



Univerzita Palackého v Olomouci

Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

# **DOPROVÁZENÍ UŽIVATELŮ V PALIATIVNÍ PÉČI A JEJICH PŘÍBUZNÝCH V DS BUCHLOVICE**

**Bakalářská práce**

**Studijní program**

**Sociální práce**

Autor: Alžběta Doležalová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

Olomouc 2024



## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 16. 4. 2024

Alžběta Doležalová



## Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí, paní Mgr. Miroslavě Petřekové, za její odborný dohled při psaní této bakalářské práce, za její rady, připomínky i každou zpětnou vazbu a především za trpělivost a pochopení. Také srdečně děkuji své rodině za obrovskou podporu při studiu, obzvlášť pak v jeho závěru.









# Obsah

1	Rešerše výzkumů a zdrojů k tématu .....	13
2	Paliativní péče .....	15
2.1	Vymezení pojmů .....	15
2.2	Poskytování paliativní péče .....	17
2.3	Rodina jako příjemce paliativní péče .....	17
2.4	Paliativní péče ve stáří .....	19
2.5	Paliativní péče v domovech pro seniory .....	20
3	Propojení paliativní péče se sociální politikou .....	23
3.1	Sociální služby .....	24
3.2	Financování paliativní péče v domově seniorů .....	25
4	Legislativa .....	27
5	Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce .....	29
5.1	Historie paliativní péče .....	29
5.2	Teoretická východiska .....	30
5.3	Role sociálního pracovníka v paliativní péči .....	31
5.4	Metody a techniky práce se seniory .....	32
5.5	Metody a techniky práce s rodinou .....	34
6	Etické hledisko .....	35
6.1	Etika v paliativní péči .....	35
6.2	Institut dříve vysloveného přání .....	36
7	Identifikace problému .....	37
8	Analýza potřebnosti .....	39
8.1	Použité metody získání uvedených dat, vyhodnocení výchozího stavu .....	39
8.2	Příčiny vzniku problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost .....	39
8.3	Příklady řešení dané problematiky v ČR a zahraničí .....	40
8.4	Metoda SWOT analýza .....	42
8.5	Velikost a specifika cílové skupiny vzhledem k řešenému problému .....	43
8.6	Stakeholderi zapojeni do řešení uvedené problematiky .....	44
8.7	Závěr analýzy potřebnosti .....	46
9	Projekt .....	47
9.1	Cíle .....	47
9.2	Realizátor .....	47
9.3	Klíčové aktivity .....	48
9.3.1	Klíčová aktivita č. 1: Přípravná fáze projektu .....	48
9.3.2	Klíčová aktivita č. 2: Rozšíření technického vybavení .....	49
9.3.3	Klíčová aktivita č. 3: Zaškolení personálu v oblasti komunikace s uživateli paliativní péče a jejich rodinou .....	49

9.3.4 Klíčová aktivita č. 4: Pravidelné informační hodiny pro rodinné příslušníky uživatelů v paliativní péči.....	50
9.3.5 Klíčová aktivita č. 5: Vybudování místa pro loučení.....	51
9.3.6 Klíčová aktivita č. 6: Průběžné hodnocení a závěrečné vyhodnocení projektu ....	52
9.4 Časový harmonogram.....	52
9.4.1 Ganttův diagram.....	54
9.5 Rozpočet projektu.....	54
9.6 Přidaná hodnota projektu.....	56
9.7 Management rizik.....	57
Závěr.....	63
Bibliografie.....	65
Seznam obrázků a tabulek.....	71
Seznam příloh.....	72
Přílohy.....	73

# Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá paliativní péčí, jejím zavedením v pobytovém zařízení pro seniory a také možnostmi doprovázení nejen samotných uživatelů zařazených do paliativní péče, ale i jejich příbuzných.

Cílem bakalářské práce je vypracovat projekt pro domov seniorů v Buchlovicích. Ten má zkvalitnit a rozšířit poskytovanou paliativní péči uživatelům domova i jejich příbuzným.

Paliativní péče je mezioborová disciplína dotýkající se sociální a zdravotnické oblasti. Jde o kvalifikovanou podporu lidí s život zkracující diagnózou a jejich rodin. (Kalvach a kol. 2019, s. 14). Tento druh péče se poskytuje v pobytových zařízeních i mobilních typech služeb. Nejčastěji jsou to hospice, ale dnešní trend už zařazuje paliativu i do dalších institucí pracujících s touto skupinou lidí – domovy seniorů, oddělení LDN, nemocnice obecně.

K výběru tématu jsem měla několik důvodů. Paliativní péče je pro mě zajímavým odvětvím, protože se v něm spojují prvky zdravotnické a sociální oblasti. V paliativě vidím důležitou součást kvalitně stráveného života, ať už v sociální službě nebo doma. A také cestu k důstojnému konci života dle mých představ. Zkušenosti s tímto typem péče jsem získala díky studijním praxím a zaměstnání v domově seniorů v Buchlovicích. Právě pro něj jsem se rozhodla projekt vytvořit.

Domov seniorů je svou kapacitou jedním z největších zařízení, které zřizuje Zlínský kraj. A i když se může jeho velikost jevit jako nevýhoda, přesto v ní spatřuji i pozitivní prvky. Zavedenou péčí, se vším co k ní patří, může využít více uživatelů než v menších domovech. Investice do paliativy se vyplatí, protože příjemců péče bude vždy více.

Práce je rozdělena do devíti kapitol, které se snaží poskytnout potřebné informace o paliativní péči. První část je teoretická. Vysvětluje paliativní péči jako pojem. Zabývá se jednotlivými definicemi z literatury, upřesňuje základní pojmy. Shrnuje, co je obsahem poskytování tohoto druhu péče, kdo jsou její příjemci. Zabývá se také problematikou poskytování paliativy v zařízeních sociálních služeb, konkrétně v domovech pro seniory. Dále se věnuje spojení paliativní péče se sociální politikou. Obecněji shrnuje, čím se sociální politika jako obor zabývá a na jakých principech staví, protože i poskytování paliativní péče musí jít ruku v ruce se základními pravidly sociální práce. Kapitola o legislativě a ukotvení péče v zákonných normách ČR navazuje na předchozí kapitolu obecně shrnující systémy pomoci umírajícím a seniorům. Dále najdeme propojení teorií a metod sociální práce s vybraným tématem, historii péče o seniory a tím pádem i historii paliativní péče, teoretická východiska a jednotlivé představitele korespondujících teorií. Etika je důležitou součástí celého konceptu péče. Etickým dilematům se ale můžeme alespoň částečně vyhnout díky institutu dříve vysloveného přání.

Poslední kapitolou teoretické části je identifikace problému. V rámci domova seniorů v Buchlovicích to byla nedostatečná kvalita poskytování paliativní péče. Možností rozšíření a tím i zkvalitnění jejího poskytování se nabízelo hned několik.

Druhá projektová část práce se nejdříve zabývá analýzou potřebnosti, která je důležitá pro ověření si nutnosti projektu, pro nalezení důvodů k jeho realizaci i správnému uchopení všech jednotlivých aktivit a kroků. Projekt vytvořený přímo pro domov má reagovat na individuální potřeby, které uživatelé a jejich rodiny mají. Nastavením klíčových aktivit a jednotlivých jejich kroků chci zaměřit pozornost na každou ze zúčastněných cílových skupin, kterých se paliativní péče v domově seniorů bude dotýkat.

Paliativní péče a její poskytování je stále ještě vyvíjejícím se oborem a nabízí proto mnoho příležitostí ke zlepšování a zdokonalování. Předmětem zájmu nejsou jen samotní klienti, ale také jejich rodiny a blízcí. Pro mě paliativa neodmyslitelně patří ke každé službě, která pracuje s lidmi, u nichž se zhoršování zdravotního stavu předpokládá. Bakalářská práce má sloužit jako podklad pro realizovatelný projekt v konkrétním zařízení.

# 1 Rešerše výzkumů a zdrojů k tématu

## Metodika rešerše

Zdroje k tématu jsem vyhledávala pomocí vyhledávačů odborných textů EBSCO a Scopus a také z elektronické databáze knihovny Univerzity Palackého. Zadávána byla klíčová slova nebo jejich kombinace. Dále jsem prohledala webové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR, Českého statistického úřadu, Asociace poskytovatelů sociálních služeb a Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Počet výsledků vyhledaných prohlížečem EBSCO byl 1042 ( $n_1=1042$ ). Scopus vyhledal celkem 51 zdrojů ( $n_2=51$ ). Vyhledávač knihovny Univerzity Palackého našel odborných zdrojů 475 ( $n_3=475$ ). Dohromady internetové prohlížeče našly 1568 zdrojů. Po odstranění duplicit zůstalo 1482 zdrojů.

