intervence, a také schopnost doprovázet umírající podle dané fáze umírání, aktivizovat, uschopňovat a spojovat.¹⁰⁵

V různých typech case managementu se může role case managera různě lišit. V DHP si pro case managera představují několik rolí, které v rámci péče o klienta může zastávat:¹⁰⁶

- zprostředkovatele a prostředníka mezi:
 - klientem a pečujícími, rodinou, přáteli,
 - klientem (i pečující) a poskytovateli služeb,
 - odborníky navzájem;
- informátora, poradce, obhájce;
- doprovázejícího;
- koordinátora, navigátora.

Dle Studenta jsou nejdůležitější role case managera v hospicové péči zprostředkovatel a koordinátor, poradce a doprovázející podpora, zmocněnec a obhájce.¹⁰⁷

Případ

Pro vyjasnění spojení pojmů koordinátor případu je třeba pojednat krátce o pojmu „případ“ a jeho vnímání v rámci case managementu. U dvou pro mě výstupních pramenů¹⁰⁸ se dočteme, že pojmem případ neoznačujeme člověka, ale pouze tu životní situaci klienta, která je k řešení, a ve které je zahrnuta celá vztahová síť klienta a on je jejím centrem. Nepustil navíc hovoří o identifikovaném klientovi ve smyslu jednotlivci,

¹⁰⁵ Srov. STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 110-116.

¹⁰⁶ Srov. STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management* [online]. Praha: Fokus Praha, sdružení pro péči o duševně nemocné, 2001. [cit. 2017-05-30]. s. 9. Dostupné na WWW: <www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-assertivni-komunitni-lecba.pdf>; NEPUSTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M., a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka* [online]. s. 67.

¹⁰⁷ Srov. STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 116.

¹⁰⁸ STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*; NEPUSTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M., a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka*.

který je označen jako ten, co potřebuje nejvíce podpory a péče.¹⁰⁹ Student to vnímá stejně: „Případem CM-činnosti zaměřené k cíli a určitému řešení není nikdy individuum, nýbrž problémová situace, takže způsob řešení problému je „koordinován“.“¹¹⁰ Koordinátor případu tak nekoordinuje klienta, ale způsoby řešení jeho nastalé životní situace, ve které potřebuje podporu.

6.2 Výhody a nevýhody

Nevýhodou case managementu nejen v domácí hospicové péči, ale obecně je, že je náročný na osobnost case managera, na jeho schopnosti a dovednosti. Je náročný i časově. Například navázat vztah s klientem a jeho sociálním prostředím založený na důvěře je dlouhodobější záležitost. Ovšem pravdou zůstává, že situace umírání všechny sociální pravidla jaksí urychluje. Neméně na to má vliv právě uvědomění si, že umírajícímu tolik času nezbyvá.

Mám za to, stejně jako Nepustil a Stuchlík, že výhody CM převládají nad nevýhodou náročnosti¹¹¹ a výhody definované uvedenými autory jsou částečně aplikovatelné i na práci s klientem v DHP. Stuchlík vyjmenovává výhody, které CM přináší práci s osobami s duševním onemocněním: lepší a přehlednější dostupnost služeb, kontinuita péče, koordinace služeb pro uspokojení všech potřeb klienta, přizpůsobivost klientovi, efektivita na různých úrovních a je to výhodné i pro pracovníky z hlediska sebehodnocení a autonomie při práci s klientem. Podobně to vidí Nepustil, který definuje šest výhod CM a já se je pokusím reflektovat z hlediska DHP:

Pracovník na práci s klientem není sám. Klient může mít spoustu nevyřešených situací, které je potřeba nahlížet a pracovník se v tom může těžko orientovat. Na supervizích může náhled na klientovu situaci konzultovat, ale stále jen dostává pohledy od lidí, které klienta a jeho situaci znají jen zprostředkovaně. Něco jiného je se poradit přímo s někým, kdo klientovu situaci zná a kdo ji také ze svého úhlu odbornosti

¹⁰⁹ Srov. NEPUŠTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M., a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka*. s. 22.

¹¹⁰ STUDENT, J., CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. s. 115.

¹¹¹ Srov. NEPUŠTIL, P. Proč pracovat s klienty společně? Šest výhod, jedna nevýhoda. *Case management ČR* [online]. 2012, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/09/11/proc-pracovat-s-klienty-spolecne-sest-vyhod-jedna-nevychoda/>>; STUCHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management* s. 11–12.

řeší. Když se navíc sejdou odborníci s klientem a jeho rodinou, můžou společně přijít k řešení, které by samotné osoby těžko napadlo. Pracovník tak získá mnohem plastičtější pohled na celou klientovu situaci. Nejen že to dále posílí vztahy v rodině, protože klient vidí, že za ním stojí, ale posílí to vztahy i směrem k týmu, což je samo o sobě významné pro všechny zúčastněné. Práce se stává zábavnější, kreativnější a společenská, protože při práci pracovník poznává nové lidi. Pro klienta tato spolupráce, a to, že za ním stojí tým, který je pro něj schopen spojit síly, může mít za následek trvalejší efekt, a to buď ve smyslu kvality života v určitém období pro celou rodinu, či později pro pozůstalé skrze poslední zážitky a prožitky s umírajícím.

„Hodnota case managementu roste strmě vzhůru v těch případech, kdy práce probíhá v přirozeném prostředí člověka; kdy pracovník musí vstát od stolu, vyjít z kanceláře a nahlédnout žitý svět člověka v celé jeho komplexitě.“¹¹²

¹¹² NEPUŠTIL, P. Předvánoční seminář o case managementu je za námi aneb Pro ty, kdo tam nebyli.... *Case management.*

7. Srovnání praxe

V této kapitole vycházím hlavně ze své praxe v Domácím hospici Vysočina, kde jsem zastávala funkci koordinátora domácí hospicové péče, sociálního pracovníka, zdravotní sestry a dle potřeby i asistenta péče. Během praxe jsem si začala klást otázky, které přímo souvisí s kvalitou poskytované péče, s prací v multidisciplinárním týmu a na to navazující kvalitou života klientů domácí hospicové péče a jejich blízkých.

Metody, které použiji v této kapitole jsou popis, analýza a komparace.

Při popisu praxe obou zařízení budu vycházet z veřejně dostupných pramenů jako jsou výroční zprávy, dokumenty dostupné v registru sociálních služeb a webové stránky. Dále jsem vedla nestrukturované rozhovory s vedoucími obou zařízení. Popis praxe v Domácím hospici Vysočina bude komplexnější, protože nejen jako jejich zaměstnanec mám přístup do vnitřních dokumentů a metodik poskytování DHP. Většinou jsou tyto dokumenty v procesu potřebné aktualizace, a z toho hlediska text upravuji do podoby současné praxe.

Nejprve představím samotné zařízení, jeho poslání, základní podmínky a cíle poskytované služby a následně se budu věnovat popisu práce se zájemcem o službu, péči o klienta a práci multidisciplinárního týmu. Zajímá mě především spolupráce zdravotních a sociálních odborností uvnitř týmu ve prospěch klienta.

Během nestrukturovaného rozhovoru s vedoucími zařízení jsem se také zajímala o jejich pohled na možnou funkci sociálního pracovníka jako koordinátora případu.