Aktuálnost tématu mně potvrdilo množství vyhledaných zdrojů, které se paliativní péčí zabývají. Vyhledávání článků i jiných textů bylo za pomoci klíčových slov snadné. Problematický byl pouze ten fakt, že se jedná o disciplínu mezioborovou, působící na hraně sociální a zdravotní oblasti, proto i terminologie se v některých případech mírně lišila. Nejčastěji šlo o záměnu termínů klient/uživatel/pacient.

Pro úplné obsazení všech kapitol, kterými se absolventská práce zabývá, jsem jako další klíčová slova použila tato: etika v paliativní péči, legislativa, financování péče, metody sociální práce s rodinou/seniory/umírajícími.

Prohledala jsem i jiné internetové zdroje, které se zabývají touto problematikou. Umírání.cz, Péče.cz, Ombudsman pro zdraví.cz, Centrum paliativní péče.cz. Čerpala jsem i z webových stránek sociálních služeb, které paliativu již poskytují.

## Vyřazovací kritéria:

Nejprve jsem vyřadila ty zdroje, které nešlo dohledat v plném znění. Dále jsem si stanovila časové hledisko. Pracovala jsem jen se zdroji od roku 2000. U knih jsem vždy čerpala z nejnovějších vydání. Z odborných článků byly vždy vybírány ty nejaktuálnější. Se starší literaturou jsem pracovala zřídka, a to pouze v případech, kdy neexistoval novější zdroj, nebo se vybrané knihy stále slučovaly s aktuální praxí.

Dalším kritériem byl jazyk, ve kterém byl zdroj napsán. Ponechala jsem pouze ty v češtině, slovenštině a angličtině. Ostatní byly vyřazeny z důvodu nemožnosti překladu pro neznalost jiných jazyků. Z cizojazyčných zdrojů se sice můžeme inspirovat, avšak projekt musí splňovat podmínky, které stanovuje legislativa ČR, a zahrnovat i kulturu a hodnotové nastavení naší společnosti.

Po uplatnění všech kritérií pro vyřazování jsem k psaní této práce použila 61 zdrojů. Jednalo se o odborné knihy, články z odborných časopisů a závěrečné práce.

Celá strategie výběru odborných zdrojů je uvedena v příloze č. 1 PRISMA flow diagram.

### **Závěr:**

Pomocí internetových vyhledávačů jsem našla zdroje zabývající se paliativní péčí a s ní spojených témat. Uplatněním stanovených vyřazovacích kritérií se mně podařilo zkonkretizovat širší výběr odborných zdrojů a nalézt tak ty nejvhodnější pro psaní této bakalářské práce. Do první teoretické části práce jsem se snažila vybrat nejrelevantnější informace o tom, co paliativní péče je a čeho se týká, o jejím poskytování obecně i v sociálních službách a o příjemcích péče. Shrnula jsem ty informace, které jsou důležité pro tvorbu další praktické části a tvoří tak základnu pro sestavení projektu rozšiřující paliativu v domově seniorů. I projektová část se opírá o odborné zdroje. Především o ty, které dokumentují již zrealizované projekty. Rešerší odborných zdrojů jsem si ověřila, že téma je živým problémem, který se dotýká naší společnosti. Vycházím především z velkého počtu vyhledaných zdrojů a jejich aktuálnosti.

### **Klíčová slova**

paliativní péče, umírání, smrt, uživatel, rodina, sociální pracovník, domov seniorů, multidisciplinární tým

## 2 Paliativní péče

Až 69 % obyvatel ČR zemře v nemocnicích nebo na odděleních dlouhodobé péče. Přitom asi 78 % naší populace by si přálo dožít v domácím prostředí. (Umírání, 2023).

Světová zdravotnická organizace se k paliativní péči staví kladně a udává, že chápe umírání jako přirozený proces patřící k životu. Tento proces nechce nijak urychlovat a zároveň se ani nesnaží smrt oddalovat. Zahrnuje veškeré oblasti života člověka a snaží se naplňovat všechny jeho potřeby. Má za cíl vybudovat systematický podpůrný systém pro všechny příjemce péče. Její poskytování nemusí vždy končit smrtí vážně nemocného, ale může dále pracovat s rodinnými příslušníky na vyrovnání se s odchodem blízké osoby.

Tento typ péče chce lidem nabídnout zmírnění utrpení, které s sebou přináší jejich zdravotní stav, naději a posílení smyslu života a zároveň nepřerušování kontaktu s rodinou a blízkými. (Kalvach, 2019, s. 14-15). Principem tedy není setrvání doma až do chvíle smrti, ale spíše podpora důstojnosti a smysluplnosti a stavění sociálních a psychologických aspektů umírání nad ty medicínské.

Tato kapitola se věnuje bližšímu pochopení paliativní péče, protože je nosným tématem celé práce. Snaží se o vymezení pojmů, na kterých tento koncept staví, a vysvětluje je tak, jak jsou pro sociální práci důležité. Chce od sebe odlišit společností zaměřované termíny. Popsat příjemce péče. Pro účely této práce se blíže věnuje stárnoucím osobám, kterým je paliativa v domovech seniorů logicky primárně určena. Zároveň se ale také zabývá rodinou, jako dalším důležitým příjemcem péče. Velmi často totiž může dojít k mylnému přesvědčení, že v případě paliativní péče v domově seniorů není důraz na rodinu a její potřeby tolik důležitý. Dále se zabývá principy poskytování péče a v návaznosti na ně i potřebami, které chce péče naplňovat. Objasňuje funkci multidisciplinárního týmu. Na závěr pak mapuje aktuální situaci poskytování paliativy v domovech seniorů. Všechny podkapitoly přímo směřují k nosnému tématu a mají za úkol napomoci lepšímu uchopení celé problematiky a kvalitnímu zpracování zamýšleného projektu.

### 2.1 Vymezení pojmů

K paliativní péči se pojí mnoho termínů. Pro účely této práce byly vybrány ty, které se logicky pojí s poskytováním péče v domovech pro seniory, a proto je nutné je vysvětlit.

Hospicovou péčí rozumíme tu péči, kterou poskytuje hospic – zařízení specializované pro nemocné osoby v terminální fázi života. Hospicová ale není synonymum pro paliativní. Pojmy přesto nelze úplně oddělit, protože hospice paliativní péči přímo poskytují. (Péče, 2023). Terminální péče je pak časově poslední službou

umírajícímu. (Haškovcová, 2000, s. 34). V domovech pro seniory tedy můžeme zavést paliativní péči a v rámci ní být schopní poskytnout péči terminální.

Příjemci péče neboli uživatelé jsou osoby se smrtelným onemocněním, osoby ve stavu ohrožení života, jejich blízcí příbuzní, a také lidé, kteří prodělali ztrátu blízkého člověka. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007, s. 5-11). Jiní autoři zahrnují do této skupiny i potenciální uživatele péče, pečující osoby, dále organizace reprezentující zájmy uživatelů péče, členy veřejnosti, kteří se jakýmkoli způsobem podílí na osvětě v dané oblasti nebo na tvorbě kampaní. Z tohoto hlediska je pak potenciálním příjemcem paliativní péče každý z nás. V případě domova pro seniory se za příjemce péče považují uživatelé, jejich rodiny a zaměstnanci, jako jsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

Potřeby umírajících můžeme rozdělit na biologické (strava, spánek, tlumení bolesti, dotyk, pohyb), psychické (zvládnutí strachu, důstojnost, kontakt s blízkými), sociální (udržování vztahů, přijetí od okolí, vyřízení osobních záležitostí), a spirituální (nalézání smyslu, meditace, účast na bohoslužbách a jiných aktech). Lidé nevyčerpitelně nemocní mají individuální potřeby, které se od sebe mohou lišit. Přesto se některé z nich ve výzkumech často opakují. Především jde o tlumení bolestí a mírnění utrpení. Neprodávování předsmrtné fáze a nebránění smrti. Nepřerušování kontaktu s rodinou, neodloučenost, důstojnost, soběstačnost, bezpečnost. Potřeby uživatelů paliativní péče se s předešlými shodují, ale navíc obsahují i blíže specifikované potřeby v oblasti samotné péče. Patří sem kvalitní a kvalifikovaná paliativní zdravotní péče. Poskytování péče v místě, kde si to umírající přeje. Zapojení umírajícího do poskytované péče a bezpečná konzultace. Empatie v komunikaci s blízkými osobami. Umožnění smíření se a rozloučení se s druhými. Spirituální podpora dle přání příjemce. Specializovaná pomoc v oblasti vypořádání osobních záležitostí včetně poslední vůle. (Kalvach, 2019, s. 14-20). Individualita každého člověka nás ale nutí potřeby umírajících nezobecňovat, protože i stejná potřeba může mít různé podoby. Potřeby jsou pak nejdůležitějším aspektem správného nastavení ošetrovatelské péče. Musíme je znát, abychom pomohli s řešením problémů, které jsou pro dotyčného zásadní. A konečně, jen díky správné identifikaci potřeb může být poskytování paliativní péče kvalitní. (Špatenková, 2010, s. 81-87).

Dobře poskytovaná péče musí zohledňovat všechny aspekty klientova utrpení. Ideální je práce v tzv. multidisciplinárním týmu. Do něj zahrnujeme lékaře, zdravotnický personál, ošetrovací personál, sociálního pracovníka, psychologa, psychiatra, duchovního a další specialisty dle klientovy potřeby. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 27). V rámci domovů pro seniory ale není pravidlem, že máme k dispozici všechny vyjmenované odborníky. Pak je ale dobré, v případě potřeb uživatel nebo jejich rodin, být schopní zajistit potřebného specialistu.



## 2.2 Poskytování paliativní péče

Obecně můžeme říct, že paliativní péče v České republice je poskytována ve dvou formách. Jejich praktická aplikace se odvíjí od zdravotního stavu příjemce péče a od jeho individuálních potřeb. Domácí paliativní péče nabízí možnost péče o umírajícího v domácím prostředí. U tohoto typu je však důležitým prvkem zapojení blízkých osob, které taktéž aktivně pečují. Paliativní péče poskytovaná v rámci pobytové služby nabízí symptomatickou léčbu v konkrétním zařízení, do kterého se příjemce péče musí přestěhovat. I tak tyto služby přislíbují zachování soukromí, individuální denní režim, dle přání uživatele a možnosti neustálého kontaktu s rodinou. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 194-196).

Mezi zařízení, které paliativní péči poskytují, patří hospice. Tato služba může mít formu pobytového zařízení, nebo mobilní služby působící přímo v domácnosti uživatele. Službu vykonávají kvalifikované týmy odborníků. V poslední době se ale paliativní péče začíná zavádět i v zařízeních sociálních služeb nebo na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení (nemocnice, LDN, psychiatrické léčebny). Důležitými poskytovateli se tak stávají i domovy pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením.

Populace stárne, dle ČSÚ je seniorská skupina jedinou, která do budoucna stále poroste. Podle předpokladů a neustále rostoucího indexu stáří bude celou druhou polovinu tohoto století 2,5x více seniorů než dětí do 15 let věku. Služby poskytované seniorům přestávají kapacitně stačit. Čekací doba na umístění v zařízení pro seniory se pohybuje od dvou měsíců do tří let. V návaznosti na tato fakta zaznamenáváme i rostoucí počet zdravotnických a sociálních zařízení poskytujících ošetrovatelskou péči. A v dnešní době i péči paliativní. I proto je také stále větší potřeba kontrolovat kvalitu poskytované péče, aby se slučovala s českými i evropskými standardy. Vznikají projekty, které chtějí vytvářet a testovat nástroje, kterými se kvalita paliativy bude dát hodnotit. (Centrum paliativní péče, 2023).

## 2.3 Rodina jako příjemce paliativní péče

Smrt, nebo očekávání smrti blízké osoby je vždy velkým zásahem do života člověka. Život pozůstalých prochází radikální změnou. Ztráta nebo vidina brzké ztráty nevzbuzují u blízkých osob pouze silné emoce, ale narušují i jejich vlastní identitu a integritu, projevuje se i do aktuálních vztahů a nabourává jejich jistotu a pocit bezpečí.

Pro nemocného člověka, stejně tak jako pro starého, je rodina důležitým zdrojem, ze kterého lze čerpat péči zdravotní, sociální i emociální a tyto složky jsou pilíři potřeb jistoty a bezpečí. Vědecké studie prokázaly, že lidé se zhoršeným zdravotním stavem v optimálně

fungujícím rodinném prostředí se cítí lépe a svým způsobem i zdravěji, než lidé bez závažného problému, kteří žijí sami. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 251-252).

Nevyčleňovat rodinu z paliativní péče je v souladu s jejími základními principy. Nicméně se s tímto problémem setkáme a to nejčastěji při poskytování péče v pobytové sociální službě. Nelze však říct, že na vině je vždy přímo služba nebo její zaměstnanci. Vyčlenit se můžou i sami blízcí, protože umírání a smrt je pro řadu lidí stále obávaným tématem. Nejzákladnějším předpokladem dobrého zvládnutí ztráty blízkého je otevřená a upřímná komunikace mezi jednotlivými členy rodiny. Pravdou zůstává, že se o smrti a umírání v naší společnosti mluví poměrně málo a u lidí vznikají již v dětství bariéry, které jsou přenášeny i do dospělosti. (Kupka, 2014, s. 335-341). Paliativa tedy počítá s nástroji a formami pomoci určenými přímo pro rodinu a blízké.

Pro správné poskytování paliativní péče musí mít služba metody na pomoc a podporu jak umírajícím, tak jejich blízkým. Je pro obě strany důležité najít odpovědi na otázky, které vyvstávají z kritických situací, jako je i blížící se smrt blízké osoby. Laická veřejnost takovou pomoc poskytnout většinou neumí a uchyluje se k nesmyslnému utěšování. Podporu může poskytovat prakticky kdokoli a to nejčastěji v těchto oblastech:

- psychické
- pragmatické
- informační
- ekonomické.

Pomoc však může být mnohem rozsáhlejší a zahrnovat nespočet různých aktivit. Pokud by však nabízená podpora nebyla dostačující, což se v rámci standardních sociálních služeb dá předpokládat, pak se jako neoptimálnější zdá být pomoc od profesionálů. I v ČR můžeme nalézt poměrně rozsáhlou síť služeb poskytujících lidem psychosociální péči. (Špatenková, 2023, s. 15-32).

Při správném poskytování péče by naší pozornosti neměly uniknout ani sociální aspekty nemoci. Jako jsou sociální vztahy nebo sociální kontext života všech zúčastněných. V praxi je třeba s blízkými aktivně pracovat, i přesto, že stárnoucí člen rodiny je uživatelem pobytové sociální služby. Faktem zůstává, že v naší rozvinuté společnosti je nízká porodnost a zároveň zvyšující se věk dožití. Tento jev redukuje počet potenciálních pečujících. Rodina pak převádí veškerou starost o stárnoucího člena rodiny na instituce. Stále více se tak u uživatelů pobytových sociálních služeb setkáváme s utvářením si pevných až rodinných vazeb s profesionálním personálem. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007, s. 32-34). To se týká i domova seniorů v Buchlovicích. Z rozhovorů s personálem vyplývá, že nejčastěji se tak děje u seniorů, kteří nemají vlastní děti nebo jiné blízké příbuzné, nebo jejich rodina bydlí ve velké vzdálenosti a frekvenci návštěv za kalendářní rok lze počítat v jednotkách.

## 2.4 Paliativní péče ve stáří

Pod pojmem paliativní péče si většina obyvatel ČR představí péči spojenou s nevléčitelně nemocnými onkologickými pacienty. Avšak onemocnění, ke kterým poskytování této péče patří, je velká škála. Dle Stoličky a Bužgové jde především o správné a včasné poskytování paliativní péče osobám se stařeckou demencí. (Praktický lékař, 2012, s. 346-351). Umírání je často vnímáno jako krátké časové údobí a paliativní péče tak může být zaměňována za péči terminální. Období umírání je však mnohem delší a reálně se nedá časově omezit, stejně jako poskytování paliativní péče. Ta má zajistit komplexnost poskytované péče a především její kvalitu, ať už se jedná o dny nebo léta. (Péče.cz).