7.1 Praxe v Domácím hospici Vysočina

Domácí hospic Vysočina¹¹³, obecně prospěšná společnost, poskytuje hospicovou a mobilní specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradní sociálním prostředí

¹¹³ Dříve Hospicové hnutí Vysočina, občanské sdružení – vzniklo v roce 2000. Asi od roku 2004 poskytuje domácí hospicovou péči. Do konce roku 2009 ji poskytovalo jako poradenskou činnost, tedy zdarma a současně jako zdravotní péči při registraci nestátního zdravotního zařízení. Od roku 2010 je domácí hospicová péče tímto sdružením poskytována jako odlehčovací služba a zároveň jako zdravotní péče a klient se podílí na financování. Dalším zdrojem financování je podpora kraje Vysočina v rámci projektu Podpora domácí hospicové péče na Vysočině. Hlavně díky tomuto projektu je služba domácí hospicové péče nyní poskytována jako odlehčovací služba. Jinými zdroji financování jsou dotace a granty, případně soukromí investoři. Mimo domácí hospicovou péči poskytují i terénní odlehčovací službu a domácí zdravotní péči,

klientů formou multidisciplinárního týmu jehož součástí je lékař, zdravotní sestry, sociální pracovníci, asistenti DHP a případně další odborníci dle potřeb klienta a dobrovolníci. Ostatní odbornosti využívá multidisciplinární tým dle potřeb klienta a z hlediska finanční stránky je například psycholog a duchovní součástí týmu formou dohody. DHP garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora klientovy rodiny a jeho blízkých, kteří se obvykle aktivně na péči podílejí.

Poskytování domácí hospicové péče se řídí vnitřními předpisy organizace jako jsou například: vnitřní dokumenty upravující standardy kvality poskytované sociální služby, metodiky pro poskytování služby, organizační a pracovní řády, etický kodex pracovníků organizace apod.¹¹⁴

Dle vnitřní metodiky poskytování DHP jsou jejími základními principy:

- klient a jeho rodina, případně jeho nejbližší přátelé, jsou společnými příjemci DHP a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče
- tým DHP je multidisciplinární a tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, koordinátor dobrovolníků, osobní asistenti, duchovní a další pracovníci dle potřeby klienta
- DHP je komplexní: pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav klienta a jeho rodiny
- integrální součástí DHP je specializovaná mobilní paliativní péče, odborná léčba bolesti a dalších specifických symptomů provázejících umírání a lékařští i nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou vyškolenými a zkušenými odborníky na léčbu těchto symptomů
- tým DHP spolupracuje s praktickými a ošetřujícími lékaři, agenturami domácí ošetrovatelské péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče

poradenství pro těžce nemocné, pozůstalé a truchlící (Poradna Alej), hospicovou péči na tzv. Rodinném pokoji a dobrovolnické služby. Další informace k historii tohoto sdružení jsou dostupné na WWW: <<http://www.hhv.cz/o-nas/historie/>>. [cit. 2017-06-05].

¹¹⁴ Srov. *Domáci hospic Vysočina, obecně prospěšná společnost* [online]. Nové Město na Moravě: Domáci hospic Vysočina, o.p.s., 2016. [cit. 2017-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.hhv.cz/>>.

7.1.1 Základní podmínky a cíle poskytování domácí hospicové péče

Pro přijetí klienta a pro samotné poskytování DHP jsou dána určitá kritéria. Ve vnitřních dokumentech DHV, zde konkrétně v Metodice pro poskytování DHP jsou kritéria definována přibližně takto:

- klient trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu (hodnotí lékař)
- klient byl seznámen se svým zdravotním stavem a přiměřeně svým možností porozuměl závažnosti a prognóze své choroby (platí i pro blízké, rodinu – se souhlasem klienta)
- klient rozumí možnostem i limitům domácí hospicové péče a souhlasí s jejími principy (platí i pro blízké, rodinu)
- klient si přeje péči v domácím prostředí
- neexistují závažné zdravotní, sociální či jiné důvody vylučující možnost péče v přirozeném prostředí klienta
- klientovo bydliště by nemělo být vzdáleno více než 25 km v okruhu od sídla střediska hospicové péče, odkud je DHP poskytována. Tato vzdálenost je hraniční, pokud chce tým DHP poskytnout rychlou a účinnou pomoc v případech vyžadujících nezbytnou přítomnost pracovníků týmu u lůžka umírajícího
- rodina je ochotná se spolupodílet na péči a v rodině či mezi klientovými blízkými je alespoň jedna osoba schopna převzít odpovědnost za kontinuální péči o něj

Cíle domácí hospicové péče jsou:

- Klient důstojně prožil poslední chvíle života, pokud možno v domácím prostředí (*při zachování vlastní identity a možnosti vlastní volby*).
- Klient důstojně zemřel (*tam, kde si přeje, bez zbytečného utrpení, v přítomnosti blízkých*).
- Důstojný vzhled těla zemřelého (*dle předchozího přání zemřelého a rodiny*) při předání pohřební službě.
- Rodina (popř. jiná blízká osoba) zvládá péči o umírajícího (*je edukována o tom, jak pečovat*).

- Rodina je připravená na úmrtí svého blízkého (*příprava osobních dokladů, oblečení ...*).
- Rodina je připravena na nutné administrativní a organizační úkony (*příprava smutečního obřadu, vyřizování pozůstalosti, důchodů apod.*).
- Rodina je vyrovnaná se ztrátou.

7.1.2 Popis jednání se zájemcem o domácí hospicovou péči

V prvním kontaktu může být se zájemcem prakticky jakýkoliv pracovník domácího hospice. První kontakt probíhá většinou telefonicky či osobně se zástupcem zájemce (ve velké většině rodinný příslušník) v rámci poradenství buď k problematice hledání pomoci v těžké situaci nemocného a jeho blízkých, podporou v zajištění péče anebo podporou v řešení potřeby různých kompenzačních pomůcek. Pracovníci, kteří přicházejí do kontaktu se zájemcem o sociální služby předají zájemcům kontakt na oprávněné pracovníky, případně podají základní informace o poskytované službě, zapíší jméno a kontakt na zájemce. Nejsou však oprávněni k uzavírání dohod, a to ani písemných, ani ústních. Kompetentním pracovníkem pro další kontakt, který rozvíjí potřebnou pomoc zájemci a který se odehrává již osobně, je koordinátor DHP nebo jiný pověřený sociální pracovník. Jednání může probíhat nejen v prostorách střediska, ale i na jiném místě, na kterém se zájemce a pracovník domluví a které je zájemci příjemné; nejčastěji to bývá v domácím prostředí.

Při osobním kontaktu se zájemcem koordinátor zjišťuje zájemcovu situaci, co potřebuje, a také předá zájemci informace o poskytovaných službách. V případě shody pracovník sděluje, co konkrétní sociální služba nabízí, jaké jsou její cíle, za jakých podmínek a jakým způsobem je poskytována. Zejména zájemce informuje o časech, ve kterých je sociální služba poskytována, o místní dostupnosti, o okruhu osob, kterým je služba poskytována. Dále sděluje: že je služba poskytována na základě smluvního vztahu a výši úhrad za poskytovanou sociální službu, že je o průběhu poskytování sociální služby vedena dokumentace, možnosti stěžovat si na kvalitu poskytovaných služeb, složení týmu, který se bude podílet na poskytování sociální služby a o kompetencích jednotlivých pracovníků, právech a povinnostech klientů i pracovníků, možnosti nahlížet do vnitřních dokumentů, směrnic a předpisů upravující poskytování sociálních služeb a o právu podílet se na zvyšování kvality těchto služeb.

Následuje také zjištění konkrétnějších potřeb a cílů zájemce a mapování celé jeho situace. Poté zájemce společně s koordinátorem pracuje na vyjednání tzv. zakázky. Zakázku můžeme definovat jako společný cíl, na kterém se pracovník se zájemcem dohodli – tj. zájemcův požadavek se střetl s nabídkou poskytované služby. Po tomto vyjednání a poté, co zájemce získal veškeré informace o poskytované sociální službě (např. seznámení s vnitřními dokumenty – pravidly péče apod.) je možné přejít k uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby. O jednání se zájemcem je proveden zápis, který je pak součástí dokumentace klienta.