Dle Ondrušové a Krahulcové (2019), z psychosociálního hlediska proces umírání začíná ve chvíli, kdy se pacient dozví svou diagnózu, která je neslučitelná s životem, a začne se cítit ohrožený. V přeneseném významu lze tedy říct, že člověk, který dosáhne seniorského nebo obecně vyššího věku, si bezpodmínečně musí začít uvědomovat svou smrtelnost a může se cítit stejně jako pacient s nevléčitelnou nemocí. S ohledem na individualitu každého člověka nelze určit přesný moment tohoto jevu.

Senioři se také mohou častěji dostat do situace tzv. sociální smrti. Tento termín označuje stav, kdy člověk pociťuje samotu, přeruší se mu veškeré mezilidské vztahy, přemáhá ho pocit vyčlenění ze společnosti. Takový člověk je zoufalý, bez naděje na zlepšení. Sociální smrt průkazně urychluje smrt biologickou. Dle Robertsové nastává ve chvíli, kdy kvalita života seniora přestane být uspokojivá. (Sociální práce, 2010, s. 138-143). Kvalitu života lze měřit pomocí hodnotového nastavení každého seniora a jeho spojení s tím, jak je daný senior spokojený s vlastním životem. Měření lze v tomto smyslu zaměnit za posuzování. Problémem zůstává fakt, že většina seniorů není schopná vyjádřit svůj postoj, potřebu, citění. (Tokárová, Kredátus, Frk a kol., 2005, s. 322-325).

Stáří je pro většinu osob velkou životní změnou. Navyklý způsob života se výrazně mění a nese s sebou zpomalování životního tempa, úbytek sil, zhoršování zdravotního stavu. (Dvořáčková, 2012, s. 14-33). Z různých zdrojů můžeme vyčíst, že potřeba je především motiv k jednání. Pokud se zaměříme přímo na osoby staršího věku, pak zásadní je potřeba bezpečí nebo jistoty, stability a spolehlivosti. Zjednodušeně řečeno, důležité jsou pro seniory ty potřeby, o kterých mají pocit, že jsou ohrožené.

Vyrovnaní se s vědomím vlastní smrti je velmi individuální proces, který je ovlivněn řadou faktorů. Samotné smíření je ale pro všechny obtížné. Lidé se bojí utrpení a nejen toho tělesného. Dle Dvořáčkové je největším utrpením pro starého člověka ztráta vlastní důstojnosti. To může být důsledek obecného přesvědčení společnosti, že ztráta soběstačnosti uvrhne člověka do nedůstojného postavení.

Paliativní péče určená pro seniory se nijak neliší od obecně poskytované paliativní péče nevléčitelně nemocným osobám. Stáří s sebou nese chřadnutí, ztrátu soběstačnosti nebo multimorbiditu, a je logické, že nelze očekávat rapidní zlepšování stavu. Avšak na

rozdíl od onkologických nebo chronických pacientů, při poskytování péče seniorům, nelze dopředu stanovit příčinu a přibližnou dobu smrti. (Sue Ryder, 2024).

## 2.5 Paliativní péče v domovech pro seniory

Poskytování sociálních služeb se od minulosti razantně změnilo. Dřívější model poskytování služeb pro osoby handicapované, staré nebo umírající stál na izolaci těchto lidí v ústavech, mimo veřejné dění. Státní domovy seniorů byly jedinou existující institucí a ubytování v nich se týkalo nejen nesoběstačných seniorů, ale i těch, kteří řešili spíše bytovou krizi. Péče byla nekvalitní, často neposkytována dle zásad ošetrovatelského procesu, docházelo tak k odlidšťování a porušování práv seniorů. (Malíková, 2020, s. 26-27). Dnešními trendy v poskytování sociálních služeb jsou především deinstitucionalizace, tedy přechod od ústavní péče k péči v přirozeném prostředí, a transformace. Ta spočívá v přeměně stávajících sociálních služeb v služby jiného druhu poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících jejich sociální začleňování. (MPSV, 2023).

Domovem pro seniory rozumíme službu, která je poskytována dlouhodobě. Zahrnuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí základních úkonů péče o sebe sama, pomoc při hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Nabízí terapeutické a aktivizační činnosti. Poskytuje pomoc při uplatňování práv uživatelů a obhajobu jejich zájmů. Služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, a jejichž situace si žádá pomoc jiné osoby. (MPSV, 2023). Dle ČSÚ pouze 1% seniorů, tedy asi 11 tisíc, ve věkové kategorii 65-74 let žije v nějakém zařízení poskytující sociální služby. Avšak s rostoucím věkem roste i počet seniorů žijících v pobytové službě pro seniory. Ve věkové kategorii nad 85 let je to již 12%.

Systém sociálních a zdravotnických služeb funguje v naší zemi v podstatě odděleně, přitom potřeba spolupráce je nezbytná. (Průša a kol., 2021, s. 13-16). Paliativní péče vyžaduje poměrně úzké propojení obou oborů. Právě v tom je shledáván zásadní problém kvalitně a především komplexně poskytované péče. V pobytových zařízeních, nejen pro seniory, je ze zákona stanovena tvorba individuálního plánu (dále jen IP) a plánu péče (dále jen PP). Pro sestavení IP je třeba zjistit potřeby a také zdroje a limity uživatele, a v návaznosti na ně pak stanovit osobní cíl. Potřeby seniorů jsou již rozebrány v předchozí kapitole. Je třeba si ale uvědomit, že uspokojení potřeb jednoho uživatele nesmí mít špatný dopad na ty ostatní nebo na jeho okolí a musí být v souladu se zákonem. Potřeby jsou vysoce individuální. Ošetrovatelský plán nebo také PP musí být nastaven tak, aby především vyhovoval uživateli, a zároveň splňoval podmínky ošetrovatelského procesu. PP nemá zahrnovat pouze konkrétní zdravotní problematiku dotyčného, ale má být smysluplným celkem pro celou oblast zdraví uživatele. (Malíková, 2020, s. 155-197).

Domovy seniorů a jim podobná zařízení se řadí mezi celosvětové programy na podporu jedince, rodiny i společenství, i když se to tak na první pohled nemusí zdát, nebo to společnost takto nevnímá. Primárně tyto služby chtějí podporovat život, jeho kvalitu, naplňování potřeb. Avšak instituce, které poskytují péči lidem vyššího věku, musí čelit i jiným otázkám v oblasti závěru života. Stárnutím populace se výrazně změnila i struktura uživatelů domovů pro seniory. V posledních deseti letech přibývá seniorů s potřebou náročné a stálé péče, do které musíme zahrnovat i umírání a smrt. Dlouhodobým řešením není vyčlenit z péče problémy spojené s poslední etapou života. (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 23-24).

Celý proces zavedení paliativní péče do již existujícího zařízení stručně shrnuje schéma v příloze 2. V první fázi jde o mapování prostředí. Ve službě si nejprve musíme zformovat určitou představu o poskytování paliativní péče. Bez vize nelze pokročit do dalších fází. Dále se zaměříme na vnitřní prostředí – lidské i materiální zdroje, intenzita kontaktu s příjemci péče. Zmapováním vnějšího prostředí pak dostaneme informace o dostupnosti péče, podpoře následného rozvíjení a další informace nutné k realizaci. Příprava na poskytování péče je další důležitou součástí celého procesu. Do této oblasti zahrnujeme i budování paliativního týmu. Je třeba sjednotit terminologii, vymezit si základní kompetence jednotlivých rolí v týmu, vytvořit podmínky pro rozvoj kompetencí a učení se. Nedílnou součástí je zamyšlení se nad ekonomickými aspekty péče. Smyslem nastavení si procesů je především podpora celého paliativního týmu a jeho jednoty ve vizi poskytování péče. Poskytnutí bezpečného prostoru a jasných pravidel pro pracovníky. Nastavení komunikace s příjemci. Způsob reflexe a hodnocení průběhu poskytování paliativní péče. Poskytování paliativní péče není jednorázovou záležitostí. Proces jejího zdokonalování nikdy nekončí a od začátku je nutné uvažovat i nad udržitelností poskytování péče ve vybrané službě. Udržitelnost stojí na pěti základních aspektech: personálu, procesech, strukturách, financích a čase. (Pechová, Lejsal a kol., 2020, s. 85-173).