Vzhledem k rozsahu poskytovaných informací má domácí hospic zpracovaný dokument v tištěné podobě, který zároveň při podpisu smlouvy o poskytování sociální služby předá, aby se klient k informacím mohl kdykoli vrátit.

V případě neshody, kdy domácí hospic neposkytuje službu, kterou zájemce hledá, poskytne koordinátor základní sociální poradenství, tj. předá informace a kontaktní údaje na jiné možné poskytovatele sociálních či dalších a podílí se na hledání možnosti řešení zájemcovy situace.

Specifika jednání se zájemcem v domácím hospici

Zájemci o DHP se často nachází v situaci, kdy je tlačí čas, mohou být zaskočeni nově zjištěnou tíživou informací o špatné prognóze zdravotního stavu. Někdy je třeba jednat opravdu rychle – tzn. zjistit, zda zájemce splňuje základní podmínky a co nejdříve dodat základní pomůcky, které nemocnému zajistí bezpečí a pohodlí (polohovací postel a polohovací pomůcky, antidekubitní matrace apod.). V takových chvílích někdy jednání se zájemcem probíhá nestandardně – nejdříve se zabezpečí pohodlí a základní životní potřeby nemocného, v průběhu toho (dle zdravotního stavu nemocného) se vyjasňují cíle nemocného klienta a jeho rodiny. Klient a rodina jsou informováni o tom, co všechno DHP nabízí a za jakých podmínek.

Modelová situace: pátek, 10:30 hod. Přichází k nám paní N. jejíž manžel bude dnes odpoledne propuštěn z nemocnice domů, do domácího léčení. Manželům bylo ošetřujícím lékařem oznámeno, že zdravotní stav pana N. se nebude zlepšit, naopak mohou očekávat zhoršení. Dle informací od manželky trpí rakovinou slinivky, léčba už mu nepomůže, prý nemá smysl, manžel umírá. Paní N. je v psychickém vypětí, nedokáže si

představit, co bude péče o těžce nemocného manžela obnášet, odpoledne manžela přivezou z nemocnice a ona má strach, neví, co dělat, rozhodně ho ale chce domů, i on chce domů. Žádá nás o radu a pomoc.

Příklad řešení: Paní podpoříme v jejím rozhodnutí a ujistíme ji, že jí můžeme pomoci. Dle informací, které nám sdělila, je zřejmé, že manžel splňuje kritéria pro přijetí do DHP. Zeptáme se paní, zda má nějaké informace o DHP, popř. je předáme a ověříme splnění alespoň základních požadavků:

- 1. Zdravotní stav pana N. – ošetřující lékař sdělil obou manželům, že stav je vážný, dle slov manželky je manžel v současné době střídavě mimo vědomí, nepohyblivý, zda má bolesti neví, nejspíše ano, zda bere léky ještě neví*
- 2. Bydliště – Jihlava, ulice Okružní (splňují okruh do 25ti km)*
- 3. Osoba, pečující o pana N. - doma se o pana N. bude starat manželka, pomáhat jí bude dcera, která dělá ve firmě Bosch, má 12ti hodinové služby, jinak je bezdětná a ve volném čase se tedy může plně věnovat péči o otce*

V tomto případě splňuje zájemce základní podmínky pro převzetí klienta do domácí hospicové péče. V případě volné kapacity sdělíme paní N., že manžela můžeme přijmout a můžeme jim pomoci (v jiném případě aktivně a bezodkladně nabídneme pomoc s hledáním jiné možnosti, nabídneme jiného poskytovatele, kontakty, pomoc s telefonickým oslovením poskytovatelů DHP, popř. jiných sociálních a zdravotnických zařízení, fyzických osob, které mohou rodině pomoci apod.). Zjistíme, jaké pomůcky klient potřebuje. Dopravíme je na místo co nejdříve – nejlépe tak, aby v okamžiku převozu z nemocnice bylo vše připraveno. Zde se setkává sociální péče o klienta s péčí ošetrovatelskou. Tým DHP se flexibilně přizpůsobuje potřebám klienta (co je třeba řešit jako první, co lze odsunout). V těchto chvílích lze jen těžko aplikovat nějaký jasný postup, vše záleží na individuálních potřebách klienta a na dohodě s ním i v rámci týmu.

Na vzorovém příkladu je zřejmé, že DHP je flexibilní a její poskytování se odvíjí plně od potřeb klienta. Pružně reaguje na veškeré změny a požadavky. Ne vždy je možné vést nejprve úplné jednání se zájemcem a následně vyjednávat smlouvu a až poté začít s poskytováním služeb. Ve chvílích, kdy klient nemá zabezpečeny základní potřeby (ztížení bolesti, strava, pitný režim = úprava, hygiena, pohodlí) je nutné tyto zajistit jako

první. Během toho samozřejmě klienta průběžně informujeme o možnostech (co lze jak udělat), následcích (kam to povede, nebo může vést) a podmínkách spolupráce.

Vedení jednání o poskytování sociální služby je sice převážně na sociálním pracovníkovi, zde koordinátorovi, ale modelová situace jasně ukazuje potřebu spolupráce celého multidisciplinárního týmu DHP již od počátku kontaktu s klientem a jeho vztahovým prostředím.

7.1.3 Průběh péče a popis práce multidisciplinárního týmu

K prvním kontaktům s klientem, většinou v domácím prostředí, jede lékař, pracovník pověřený vyjednáváním o službě, zdravotní sestra a případně další pomocný pracovník, pokud je třeba manipulace s kompenzačními pomůckami apod. Je možné, že při první návštěvě není přítomen lékař¹¹⁵, ale byl předem kontaktován a učinil na základě informací od koordinátora a zdravotní sestry, a také z lékařské dokumentace z předchozí hospitalizace, rozhodnutí o přijetí do DHP. Zjišťují se potřeby klienta, pečujících a možnosti týmu DHP a nastavuje se systém péče. Jde o to, získat co nejvíce informací od všech zúčastněných osob, tj. komunikací s nimi a na základě těchto informací s klientem sestavit plán DHP. To je práce hlavně koordinátora DHP, nebo sociálního pracovníka, který ho zastupuje. Největší čas je věnován komunikaci s klientem a pečujícími, samostatně i dohromady, jak je momentální potřeba a okamžitě se reaguje na vzniklé nové potřeby. Také jsou veškeré informace diskutovány uvnitř týmu, někdy bezprostředně po první návštěvě během jízdy na středisko, či co nejdříve na středisku v rámci týmové porady. Veškeré zjištěné potřeby, okolnosti stávající situace, domluvy apod. jsou zapisovány do dokumentace DHP, do které mají přístup pracovníci zapojení do případu klienta. Dokumentace se dle zákona dělí na sociální a zdravotní a konkrétní přístupy upravuje vnitřní předpis kvůli ochraně osobních údajů.

Další kontakty s klientem probíhají výhradně dle potřeby klienta a pokud je potřebná pravidelná intervence zdravotní sestry, jezdí do domácnosti klienta vždy v doprovodu sociálního pracovníka či minimálně asistenta DHP. Podobně probíhá i výjezd pohotovostní služby, kdy je 24/7 na telefonu dostupná zdravotní sestra a sociální

¹¹⁵ Hlavně z důvodu nedostupnosti lékaře, která je důsledkem personálního a finančního nedostatku domácího hospice.

pracovník. Lékař, psycholog a duchovní jsou k dispozici po domluvě. Lékař je vytížen mnohem více a spíše do domácnosti jezdí konzultovat pravidelně než sporadicky. Záleží také na zdravotní sestře, která tuto potřebu vyhodnocuje i vzhledem ke svým vlastním kompetencím.