### 3 Propojení paliativní péče se sociální politikou

Sociální politika obecně je politikou směřující k člověku, rozvoji jeho osobnosti i životních podmínek. Je součástí společenského celku a v moderních vyspělých kulturách má nezaměnitelné místo. Rozvíjí sociální sféru společnosti a hledá odpovědi na otázky, kterými se jiné oblasti nezaobírají. Problémem zůstává definice sociální politiky. Hlavní roli zde hraje multidisciplinárnost oboru, protože sociální politika zahrnuje více vědních oborů, jako jsou ekonomie, právo nebo sociologie. Také ale můžeme najít podmíněnost kulturou nebo historií dané země. (Krebs, 2015, s. 17-19). Sociální politika směřuje k zabezpečení sociálního bezpečí a sociální suverenity obyvatel. Tyto dva pojmy považujeme za základní potřeby lidské existence. Pokud se je pokusíme propojit s paliativní péčí, pak v rámci sociální suverenity můžeme narazit na otázky ohledně financování paliativní péče nebo způsobu jejího poskytování. Sociální bezpečí by zase zahrnovalo přístup seniorů k paliativě a podporu pro ně i jejich rodiny.

Při výkonu všech aktivit sociální politiky, které mají za úkol ovlivňování sociálního systému, se musí respektovat základní principy. V paliativě narážíme na princip sociální solidarity, který tvrdí, že společnost by měla nést společnou odpovědnost za ty, kteří potřebují péči v konečné fázi života i jejich rodin. Solidarita pak může být realizována prostřednictvím veřejných zdrojů financování paliativní péče a sociálního zabezpečení pro uživatele a jejich blízké. Princip sociální spravedlnosti zase vyžaduje, aby byly poskytovány stejné příležitosti a péče všem lidem bez ohledu na jejich sociální, ekonomický nebo zdravotní status. V kontextu paliativní péče to znamená zajištění dostupnosti a kvality péče pro všechny bez ohledu na jejich finanční situaci, místo bydliště nebo kulturní pozadí.

Subjekty sociální politiky jsou ustálené seskupení lidí, kteří iniciují a řídí procesy uvnitř systému. Všechny aktivity musí být cílené a systematické. Za subjekty můžeme považovat občany, rodiny, církve, sdružení, neziskové organizace, firmy, obce, kraje i stát. (Tomeš, 2010, s. 101-104). V jiné literatuře můžeme najít termín aktéři sociální politiky, který je pro subjekty synonymem. Úsilí subjektů je nasměrováno k lidem a jeho příjemci jsou označovány jako objekty sociální politiky. Objekt neznámá vždy jen jedinec, ale může označovat celou skupinu lidí. Předmětem sociální politiky je sociální solidarita. Tu prokazujeme tak, že něco někomu poskytujeme, někoho před něčím chráníme, v něčem ho podporujeme atd. Reagujeme tím na jeho lidské potřeby.

Riziko, v obecném pojetí, je možnost, že s určitou pravděpodobností vznikne událost, kterou považujeme z bezpečnostního hlediska za nežádoucí. (MVČR). Sociální riziko už označuje riziko, které je společensky uznané za objektivní a zasluhující si pozornost. Důležité rozdělení sociálních rizik je pak na ta, která jsou důsledkem úkonu postiženého jedince a ta, která jsou objektivními událostmi. Pakliže je sociální riziko předmětem celospolečenského zájmu, stává se z něj sociální událost.

Stáří je sociální událostí, kterou se společnost zabývá asi od 18. století, avšak v dnešní době je stále více aktuální. Stárnutí obyvatelstva není problém jen naší republiky, ale celé Evropy. Nelze zapomenout, že jde o přirozený proces v životě člověka. Cílem sociální politiky v této oblasti je ekonomické zabezpečení a také poskytování dostatečného množství sociálních služeb, které mají život seniorů ulehčit a zpříjemnit. V ČR vychází systém zabezpečení z Listiny základních práv a svobod, ve které je deklarováno právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří. Dále z důchodového pojištění, které je upraveno zákonem o důchodovém pojištění. Ten jasně stanovuje podmínky nároku na starobní důchod. A pro seniory nedosahující na starobní důchod pak čerpá pomoc z oblasti sociální péče, přímo z dávek hmotné nouze, které se přiznávají dle zákona o pomoci v hmotné nouzi. (Tomeš, 2011, s. 169-182).

Podpora pozůstalým je naopak stará instituce. Historicky se ale věnovala spíše sirotkům. Cílová skupina dnešní politiky jsou pozůstalí v prvním nebo maximálně druhém pokolení. Cílem podpory je finančně přispět na pohřeb zesnulého nebo zabezpečit důstojnou životní úroveň pozůstalých. Právní rámec pro pomoc pozůstalým vychází ze sociálního pojištění, kde pozůstalostní důchody a nárok na ně upravuje zákon o důchodovém pojištění. Dále pak ze zákona o státní sociální podpoře, a to přímo z dávek pohřebního. Nebo v nejzazším případě ze sociální péče a dávek hmotné nouze.

### 3.1 Sociální služby

Sociální služba je označení pro druh sociální péče, která je poskytována konáním státní instituce ve prospěch jiné osoby. Nebo v širším pojetí jde o odbornou činnost sociálních pracovníků ve prospěch občanů v nepříznivé sociální situaci. (Tomeš, 2010, s. 38). Sociální služby dělíme do tří základních skupin – služby sociálního poradenství, sociální prevence a sociální péče. Formou sociální služby pak rozumíme to, zda je terénní, ambulantní nebo pobytová.

Poskytování sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ten stanovuje pro koho je služba určena a jaké jsou její základní činnosti.

Pro cílové skupiny seniorů a umírajících existují tyto sociální služby: osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

Domov pro seniory je pobytové zařízení sociální péče. Služba je poskytována osobám, které z důvodu věku mají sníženou soběstačnost. Poskytuje ubytování, stravu a pomoc při zvládnutí všech úkonů péče o svou osobu.

Zařízení sociální péče v Buchlovicích je zároveň domov seniorů a domov se zvláštním režimem. Z dřívější nemocnice a chudobince se stal po rekonstrukci v roce 1995 domov pro seniory. Domov se zvláštním režimem zde funguje od roku 2011 a vznikl



přestavbou jednoho stávajícího oddělení. Celý domov s kapacitou 208 lůžek je jednou z největších sociálních služeb v kraji. (Sociální služby Uherské Hradiště).

### **3.2 Financování paliativní péče v domově seniorů**

Paliativní péči lze financovat pomocí některých sociálních dávek. Příspěvky na péči jsou dávky určené pro osoby se sníženou soběstačností. U seniorů lze tuto skutečnost z důvodu vysokého věku a zhoršujícího se zdravotního stavu předpokládat. Příspěvek lze přiznat osobě, která není schopná samostatně uspokojovat své životní potřeby a vyžaduje pomoc druhé osoby. Příspěvek lze využívat na úhradu sociální služby nebo jako peněžní odměnu pečujícímu. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 42-43). Výše příspěvku vychází z přiznaného stupně závislosti. Zákon stanovuje 4 stupně závislosti, přitom ještě rozděluje příjemce pod 18 a nad 18 let. Přesné částky příspěvků v jednotlivých stupních jsou v příloze 4.

Senioři mohou také čerpat dávky určené primárně osobám se zdravotním postižením. Jsou to příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

Jelikož je paliativní péče nejen sociální, ale také zdravotnickou službou, k úhradě se dají využít i prostředky ze zdravotního pojištění. (VZP ČR). To je ostatně uvedeno i v zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Paliativní péči řadí zákon do zvláštní ambulantní péče, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí pojištěnce.

Financování sociálních služeb, tedy i domovů pro seniory je vícezdrojové a zahrnuje dotace z ministerstva práce a sociálních věcí, úhrady od klientů, příspěvky na péči, kraje a obce, finance od zdravotních pojišťoven a ostatní zdroje. Ostatní finance získávají služby od soukromých dárců nebo firem. V případě, že paliativa je v domově pro seniory zavedena, její financování probíhá souběžně s financováním veškeré péče. (MPSV).

Domov seniorů v Buchlovicích patří pod příspěvkovou organizaci Sociální služby Uherské Hradiště. Ta finance získává také z více zdrojů. Největší část tvoří výnosy z prodeje služeb a potom dotace od zřizovatele, kterým je Zlínský kraj. Další zdroje tvoří ostatní příspěvky a dotace, výnosy z investic, finance z peněžních fondů a ostatní výnosy.