Zde vnímám proti některým jiným domácím hospicům výhodu a dobré základní nastavení spolupráce zdravotních a sociálních služeb. Sociální pracovník (nebo asistent DHP) je vždy v týmu se zdravotní sestrou a společně jezdí navštěvovat dle domluvy klienty v domácím prostředí, tedy i na pohotovostní výjezd. Je to z důvodu možné potřeby řešit i jiné situační záležitosti než jen uspokojení biologických potřeb, na které je pohotovost primárně využívána. Nejčastěji dochází k potřebám rozhovorů o různých možných situacích, které mohou nastat a přípravu na ně, také je někdy nutný zásah sociálního pracovníka školeného v krizové intervenci jak u klienta, tak u pečující osoby apod. Vždy se tým snaží reagovat flexibilně na danou situaci. Druhý pracovník při výjezdu pohotovostní služby je také výhodný pro samotnou zdravotní sestru, která v daných situacích není sama a může se opřít o kompetentní názory dalších odborností v týmu. Někdy vyhodnotí zdravotní sestra, že není potřeba sociální pracovník. Myslím si ale, že je třeba ještě tento systém vyladit právě s hranicemi odborností a jejich kompetencemi, s nastavením služeb z hlediska financování a politiky.

Výše uvedený popis jednání se zájemcem a jeho specifika plně odpovídají nynější praxi. Zakázka klienta, která je laděna v rámci vyjednávání o službě se poté během poskytování DHP často mění a spolupracuje na ní celé vztahové prostředí klienta: klient, pečující, vnitřní tým DHP a další odborníci vstupující do případu. Každá odbornost nese svou vlastní odpovědnost a za poskytování DHP klientovi nese odpovědnost koordinátor, či pověřený sociální pracovník.

V rámci popisu služby nepracují s pojmy koordinátor případu, case management a případové konference apod.

7.1.4 Závěry rozhovoru s vedoucí zařízení

Z rozhovoru s vedoucí sociální pracovnící střediska vyplývá několik důležitých informací. Vedla jsem s ní nestrukturovaný rozhovor. Nejdříve jsem popsala cíle mé práce, podala jsem základní informace k práci sociálního pracovníka jako koordinátora

případu a nutné spolupráci odborností v rámci multidisciplinárního týmu jako hodnotě odpovídající kvalitě života klienta a pečujících. Poté jsem se ptala, zda si dokáže představit sebe jako koordinátora případu a jaký má celkový názor na tento pohled spolupráce MT při práci s klientem v rámci DHP.

Sama sebe si v této pozici představí a její pohled je, že již nyní vykonává řadu vyjmenovaných náplní práce, které odpovídají sociálnímu pracovníkovi. Spolupráce uvnitř týmu i navenek s ostatními službami má ve vlastní náplni práce. Problém vidí v komunikaci s jinými poskytovateli sociálních a zdravotních služeb, ve smyslu, že by mohl být problém, kdyby jim měla „diktovat“ co, kdy a jak mají klientovi poskytovat. Na druhou stranu to vnímá pozitivně, pro nastavení pohody a kvality zbylého času klienta a jeho blízkých je spolupráce mnohdy jednodušší, pokud mají zúčastnění stejné cíle.

Jako specifikum DHP vnímá podobně jako já výhodu ve vlastním klientově prostředí, v časových možnostech pracovníka na práci s klientem a na rozhovory a porady MT a na odpočinek bezprostředně po návratu z domácnosti. Nemá bohužel možnost osobní zkušeností porovnat poskytování DHP jiným poskytovatelem, ale za působení v týmu DHV se účastnila několika stáží a prohlídek a myslí si, že mají výjimečný tým, který je postaven na vztazích a důvěře navzájem. Jako výhodu vnímá, že do domácnosti za klientem chodí společně sociální i zdravotní pracovník a mohou se tak navzájem podporovat a konzultovat společně vzniklé situace, potřeby a problémy klienta. Uvedla příklad z vlastní praxe, kdy začínala v týmu DHP a ze zdravotních důvodů se jí udělalo nevolno. Zdravotní sestra, která je v týmu delší čas a má bohaté zkušenosti z jednání s klientem ji v takové chvíli již dokáže zastoupit a ošetřit tak situaci, která ji byla nepříjemná. Nejen tato zkušenost ji vede k přesvědčení, že v týmu DHP jsou potřeba různí odborníci se zkušeností v paliativě, ale i osobnostně s určitým přesahem vlastní odbornosti, a to hlavně stran lidského přístupu.

7.2 Praxe v Bárce – Charitní domácí hospicové péči Jihlava

Bárka – Charitní domácí hospicová péče Jihlava je zařízení, které poskytuje domácí hospicovou péči v Jihlavě a okolí a jejím zřizovatelem je Oblastní charita Jihlava. Popis tohoto zařízení bude stručnější než popis předchozího Domácího hospice Vysočina. Popis vychází z dostupných dokumentů a článků na webových stránkách Oblastní charity Jihlava a z nestrukturovaného rozhovoru s vedoucí zařízení.¹¹⁶

Posláním Bárky v regionu Jihlava je zachovat kvalitu života nemocným v terminální fázi života, popř. umožnit jim důstojně umírat v domácím prostředí v kruhu svých blízkých. Doprovázení pozůstalých v těžkém období truchlení, pomoc při zařizování potřebných záležitostí týkajících se rozloučení se zemřelým a podpora v návratu do běžného života.

Pro Bárku je klientem člověk s trvalým bydlištěm v Jihlavě, nevléčitelně nemocný, který chce žít a dožít doma a o kterého mohou a chtějí pečovat jeho blízcí. Klient musí mít ukončenou léčbu vedoucí k vyléčení, musí být doporučena péče paliativní a musí s DHP souhlasit. Celkově Bárka klientům nabízí tým odborníků, kteří jsou speciálně vzdělaní v oblasti práce s pacienty na konci života, dostupnost návštěvní lékařské a ošetrovatelské služby 7 dní v týdnu, 24 hodin denně, paliativní péči, která je zaměřená na zmírnění utrpení, na tlumení příznaků, které nemoc provázejí, a která respektuje přání pacienta a jeho blízkých a otevřenou, pravdivou a empatickou komunikaci, podporu a doprovázení. Bárka tak v DHP zajišťuje základní sociální poradenství, odbornou zdravotní péči, odlehčovací službu, psychologickou pomoc a duchovní péči a podporu.¹¹⁷

Bárka má, na rozdíl od výše popsaného zařízení, smlouvu se zdravotními pojišťovnami, proto návštěvy zdravotní sestry, i lékaře jsou pro klienty zdarma. Stejně tak může nemocný i pečující využít bezplatného sociálního poradenství, psychologické podpory a podpory duchovní.

¹¹⁶ Srov. *Bárka – Charitní domácí hospicová péče* [online]. Jihlava: Oblastní Charita Jihlava, ©2017. [cit. 2017-06-11]. Dostupné na WWW: <<http://jihlava.charita.cz/barka/>>.

¹¹⁷ Srov. tamtéž.

7.2.1 Péče o klienta a práce týmu

Bárka má podobný mechanismus zachycení klienta jako DHV – poradenství, pomůcky, potřeba podpory v péči apod. Navíc Bárka je charitním zařízením, má smlouvu se zdravotními pojišťovnami, a tak je kontaktována s žádostí o péči i obvodními lékaři, kteří u svého pacienta mají zájem zajistit paliativní péči v domácnosti. Pro přijetí do péče je třeba doporučení paliativní péče ošetřujícím lékařem, ukončená léčba vedoucí k uzdravení a souhlas s přijetím do péče lékařem Bárky. Lékař se zdravotní sestrou na základě uzavřené smlouvy jedou na první vyšetření pacienta a na domluvení potřeby návštěv, předání informací o pohotovostní službě. Zázemí pro komunikaci zdravotních sester s ostatními možnými poskytovateli zdravotní péče vytváří koordinátor nejčastěji telefonicky. Zde je koordinátorem služby vedoucí zařízení, zdravotní sestra a „koordinátorem případu“ je klíčová zdravotní sestra v terénu. Někdy je nosným prvkem informací z domácnosti do porady multidisciplinárního týmu pečovatelské služby pravidelně navštěvující rodinu. Vymezeného koordinátora případu nemají, takové označení nepoužívají.