## 4 Legislativa

Stěžejních zákonů pro sociální práci a obecně sociální oblast je celá řada. I přes vysokou úroveň sociálního zabezpečení v naší republice je paliativní péče stále nedostatečně zakotvená v jakýchkoliv zákonech. A s tím se pojí i její nejednotná definice, nedostatečná dostupnost nebo problém s financováním péče. I tak ale můžeme nalézt zákony, ze kterých lze při poskytování vycházet. Paliativní péče je poskytována na hranici sociální a zdravotnické oblasti, proto musíme čerpat ze zákonů týkajících se obou těchto sfér.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je platný od 31. 3. 2006 a účinnosti nabyl 1. 1. 2007. Celý zákon se skládá z 11 částí. Předmětem úpravy jsou podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci. Dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka na všech možných pozicích. Posláním zákona je chránit práva lidí, kteří to z důvodu zdravotního nebo věkového omezení nezvládnou sami. Vytvořit právní systém pro vztahy nezbytné k poskytování pomoci a podpory. Vydefinování práv a povinností nejen fyzických osob, ale i obcí, krajů nebo poskytovatelů služeb. (Malíková, 2020, s. 38-39). Zákon také vymezuje podmínky poskytování všech sociálních služeb, včetně domova pro seniory a stanovuje jeho základní činnosti. Stanovuje podmínky nároku na příspěvky na péči, kterými si pak uživatelé domovů pro seniory financují službu.

K péči o seniory se pojí vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Určuje například maximální výši úhrady za poskytování sociální služby. Popisuje základní činnosti u jednotlivých sociálních služeb. Stanovuje náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách. Dále vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006., kterou se mění některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Ta obsahuje pouze malé změny předchozí vyhlášky.

Další důležitou listinou je Listina základních práv a svobod: ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Tato listina je součástí ústavního pořádku ČR. Najdeme v ní obecná lidská práva a svobody všech občanů, politická práva, menšinová práva nebo právo na soudní ochranu. V souvislosti s poskytováním paliativy můžeme vyzdvihnout tato ustanovení.

- Každý je způsobilý mít práva. – Tedy i umírající nebo senior.
- Nikdo nesmí být zbaven života. – Paliativní péče sice nemá v úmyslu smrt uživatelů oddalovat, v žádném případě však nepodporuje ani její urychlení. (viz kapitola 2)
- Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. – Základní princip poskytování paliativní péče.

V oblasti důchodů, vzniku nároku a podmínek pro vyplácení se řídíme zákonem č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. Tento zákon upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele.

Nárok na příspěvky pro osoby se zdravotním postižením, na které mohou dosáhnout i lidé seniorského věku, se řídí dle zákona č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Dávky jsou určeny ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování. Dávky hmotné nouze, vyplácené seniorům bez nároku na starobní důchod, jsou řízeny dle zákona č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi.

Paliativní péče je v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definována jako péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí. Dále zákon ustanovuje Institut dříve vysloveného přání, který je při práci s umírajícími velmi zásadní. Jde o dříve vyslovené přání člověka, u kterého může zhoršení zdravotního stavu znemožnit pozdější vyjadřování se k léčebnému procesu apod. Více rozvedeno v kapitole 6.2.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů vymezuje paliativní péči jako jednu ze zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

## 5 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce

Sociální práce se v našem světě uskutečňuje ve třech základních dimenzích.

- Mikro systém je zaměřený na přímé poskytování sociální pomoci, zmocňování klientů a pomoc při čerpání služeb.
- Mezo systém řeší sociální problémy na úrovni rodiny nebo komunit. Má za úkol pomáhat s řešením problematiky obcí a navíc chce formovat funkční sociální systém služeb.
- V makro systému se setkáváme s reformací společenského prostředí, aktivní změnou sociálního systému k lepšímu a vytváření nových forem pomoci. (Fabián, 2021, s. 30-31).

Stejně tak paliativní péči můžeme rozčlenit do jednotlivých systémů a vytvořit z ní smysluplný celek, který pomáhá nejen přímo umírajícímu, ale má snahu změnit vnímání smrti na všech úrovních.

### 5.1 Historie paliativní péče

Schopnost společnosti postarat se o své staré nebo nemocné vždy vypovídala o její úrovni a vyspělosti. Tradičně péči o staré a umírající zajišťovala rodina. I tak mnoho z nich skončilo na okraji společnosti a umírali v chudobě. Trend se začal měnit v krizových dobách, kdy z ekonomických důvodů vyvíjely rodiny tlak na stát, aby starost přebíral. Péči o staré lidi z historického hlediska můžeme charakterizovat tzv. vývojovou triádou – charita, obec, stát. (Haškovcová, 2010, s. 182-184).

Na přístup ke smrti a umírání měla vždy vliv i kultura. Ale ve většině rozvinutých zemí se tato témata poměrně tabuizovala. Vinu na tom nese neustále zdokonalující se medicína a její zaměření na mládí, zdraví a neustálý boj o ohrožený život a také zvyšující se věk dožití. Zrychluje se doba a zrychlení má vliv i na pohřební rituály. Smrt a s ní spojený pohřeb se stává předmětem byznysu. Zkracuje se doba truchlení a vypořádání se s odchodem člověka z tohoto světa. (Kupka, 2014, s. 17-20).

Vznik paliativní péče datujeme do 50. let 19. století, kdy byl v roce 1847 ve Francii založen první hospic. Na formulování pevných zásad měla po 2. světové válce významný vliv Cicely Sandersová z Velké Británie. Především propagovala zájem o pacienty, kterým rychle se zdokonalující medicína stejně nedokázala pomoci. Pojem paliativní péče prošel také v historii obměnou. Definice z r. 1987 říká: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*“ (Umírání, 2023). Až v roce 2002 inovuje definici WHO (Světová zdravotnická organizace). Původně

se péče týkala onkologicky nemocných pacientů. Dnes diagnóza nijak neomezuje ani neurčuje její poskytování.

## 5.2 Teoretická východiska

Koncepčně vychází paliativní péče především z humanistické psychologie. Ta má svůj původ v 50. letech minulého století. Za svůj cíl si klade především snahu o psychologický antropocentrismus, tedy skutečnou charakteristiku psychologie člověka a jeho problémů. (Kelnarová, Matějková, 2011, s. 16). Vývoj člověka je dle humanistických psychologů podněcován touhou nebo snahou po seberealizaci.

Významným představitelem byl Arnold Harold Maslow. Ten tvrdí, že základem této psychologie je sebeaktualizace a seberealizace. Na rozdíl od svých předchůdců se zaměřoval více na mentální zdraví, a co k němu vede, než na psychické poruchy. Východiskem jeho teorie lidských potřeb bylo 5 skupin cílů, které označil za základní lidské potřeby a seřadil je do tzv. pyramidy (příloha 3). Potřeby na vyšších pozicích můžou být uspokojeny až po těch předcházejících. Zjednodušeně, nejnaléhavější potřeby ovládnou lidskou mysl natolik, že vytěsní myšlenky na vyšší cíle. (Plháková, 2000, s. 218-220). Spojitost s paliativní péčí je evidentní. Potřeby umírajících jsou seřazeny do obdobné hierarchie. Uspokojením potřeb na nižších úrovních můžeme člověku pomáhat prožít smysluplný konec svého života. Pokud ale uživatel trpí abnormálními bolestmi, není schopen myslet na nic jiného.

Carl Ransom Rogers staví svou terapii na pojmu „self“ neboli sebepojetí. To má neustálé tendence se měnit a vyvíjet. Z pozice terapeuta je důležitá důvěra v klienta, protože ta dokáže posílit jedince, aby plně dosáhl svého potenciálu. Zároveň definuje tři podmínky pro konstruktivní změnu u klienta a to, empatické naslouchání, bezpodmínečné přijetí a kongruenci (PCA Institut Praha, 2023). Rogers chce, aby klient věřil sám sobě a svým nejhlubším pocitům. Svůj přístup nazval „terapií orientovanou na člověka“.

Viktor Frankl byl zakladatelem logoterapie. Tento psychoterapeutický směr vychází z existenciální analýzy lidského bytí. Hlavním motivem terapie je nalézání objektivního smyslu v konkrétních prožívaných nebo již prožitých situacích a v naplňování tohoto smyslu vlastními činy a rozhodnutími. (slea, 2023). Do paliativy se Franklova teorie otiskuje následujícím způsobem: podpora naděje, odvahy a smyslu života i přes veškerá omezení a útrapy.

Nejen paliativní péče, ale také dlouhodobá péče a geriatric se v poslední době obrací k Aaronu Antonovskemu. Jeho teorie stojí na vnímání životní soudržnosti skrze zdraví. Zdraví nevnímá jako absence nemoci, ale spíše jako proces, v němž si lidé zachovávají své vědomí soudržnosti a život je tak pro ně smysluplný, zvládnutelný a srozumitelný. (Kalvach, 2019, str. 15-17).

Dalším důležitým konceptem je holistický přístup k uživateli. Člověk je dle tohoto pojetí celek tvořený ze čtyř oblastí, biologické, psychologické, sociální a spirituální. Oblasti jsou navzájem propojené a ovlivňují se, všechny mají stejnou důležitost. Péče by měla vždy reagovat na potřeby všech oblastí. Holistický přístup je prioritou paliativní péče. (Linkos, 2024).

Z jednotlivých autorů a jejich přístupů lze čerpat inspiraci při poskytování paliativní péče v jakékoli instituci. Jak píše Bužgová (2015), péče se nemá zaměřovat pouze na léčbu nebo mírnění fyzické bolesti a psychiatrických obtíží. Důležitou součástí je komunikace s klientem, vedení k samostatnému rozhodování nebo nastavování cílů péče. A dále pak práce s rodinou, kde může jít o poskytování poradenství, psychosociální podpory nebo terapie. Propojení praxe s teoretickým základem paliativní péči zefektivňuje.

### 5.3 Role sociálního pracovníka v paliativní péči

Tak jako role fyzické osoby zahrnuje více různorodých aspektů, tak role sociálního pracovníka se nedá konkrétně specifikovat. Sociální pracovník je v průběhu výkonu své praxe konfrontován s řadou klientových problémů, ke kterým musí zaujmout postoj. Výkon práce se odehrává na poli sociálního i politického dění, ale zároveň záleží i na osobní motivaci každého jednotlivého sociálního pracovníka, na jeho teoretických východiscích, způsobu nakládání s informacemi nebo osobním postoji. Nedílnou součástí je i postavení pracovníka určené zákonem. (Fabián, 2021, s. 52-53). Úlehla tvrdí, že sociální pracovník je především prostředník. Tato role se mění dle paradigmatu, ve kterém se aktuální spolupráce s klientem odehrává.

Podle Mátela se sociální pracovník identifikuje dle určitých kritérií. Zároveň se ale na profesi díváme z obsahového a institucionálního hlediska. Za obsahová kritéria považujeme:

- kvalifikační kritérium = klíčové kritérium pro zajištění odborné způsobilosti,
- kritérium nutnosti výkonu = rozlišuje mezi absolventy oboru, kteří nevykonávají praxi a těmi, kteří ji vykonávají,
- další kritéria = bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost.

Za institucionální hlediska zjednodušeně považujeme odpovědi na otázku: „*Jak jsou tato kritéria přijímána ve společnosti, jak jsou institucionalizována nebo formalizována.*“

Pracovní prostředí si lidé vybírají tak, aby nejlépe vyhovovalo jejich vnitřním potřebám. Umožňuje jim rozvíjet svou osobnost a dovednosti. Okruh sociální práce s osobami staršími a umírajícími, je dost specifický. Jedná se o mikrosystém klientů a jejich rodin. V případech, kdy klient už není zcela schopný o sobě rozhodovat, je sociální pracovník povinný poskytovat přiměřenou podporu a své jednání opírat o práva

a povinnosti, které z výkonu profese vyplývají. Stává se jakýmsi průvodcem klienta po celou dobu užívání dané služby. Oporu můžou sociální pracovníci hledat v právním systému, v profesních standardech nebo deklaraci lidských práv. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 174 -175).

Smyslem existence sociálního pracovníka v paliativní péči je podpora umírajících lidí a jejich rodin. Cíle práce se ztotožňují s cíli celého konceptu paliativní péče, mezi které řadíme neoddalování ani nepřibližování smrti, tlumení bolestí, podpora soběstačnosti dle možností klienta, neseparování umírajícího a zachovávání důstojnosti. Mezi činnosti sociálního pracovníka patří obhajování práv uživatele, zprostředkovávání kontaktu s rodinou a to i v oblasti intenzity návštěv dle přání samotného uživatele, svolávání multidisciplinárního týmu a facilitace těchto setkání, zajišťování psychologické nebo spirituální podpory jinými odborníky a péče o pozůstalé. (Sociální práce, 2023).

Sociální pracovník domova pro seniory má jasně danou pracovní pozici a jeho pracovní činnost se skládá z kontaktu se zájemci o službu, ježdění na sociální šetření, projednávání žádostí nebo příjmů nových uživatelů do služby. Dále může sepisovat s uživateli smlouvy nebo se zabývá jejich finančními záležitostmi. Řada činností je srovnatelná s činnostmi pracovníka v paliativní péči, např. obhajování práv uživatele, zprostředkování kontaktu s rodinou. (Sociální práce, 2024).

## 5.4 Metody a techniky práce se seniory

Sociální práce vychází z humanitních věd jako je psychologie, sociologie, filozofie, pedagogiky, medicíny a práva. Práce se seniory čerpá z vyjmenovaných disciplín a reaguje na demografický vývoj obyvatelstva, tedy na zvyšující se počet seniorů. Přitom by se měla práce zaměřovat především na seniory žijící osaměle, dlouhodobě nemocné, žijící v nevyhovujícím prostředí nebo seniorům vystaveným nevhodnému zacházení. (Matoušek, 2010, s. 163).

Cílová skupina seniorů není homogenní bez individuálních potřeb. Úkolem sociálního pracovníka je i osvěta obyvatelstva v pozitivním nahlížení na stáří a jeho hodnotu.

Metoda sociální práce je vlastně popis odborného postupu, jak pracovat s klientem, jak postupovat při řešení problému a dosáhnout co nejuspokojivějšího cíle. Základní metody používané v praxi se často propojují nebo na sebe navazují. Patří sem komunitní práce, skupinová a individuální. V rámci poskytování paliativní péče se pracuje vždy na individuální úrovni. Individuální práce s klientem je zaměřena na konkrétního člověka, kterému je třeba pomoci. Vhodné využití má práce právě u klientů dlouhodobé péče ve službách pro seniory. Chce umenšovat důsledky nastalých sociálních problémů, se kterými se senior obtížně vypořádává sám. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 119-120).



Skupinová práce je nezastupitelnou součástí výkonu sociální práce a to nejen přes své ekonomické výhody. Skupinová dynamika může v klientech aktivovat odvahu, tvořivost nebo touhu po změně. Skupina nabízí klientovi možnost sdílení, stává se také zdrojem povzbuzení. (Matoušek a kol., 2008, s. 153-155). V paliativě lze skupinovou sociální práci použít např. při práci s rodinou nebo blízkými. Skupina může pozůstalým nabídnout nové možnosti a strategie zvládnání ztráty.