Multidisciplinární tým, na kterém je postavena DHP a je také jejím principem, je složen z lékaře, zdravotních sester, psychoterapeuta a duchovního. Tým se schází pravidelně jednou týdně a hodnotí péči a potřeby klienta a navazující služby. Sociální pracovník je součástí týmu ve zkráceném úvazku a na starosti má hlavně revidování individuálních plánů klienta, někdy zastupuje vedoucí služby při podpisu smlouvy s klientem. Dále poskytuje základní sociální poradenství, pomáhá klientovi orientovat se v nastalé životní situaci, poskytuje informace o službách, pomáhá při vyřizování sociálně-právních záležitostí, při řešení životních krizí a řídí se Standardy kvality sociálních služeb. Ostatní odbornosti MT budou popisovat níže.

Následující popis práce s klientem a náplně práce dalších jednotlivých odborností multidisciplinárního týmu jsem převzala z registru sociálních služeb¹¹⁸, doplňkových údajů o domácí hospicové péči Bárky:

¹¹⁸ Srov. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, 2017. [cit. 2017-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://iregistr.mpsv.cz/>>.

Odlehčovací služba DHP je určena lidem v terminálním stadiu nemoci a jejich blízkým. Každému zájemci o službu jsou poskytnuty informace o možnostech a způsobu poskytování služby, podmínkách, pravidlech a cenách. Informace mohou být předány při osobní návštěvě vedoucího projektu, telefonicky, elektronickou poštou nebo poskytnutím informačních letáků. V případě souhlasu zájemce o službu, který spadá do cílové skupiny, se souborem pravidel a podmínkami poskytování služby a pokud to kapacita služby umožňuje je sepsána smlouva o poskytování sociální služby.

Pracovníci při práci s klientem vychází z jeho aktuálního zdravotního stavu, jeho potřeb a vždy respektují jeho přání. Služba je poskytována v domácím prostředí klienta, ve spolupráci s jeho blízkými. Sociální pracovník ve spolupráci s klientem sestaví individuální plán péče, který se průběžně přizpůsobuje podmínkám a aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta. Klient zásadním způsobem ovlivňuje způsob, jakým službu využívá a vždy se přihlíží k možnostem naplnění osobního cíle klienta. Klient má možnost se podílet na stanovení frekvence a délky návštěv sociálního pracovníka, na rozsahu poskytovaných služeb.

Popis náplně práce zdravotní sestry v DHP v Bärce uvedu celý z důvodu, že podle mého názoru některé body popisují spíše práci v kompetenci sociálního pracovníka¹¹⁹ a jsou v přímém rozporu s popisem práce s klientem, kdy individuální plán péče sestavuje sociální pracovník:

- provádí komplexní ošetrovatelskou péči a další přímou obslužnou péči o klienta
- sleduje klienta z hlediska bio-psycho-socio-spirituálních potřeb a zpracovává individuální plán
- sleduje fyziologické funkce a projevy klientů, jejich celkový tělesný a duševní stav
- plní ordinace lékaře a provádí další ošetrovatelské výkony
- vede dokumentaci
- edukuje pečující, poskytuje zdravotní poradenství
- doprovází – přímá práce s klientem, či jeho blízkými

¹¹⁹ Náplň práce sociálního pracovníka v Bärce je podrobně uvedena výše v této kapitole.

- poskytuje oporu pro klienta a ty, kdo se cítí zasaženi odcházením blízkého člověka
- poskytuje telefonické intervence
- usiluje o podporu každodenní pohody umírajícího – pomáhá při plnění jeho přání
- utužuje vztah založený na naslouchání a důvěře

Též zajímavá je náplň lékaře, který je přímo podřízen vedoucí střediska a mimo své kompetence diagnostiky a paliativní terapie má na starosti spoluvytvářet MT, spolupracovat s rodinou a praktickými lékaři a sledovat klienta z hlediska bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Vedoucí navíc od sociálního pracovníka zodpovídá za sociální dokumentaci, kterou vede.

7.2.2 Závěry rozhovoru s vedoucí zařízení

V průběhu nestrukturovaného rozhovoru s vedoucí zařízení jsem se po vysvětlení práce sociálního pracovníka jako koordinátora případu ptala, zda si takovou práci pro sociálního pracovníka dokáže představit. Vedoucí vyjádřila pozitivní ladění pro takovou činnost sociálního pracovníka, který by koordinováním případu právě uvolnil časovou dotaci zdravotní sestře a lékaři na poskytování samotné zdravotní služby. Pro momentální nastavení služby a potřebu týmu vnímá jako dostačující půl úvazek takového pracovníka. Dle jejích slov by bylo potřeba pro detailnější nastavení práce sociálního pracovníka postupné vyladování a případné zvýšení úvazku tak, aby byl zajištěn dostatek potřebného času pro práci s klientem a podpora práce multidisciplinárního týmu. Nicméně i přes jasnou převahu poskytování zdravotních služeb v Bärce, je jejich představa DHP jako co největší podpory klienta a jeho blízkých v čase nastalé životní situace, umírání. Potýkají se však s byrokracií a financováním služby stejně jako další mobilní hospice.

8. Diskuze

Sociální práce není v hospicové a paliativní péči vyhraněna a záleží na osobnosti sociálního pracovníka jak svou práci pojme, bude aktivní a bude ji rozvíjet v zájmu klienta. Zdravotnické profese vnímají sociálního pracovníka jako administrátora, který řeší záležitosti příspěvku na péči, kompenzačních pomůcek, vysvětluje klientovi podmínky péče a fakturuje ji. Navíc mezi sociálními a zdravotními službami je špatná spolupráce, v některých případech i kolize cílů služeb. V hospicové a paliativní péči je to viditelné například na aktuálně již třetím rokem probíhajícím pilotním projektu mobilní specializované paliativní péče, který je sice průlomový, ale z mého pohledu ryze zdravotnický: řeší pouze ekonomický rozměr (financování zdravotní složky DHP) a neřeší evaluaci z hlediska kvality života umírajícího a jeho blízkých. Určitou odpovědí na potřebnou spolupráci sociálních a zdravotních služeb by mohla být metoda sociální práce case management, která v zahraniční historii vznikla právě jako krok směrem ke zlepšení systému dlouhodobé péče.

Specifika domácí hospicové péče, která jsem popsala, jasně upřednostňují tento typ péče před službami lůžkového hospice ať už z hlediska klienta, pečujících, ale i pracovníků hospice. Umístění do lůžkového hospice by mělo přijít na řadu až v té chvíli, kdy není domácí hospicová péče možná, ať z jakéhokoli důvodu. Ukazují také, jak je potřebná spolupráce a flexibilní reagování na nově vzniklé situace všech zúčastněných, a také společné nahlížení životní situace umírajícího jako možnosti využít čas, který jemu a jeho blízkým zbývá.

V kapitole o týmu domácí hospicové péči vymezují sociálního pracovníka hlavně ke zdravotní sestře, na kterou jsou nejvíce kladeny kompetence odpovídající odbornosti sociálního pracovníka a mnohdy zbytečně (viz kapitola Praxe v Bárce – Charitní domácí hospicové péči Jihlava a srovnání s Cestou Domů). Hranice směrem k ostatním profesím jsou buď zřejmější či jsem o nich přesvědčená, že je lze vykomunikovat v týmu snadněji, protože dané profese jsou schopny lepší sebereflexe a práci při supervizi.¹²⁰ Myslím hlavně psychology, psychoterapeuty a duchovní pracovníky. Jsem si vědoma toho, že v rámci týmu záleží na osobnosti daného pracovníka a jeho zkušenostech,

¹²⁰ Srov. TOMĚŠ, I., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. s. 83.

na spolupráci, vyladění hranic odborností. V domácí hospicové péči jde při spolupráci multidisciplinárního týmu o náhled na celkovou situaci klienta, kterou ve své osobě a svou odborností může spojit právě sociální pracovník jako koordinátor péče. Koordinátor péče je vhodný i z dalších důvodů, které společně vedou ke zvýšení kvality života klienta a jeho blízkých:

- nese odpovědnost za celkový plán péče a za relevantní a nerozporuplné informování klienta a rodiny
- dohlídne na dodržování zásad autonomie, využití vlastních zdrojů a lidské důstojnosti v přístupu ke klientovi
- má přehled o kompetencích jednotlivých profesí, poslání služeb a dohlídne na kvalitu poskytované péče a její provázanost
- má přehled o klientově jedinečné situaci a dokáže na ni adekvátně a se sebereflexí reagovat právě nastavováním jednotlivých složek péče, oslovováním jednotlivých profesí

Praxe v ČR je bohužel jiná a nejvíce času s klientem tráví právě zdravotní sestra, která je tak nositelem informací o klientově situaci, potřebách a problémech do týmu DHP. Ubírá tak čas sobě na potřebné ošetrovatelské úkony a sociálnímu pracovníkovi možnost práce s klientem. Pak může být hospicové péče ochuzena o sociální rozměr.

Celkový pohled na situaci klienta je klíčovým předmětem intervence sociálního pracovníka. Může tak během prvních kontaktů zjistit veškeré potřebné informace k různým bariérám a promýšlet je v souvislostech. Pro takové promýšlení potřebuje ovšem sociální pracovník další odbornosti v týmu, aby byl náhled na situaci opravdu komplexní. Sociální pracovník jako koordinátor péče může ušetřit čas ostatním odbornostem, které se pak mohou věnovat vlastní specializaci.

Hospicová péče je ze své podstaty multiprofesní týmová péče integrující v sobě činnosti lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a duchovní (pastorační) a jediné tak je možné adekvátně reagovat na potřeby umírajícího klienta a jeho pečující i nepečující okolí. Na práci multidisciplinárního týmu, který dokáže nahlížet situaci klienta opravdu komplexně a flexibilně reagovat, závisí kvalita života klienta domácí hospicové péče. Zavedení metody case management do práce multidisciplinárního týmu domácí hospicové péče může rozbít strukturování a navyklou hierarchizaci práce

zdravotníků, která brání partnerské spolupráci nejen uvnitř týmu, ale i právě směrem ke klientovi a k podpoře řešení jeho životní situace. Zavedení této metody také může pomoci sociálnímu pracovníkovi rozvinout vlastní odbornost, která sociální práci předurčuje pro působení v hospicové a paliativní péči a tím získat prestiž sociální práci obecně.

Jako koordinátora případu upřednostňuji sociálního pracovníka, i když dle odborné literatury je pro case managera vhodná jakákoli pomáhající profese. V práci koordinátora případu se pracovník zaměřuje na zapojení klienta do procesu case managementu navázáním vztahu založeným na důvěře, na empowerment klienta, na klientovo vztahové prostředí a navázání a udržení vztahů i zde. K takové práci jsou potřeba určité znalosti, schopnosti a dovednosti jako například komunikace, vedení rozhovorů, krizová intervence, doprovázení umírajících, dovednost aktivizovat, uschopňovat a spojovat atd.

Výhody case managementu v DHP převládají nad nevýhodou náročnosti metody na osobnost a vzdělání koordinátora a ladění hranic odborností uvnitř multidisciplinárního týmu v DHP. Ten je podmínkou pro kvalitu poskytované péče a zároveň tak kvalitu života klienta, a proto je významnou výzvou hledání cest, jak tyto kvality zvyšovat, např. posilováním spolupráce klienta a jeho vztahového prostředí v náročné životní situaci, kterou umírání bezesporu je.

Popisem DHP ve dvou zařízeních jsem se pokusila poukázat na rozdíly v praxi práce s umírajícími, byť postavené na stejném vnímání DHP, stejných principech, cílech a posláních hospicové a paliativní péče. Důvod rozdílu vidím právě v úseku spolupracujících či nespupracujících odborností zdravotnických a sociálních, v intenzivnějším či vložném zapojení sociálního pracovníka v týmu do přímé práce s klientem DHP, v nestabilním politickém prostředí, v zákonem nedefinované domácí hospicové péči a na to navazující problematikou financování těchto služeb atp.

Závěr

V úvodu práce jsem si vytyčila otázky, které vyplynuly během 5letého období mé praxe v domácím hospici na pozici koordinátora DHP:

1. Může být sociální pracovník, který je součástí multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči, v pozici koordinátora případu, tj. pověřen vedením případu klienta?
2. Mohla by pro práci multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči být vhodná metoda sociální práce case management, která se logicky nabízí jako spojnice zdravotních a sociálních služeb ve prospěch klienta?
3. Co je úkolem sociálního pracovníka jako koordinátora případu v domácí hospicové péči?

Na otázku, zda může být sociální pracovník, který je součástí multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči, v pozici koordinátora případu, tj. pověřen vedením případu klienta odpovídám: „Ano, je víc než vhodné, aby sociální pracovník, který má v MT DHP nezastupitelnou roli a je nositelem odborností výše uvedených, byl pověřen koordinováním případů klientů v DHP.

Na otázku, zda by mohla pro práci multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči být vhodná metoda sociální práce case management odpovídám: „Case management je pro domácí hospicovou péči vhodná z těchto důvodů:

1. CM je vhodnou metodou pro práci s klientem v jeho přirozeném prostředí.
2. Jádrem CM jako „koordinované spolupráce v rámci případu“ tvoří dle a komplexní, holistický, vstřícný a nehierarchický přístup k práci s lidmi.
3. CM je odpovědí na nespolečenskou spolupráci mezi zdravotními a sociálními poskytovateli služeb, a je tedy uvedením do praxe jejich příkladné spolupráce, která nebude na úkor kvality života klienta.
4. CM se hodí pro práci s lidmi všude tam, kde je do práce zapojeno více osob, zejména odborníků, kteří s klientem spolupracují.
5. CM je přímo zaměřen na klienta s cílem zlepšit koordinaci a kontinuitu péče zejména u osob, které mají více rozdílných potřeb.“

Je třeba uvést, že v počátku poskytování DHP je možné si týmově ujasnit, zda u konkrétního klienta je použití této metody vhodné a jaké důvody jsou proti. Dle stavu klienta a jeho vztahového prostředí je také vhodné to vykomunikovat s nimi. Proti využití CM v domácí hospicové péči se mi v tuto chvíli jeví náročnost časová na navázání vztahů a náročnost na schopnosti, znalosti a dovednosti koordinátora. Z vlastní zkušenosti však vím, že v takové situaci, jakou je umírání, je možné po ošetření nejpálčivějších potřeb, že vyvstanou další potřeby, které i proces navázání vztahu a důvěry urychlí. Jde jen o to, jak sociální pracovník dokáže pracovat s autonomií vlastní, klientovou, a s autonomií jeho ostatních doprovázejících.

Na otázku, co je úkolem sociálního pracovníka jako koordinátora případu v domácí hospicové péči odpovídám: „V různých typech case managementu se může role case managera různě lišit. V DHP si pro case managera představuji několik rolí, které v rámci péče o klienta může zastávat:

- zprostředkovatele a prostředníka mezi:
 - klientem a pečujícími, rodinou, přáteli,
 - klientem (i pečující) a poskytovateli služeb,
 - odborníky navzájem;
- informátora, poradce, obhájce;
- doprovázejícího;
- koordinátora, navigátora.

Jako přínos této práce vidím v ujasnění si, že metoda case management je nejen vhodná pro domácí hospice, ale přímo potřebná. Je případné na implementaci metody case management do domácí hospicové péče intenzivně zapracovat a pro mě osobně je to velká výzva do mé další praxe sociálního pracovníka v DHP. Mojí vizí je oslovení dalších sociálních pracovníků domácích hospiců, kteří pracují s klientem a vytvoření pracovního týmu, který vypracuje metodiku „Case management v domácí hospicové péči.“ Také plánuji oslovit konkrétně Pavla Nepustila s žádostí o podporu a supervidování této skupiny. Pokusím se na takovou činnost napsat projekt, aby byla podpořena i finančně. Je možné, že využiji v této době oblíbený crowdfunding.

Literatura

BUŽGOVÁ, R. Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s 91–95. ISSN: 1213-6204.

DORKOVÁ, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In ŠPATENKOVÁ, N., *et al. O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Semily: Galén, 2014. s. 81–92. ISBN: 978-80-7492-138-4.

DVOŘÁČKOVÁ, D. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s 16-17. ISSN: 1213-6204.

CESTA DOMŮ. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Cesta domů, 2004, 46 s. ISBN 8023943324. Dostupné také na WWW: <url.cz/ltTkC>.

ELICHOVÁ, M. (Ed.) *Pojetí kvality sociální práce. Sborník z konference Pojetí kvality sociální práce v souvislosti se sebedefinováním sociálního pracovníka a jeho pomáhající profese*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2015, 1. vyd. 72 s. ISBN: 978-80-7394-543-5.

Etika a lidská práva v sociální práci. Projekt vzdělávání pracovníků sociální sféry. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008. Dostupný také na WWW: <[mail.vsss.cz/skripta/Blaha/Etika/Etika-a-lidska-prava.pdf](mailto:vsss.cz/skripta/Blaha/Etika/Etika-a-lidska-prava.pdf)>.

JANEBOVÁ, R. (Ed.) *Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2013, 534 s. ISBN: 978-80-7435-259-1.

KALVACH, Z. Paliativní péče. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 144-146. ISBN 978-80-262-0366-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. ISBN: neuvedeno.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. 351 s. ISBN: 80-7367-002-X.

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR ve spol. s MZ ČR, 1998.

PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 140 s. ISBN 80-210-4131-5. ISBN: neuvedeno.

PŘIDALOVÁ, M. Sociální práce v paliativní péči – český kontext. In STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: Nakladatelství H a H Vyšehradská s.r.o., 2006. 7-20 s. ISBN 80-7319-059-1.

RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010. 63 s. ISBN: neuveden.

SLÁMA, O. ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Hospicové a občanské sdružení Cesta domů, 2004. 43 s. ISBN: 80-239-4330-8.

STUDENT, J., CH., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: Nakladatelství H a H Vyšehradská s.r.o., 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s umírajícími v hospici. In. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. s. 195-210. ISBN: 80-7367-002-X.

ŠPATENKOVÁ, N., et al. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*. Semily: Galén, 2014. 315 s. ISBN: 978-80-7492-138-4.

TOMEŠ, I., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova, 2015. 167 s. ISBN: 978-80-246-2941-4.

URBAN, D. Mezioborová spolupráce v praxi sociální práce. In. JANEBOVÁ, R. (Ed.) *Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2013, 123–127. ISBN: 978-80-7435-259-1.

URBÁNEK, L. Revolta sociální práce, aneb jak se věci mají. In ELICHOVÁ, M. *Pojetí kvality sociální práce. Sborník z konference Pojetí kvality sociální práce v souvislosti se sebedefinováním sociálního pracovníka a jeho pomáhající profese*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2015. s. 11–21. ISBN: 978-80-7394-543-5.

Elektronické zdroje

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče [online]. Praha: APHPP ©2010. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://asociacehospicu.cz/>>.

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE. *Standardy hospicové paliativní péče* [online]. Praha: 2016. [cit. 2017-05-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>>.

Bárka – Charitní domácí hospicová péče [online]. Jihlava: Oblastní Charita Jihlava, ©2017. [cit. 2017-06-11]. Dostupné na WWW: <<http://jihlava.charita.cz/barka/>>.

CENTRUM ANABEL. *Metodika multidisciplinární spolupráce* [online]. Centrum Anabel, z. s., 2015, 1. vyd. 32 s. [cit. 2017-05-31]. ISBN: není uvedeno. Dostupné na WWW: <www.anabell.cz/images/obr/1448399496_metodika-multidisciplinari-spoluprace.pdf>.

Cesta domů, zapsaný ústav [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/>>.

CESTA DOMŮ. *Domácí hospic, informace o službě* [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>>.

CESTA DOMŮ. *Etický kodex multidisciplinárního týmu Cesty domů* [online]. [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>>.

CESTA DOMŮ. *Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti* [online]. Praha: Cesta domů, 2011, 2013, 2015, [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/data>>.

CESTA DOMŮ. *Smrt a péče o umírající*. [online]. Praha: Cesta domů ve spolupráci se STEM/MARK, 2011, [cit. 2017-02-28]. Výzkum dostupný na WWW: <<http://www.umirani.cz/data/>>.

CESTA DOMŮ. *Umírání a péče o nevyлéčitelně nemocné II*. [online]. Praha: Cesta domů ve spolupráci se STEM/MARK, 2013, [cit. 2017-02-28]. Výzkum dostupný na WWW: <<http://www.umirani.cz/data/>>.

CESTA DOMŮ. *Výroční zpráva za rok 2015* [online]. Praha: Cesta domů, 2016. [cit. 2017-03-02]. Dostupné na WWW: <<https://www.cestadomu.cz/dokumenty>>.

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [online]. Brno: ČSPM ČLS JEP © 2016. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimedicina.cz/>>.

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS J.E.P. *Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) v roce 2017*. Stanovisko ČSPM. [online]. Zveřejněno: 7. října 2016. [cit. 2017-05-30]. 5 s. Dostupné na WWW: <<https://www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece-mspp-v-roce-2017/>>.

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS J.E.P. *Výsledky jednání na Ministerstvu zdravotnictví*. [online], 2017, poslední aktualizace 06. 01. 2017. [cit. 2017-02-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.paliativnimedicina.cz/vysledky-jednani-na-ministerstvu-zdravotnictvi/>>.

Domáci hospic Vysočina, obecně prospěšná společnost [online]. Nové Město na Moravě: Domáci hospic Vysočina, o.p.s., 2016. [cit. 2017-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.hhv.cz/>>.

GRACIA, J., R. *The Lady and the Reaper* (krátký animovaný film). KANDOR Graphic, 2009. [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://www.youtube.com/watch?v=tnJCFVUghU>>.

JANOŠKOVÁ, M. *Zavádění domácí hospicové péče z pohledu sociální práce*. České Budějovice: 2016, [online]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Vedoucí práce doc. Michal Opatrný, Dr. theol. 68 s. [cit. 2017-5-9]. Dostupné také na WWW: <<http://theses.cz/id/z6ee3r/>>.

KNÁPKOVÁ, M. *Domácí hospicová péče z pohledu rodinných příslušníků pacientů*. Brno: 2003, [online]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií. (nemá číslované stránky) [cit. 2017-2-28]. Dostupné také na WWW: <<http://old.umirani.cz/res/data/006/000737.pdf>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, 2017. [cit. 2017-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://iregistr.mpsv.cz/>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Ministr zdravotnictví: Zakotvíme hospicovou péči do právních předpisů ČR*. [online], 2017, poslední aktualizace 06. 01. 2017. [cit. 2017-02-25]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr_13242_3692_1.html>.

NEPUSTIL, P. Case management jako přirozený způsob práce. *Case management ČR* [online]. 2012, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/11/29/case-management-jako-prirozeny-zpusob-prace/>>.

NEPUSTIL, P. Oddělené světy zdravotních a sociálních služeb. *Case management ČR* [online]. 2014, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2014/01/14/oddelene-svety-zdravotnich-a-socialnich-sluzeb/>>.

NEPUSTIL, P. Proč pracovat s klienty společně? Šest výhod, jedna nevýhoda. *Case management ČR* [online]. 2012, [cit. 2017-05-30].

Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/09/11/proc-pracovat-s-klienty-spolecne-sest-vyhod-jedna-nevyhoda/>>.

NEPUSTIL, P. Předvánoční seminář o case managementu je za námi aneb Pro ty, kdo tam nebyli.... *Case management ČR* [online]. 2012, [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<https://casemanagementcr.wordpress.com/2012/12/19/predvanocni-seminar-o-case-managementu-je-za-nami-aneb-pro-ty-kdo-tam-nebyli/>>.

NEPUSTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M., a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka* [online]. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2013. [cit. 2017-05-30]. 103 s. ISBN: 978-80-7440-076-6. Dostupné na WWW: <<https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/case-management-se-zotavujicimi-se-uzivateli-navykovych-latek/>>.

NEZBEDA, O. *Proč Češi neumírají doma?* [online]. Praha: Cesta domů, 2016, [cit. 2017-02-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>>.

PANCER, V. Vláda schválila plán rozvoje sociálních služeb do roku 2018. *ČTK* [online]. 2017, [cit. 2017-27-02]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/vlada-schvalila-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-do-roku-2018/1452180>>.

Portál umirani.cz. Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2017-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/>>.

PŘIDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu.* [online]. Sociologický časopis, 1998, Vol. 34 (No. 3: 347-361), s 347–361. [cit. 2017-03-02]. Dostupné na WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/uploads/7d2cd500a6dfd2a3e9719063a5c9c0cd6ced8cbf_231_347PRIDA.pdf>.

Sociální práce / Sociálna práca. Praha: Asociace vzdělavatelů pro sociální práci. ISSN: 1213-6204 (Print), ISSN: 1805-885X (Online). Některá čísla dostupná na WWW: <<http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2>>.

SLÁMA, O. a kol. *Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR. Závěrečná zpráva projektu č.23/13/NAP v rámci programu Ministerstva zdravotnictví „Národní akční plány a koncepce“* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2013. [cit. 2017-05-31]. Dostupné na WWW: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2014/04/projekt_dhp_-_zaverecna_zprava1.pdf>.

SOLAŘOVÁ, H. *Case management aneb případové konference v praxi* [online]. 2. přepracované vyd. Pardubice: Benepal, a.s., 2014. [cit. 2017-05-30]. 42 s. ISBN: neuvedeno. Neprodejné. Dostupné na WWW: <www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF>.

STRÁNSKÁ, O. *Vysvětlení pojmů „hospicová“ a „paliativní“ péče.* [online]. Odpověď na dotaz ze dne 15. ledna 2015 v poradně Cesty domů. [cit. 2017-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/poradna/dotaz-5>>.

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management* [online]. Praha: Fokus Praha, sdružení pro péči o duševně nemocné, 2001. [cit. 2017-05-30]. ISBN: neuvedeno. Dostupné na WWW: <www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>.

SZOTÁKOVÁ, M. *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce.* Sociální práce / Sociálna práca, 2014, roč. 14, č. 3, s. 63-80. ISSN: 1213-6204 (Print), ISSN: 1805-885X (Online). Dostupný také na WWW: <<http://www.socialni prace.cz/index.php?sekce=2>>.

THE INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (IFSW). *Global Definition of Social Work.* Definice mezinárodních organizací sdružující sociální pracovníky a jejich vzdělavatele (IASSW a IFSW) v červenci 2014 v Melbourne [online]. 4.3.2015 [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <<http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>>. ŠLAJZ, J. Co je to sociální práce [online]. [cit. 2017-05-30]. Dostupné na WWW: <http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=4985&site=cas>.

Zkratky

APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče
CM	Case management
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (nepoužívám celou zkratku, která je ČSPM ČLS JEP)
DHP	domácí hospicové péče
DHV	Domácí hospic Vysočina, o.p.s.
MT	multidisciplinární tým
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče (projekt ČSPM ČLS JEP se zapojením Všeobecné zdravotní pojišťovny, probíhající od r. 2015, v roce 2017 dále pokračuje navýšením poskytovatelů péče)
NASW	Národní asociace sociálních pracovníků (The National Association of Social Workers)
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHHO	Světová organizace domácích a hospicové péče (World Home and Hospice Care Organization)

Abstrakt

VODOVÁ, M. *Sociální pracovník jako koordinátor případu v domácí hospicové péči*. České Budějovice 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce doc. Michal Opatrný, Dr. theol.

Klíčová slova: domácí hospicová péče, specifika domácí hospicové péče, komplexní pohled na člověka, kvalita života umírajícího člověka, multidisciplinární tým, sociální práce v domácí hospicové péči, case management, koordinátor případu v domácí hospicové péči.

Cílem práce je odpovědět na otázky, které plynou z dosavadní praxe autorky práce v domácím hospici. Může být sociální pracovník, který je součástí multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči, v pozici koordinátora případu, tj. pověřen vedením případu klienta? Mohla by pro práci multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči být vhodná metoda sociální práce case management, která se logicky nabízí jako spojnice zdravotních a sociálních služeb ve prospěch klienta? Co je úkolem sociálního pracovníka jako koordinátora případu v domácí hospicové péči?

Práce nejdříve krátce popisuje specifika domácí hospicové péče a vymezuje relevantní pojmy z oblastí multidisciplinárního týmu. Podstatou spolupráce multidisciplinárního týmu domácí hospicové péče je komplexní pohled na klienta a kvalita jeho života i života jeho blízkých. Práce dále řeší přínosy sociálního pracovníka jako profese pro multidisciplinární tým domácího hospice a otázku jeho úkolů v týmu. Cílem je objasnit a uvést v porozumění potřebnost a pozici sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. Následně se věnuje metodě case management, její použitelnosti v domácí hospicové péči, jejím výhodám a nevýhodám a vyjmenovává úkoly koordinátora případu. Nakonec srovnává praxi ve dvou domácích hospicích v Kraji Vysočina s výše popsanými závěry.

Abstract

Social worker as a coordinator of a home hospice care case

Key words: home hospice care, specifics of home hospice care, complex view of a human being, quality of life of a dying person, a multidisciplinary team, social work within home hospice care, case management, a case coordinator in home hospice care.

The goal of the thesis is to answer the questions that come from author's professional experience in home hospice care. Could a social worker, already a part of a multidisciplinary team, be a coordinator of a case – to be entrusted with a leading role in a case? Would a multidisciplinary team and a client benefit from a social work method case management which appears as a connector of health and social services? What should be the goal of a social worker as a coordinator of a case in home hospice care?

The thesis begins briefly with specifics of home hospice care and defines relevant vocabulary concerning multidisciplinary team. The principle of cooperation of a multidisciplinary team in home hospice care is a complex view of a client and his/her quality of life and his/her close ones. The thesis also addresses the benefits and a role of a social worker as a profession within a multidisciplinary team of home hospice care. The aim is to define and show the necessity and a position of a social worker in multidisciplinary team of home hospice care. Further, it also touches a case management method – its use in home hospice care, its advantages, and disadvantages; it states the duties of a case coordinator. Finally, the paper compares two home hospice care providers in Vysocina County with the findings described above.