Aktivizační techniky využívající se u seniorů mohou mít svým způsobem i terapeutickou funkci. Metody aktivizace se musí přizpůsobit jejich kognitivním možnostem, věku nebo fyzickému a psychickému stavu. **Reminiscence** je technika záměrného vyvolávání vzpomínek, jejich vedení a následného rozvoje. Je nenahraditelnou součástí aktivizace osob imobilních nebo s demencí. Vhodnými pomocníky jsou fotografie, vzpomínkové předměty, dobový tisk nebo literatura. (Malíková, 2020, s. 226-227). Reminiscenční terapie pracuje s dlouhodobou pamětí uživatelů. Výborným pomocníkem je tzv. vzpomínkový kufřík, který obsahuje již zmíněné předměty. Důležitý je osobní vztah uživatele k těmto vybraným věcem. Terapii lze provádět individuálně i ve skupině. Při vzpomínání lze zároveň psát deník nebo sestavovat biografickou knihu. (Alzheimer centrum, 2024). **Biografická péče** pracuje s životním příběhem člověka. Formou rozhovoru s klientem a jeho rodinou jsou získávány důležité informace o životě klienta. Biografie může posloužit jako odrazový můstek pro další koncepty péče nebo pro jakoukoli další práci s klientem. Sepisování biografické knihy, jako výstupu této péče, může být dlouhodobé. Informace se mohou neustále doplňovat a rozšiřovat. (Člověku člověkem, 2024). **Validace** je dle Procházkové metoda úzce spojená s komunikačními dovednostmi a empatií. Teoretickým východiskem je tvrzení, že každé chování osoby s demencí má svůj původ v nezpracovaných zážitcích. Za cíl má validace navrácení sebeúcty, snížení stresu nebo působit preventivně proti uzavření se do sebe. **Rezoluční terapie** je vhodná pro osoby v pokročilém stádiu demence, které si již nedokážou plně uvědomovat realitu. Na rozdíl od validace se zaměřuje na aktuální projevy osob. Všechny projevy musí být respektovány. Základem terapie je dostatek informací o klientovi, ze kterých se dají odvodit nynější projevy nebo reakce na podněty. **Ergoterapie** chce zapojovat lidi do každodenních činností i přes jejich sníženou soběstačnost v důsledku handicapu nebo vysokého věku. Naplňování času smysluplnými činnostmi dává lidem pocit potřebnosti a utvrzují jejich důstojnost i místo ve společnosti. V ergoterapii máme tři oblasti zaměstnávání, a to všední denní činnosti, práce a produktivní činnosti a nakonec hra a volnočasové aktivity. (Krivošíková, 2011, s. 13-14). Všechny aktivizační činnosti lze zahrnout do paliativní péče, avšak je třeba promyslet jejich pojetí a především přizpůsobení se stavu klienta a jeho individuálním potřebám.

## 5.5 Metody a techniky práce s rodinou

Dle Matějčka je rodina nejstarší lidská instituce a místo pro přežití nejen dětí, ale i dospělých. Rodinu zároveň označuje za domov. Definice domova zahrnuje obytný prostor, osoby, které jej obývají, širší sociální vazby a také generační kontinuitu. Přesto je rodina v dnešní době těžko uchopitelná. Rodina plní celou řadu funkcí, a to ekonomickou, vzdělávací, socializační, ochrannou, emocionální a výchovnou. (Fabián, 2021, s. 130-137).

Rodinná terapie se vyvinula jako protiklad individuální psychoterapie. Vytváření nových terapeutických přístupů zapříčinilo nejednotnost v oboru. Shoda je ale v tom, že především jde o způsob myšlení. Systemický přístup nahlíží na rodinu a její vztahy jako na jeden celek. Tedy, že každé chování jednotlivce má svou roli ve fungování celku. Chce po terapeutovi, aby rozšiřoval kontext problému, a přemýšlel o celém systému rodiny, ve které se problém odehrává. Zároveň je nutná otevřenost pro všechny členy rodiny a objektivní přístup k jejich názorům. Narativní přístup v rodinné terapii se zabývá vlastním příběhem rodiny a její historií. Nejdůležitějším nástrojem je terapeutický rozhovor. (Gjuričová, 2009, s. 17-34). Rodinná terapie je mezioborovou disciplínou a zabývá se celými procesy a ději uvnitř rodin.

Správná funkčnost rodiny je pro dobré poskytování péče nezbytná. Ze studií lze vyčíst, že nemoc jednoho člena rodiny ovlivňuje i všechny ostatní. Při nedostatečné práci s celou rodinou většinou dochází k jedné ze tří problematických situací.

1. Nemoc začne být jediným spojujícím článkem. Stane se naprostou prioritou a jediným principem rodiny.
2. Rodina bagatelizuje nemoc jednoho ze členů rodiny. Postižený je pak vyčleněn a nedostává se mu dostatečné emocionální ani psychické podpory.
3. V již nefungující rodině přetrvávají problematické jevy a ty se projevují jako zhoršování nemoci a jejího průběhu.

Terapie s rodinou může pozitivně ovlivnit průběh nemoci a má vliv na všechny zúčastněné členy. (Praktický lékař, 2018, s. 18-25).

## 6 Etické hledisko

Sociální práce obecně je založena na zásadách demokracie. Musí respektovat lidská práva a sociální spravedlnost. Sociální pracovníci mohou čerpat z mezinárodně uznávaných listin, jako jsou Všeobecná deklarace lidských práv, Charta lidských práv Spojených národů. Další důležitou zásadou je respekt ke klientům, k jejich rase, etnické příslušnosti, náboženskému přesvědčení, ale také k pohlaví či věku.

Vztah sociální pracovník – klient není rovnoprávný. Z toho nutně vyplývají etická dilemata sociální práce, které musí pracovníci denně řešit. Dilema je situace bez jednoznačně správného řešení. (Fabián, 2021, s. 58-60). Při řešení se vyplácí řídit se klíčovými hodnotami sociální práce, kterými jsou úcta k lidskému životu, důstojnost, rovnost, svoboda, spravedlnost. Efektivním pomocníkem je při řešení oboustranně důvěryhodný vztah. U cílové skupiny seniorů jde navázání vztahu ve většině případů bez problémů a lze to tvrdit i o motivaci klienta ke spolupráci. Největším úskalím je zneužití moci pomáhajícího pracovníka na úkor křehkého osamělého seniora. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 129-134).

### 6.1 Etika v paliativní péči

Péče o umírající je vzhledem k etice velmi složitou oblastí. K porušení zásad může dojít velmi snadno a také často dochází. Dle Malíkové (2020) ze stran personálu jde nejčastěji o bagatelizaci bolesti nebo naopak přílišné podávání sedativ, nedostatečná péče, špatně zvolený styl komunikace s umírajícím a jeho rodinou, nevhodné hovory personálu přímo před umírajícím, byť s poruchou orientace nebo sníženou vnímavostí.

I přes zdokonalování medicínské péče i sociálních služeb pro umírající by z péče neměla vymizet obyčejná lidskost a schopnost pracovníků se správně mravně rozhodnout. Základní etické principy se v paliativní péči příliš neliší od jiných medicínsko-sociálních oborů. Důležité je zachování autonomie umírajícího, a respekt k jeho rozhodnutím ohledně léčby a péče i přes náš nesouhlas či odlišný názor. Informace o zdravotním stavu musí všichni personál poskytovat umírajícímu pravdivě, popř. i rodině, pokud si to klient péče nepřeje jinak. Principem beneficence je povinnost personálu udělat pro umírajícího vše, co je pro něj prospěšné. A to i s přihlédnutím na to, že dobro z pohledu klienta nemusí být totožné jako z pohledu lékaře, sociálního pracovníka, nebo dalších osob multidisciplinárního týmu. (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 319-322).

## 6.2 Institut dříve vysloveného přání

Aby byla zachována autonomie a důstojnost umírajících klientů, a v důležitých rozhodnutích se vždy jednalo dle jejich přání, existuje tzv. dříve vyslovené přání. A to především pro případy, kdy zhoršující se zdravotní stav může omezit orientaci a vnímání uživatele paliativní péče. (Ombudsman pro zdraví, 2023).

V legislativě je institut zaveden již od roku 2001. Zákon o zdravotních službách dává lidem s nevléčitelnou a život zkracující diagnózou možnost souhlasu nebo nesouhlasu s poskytnutím zdravotní péče v případě, kdy člověk nebude moci sám o sobě rozhodovat. Zároveň nelze tímto institutem žádat o poskytnutí jakéhokoliv nelegálního zdravotnického úkonu, např. eutanazie. (Steinlauf, 2022, s. 121-125). Povinností poskytovatele zdravotních nebo sociálních služeb je respektovat dříve vyslovené přání a to s předností před ostatními právními povinnostmi.

Dříve vyslovená přání může mít různé formy. Písemná forma je úřední listina, která musí být opatřena úředním podpisem. Takové vyjádření je platné pro všechny typy zdravotnických nebo sociálních služeb. Každý člověk má taktéž právo na sepsání svého přání formou zápisu do zdravotnické dokumentace. Toto prohlášení musí být opatřeno poučením, podpisem pacienta, zdravotnického pracovníka a svědka. Platnost obou forem institutu je neomezená. Trvá do smrti pacienta, nebo do změny přání samotným pacientem.

## 7 Identifikace problému

Pobytová zařízení sociálních služeb, mezi které se řadí i domovy seniorů, jsou místy, kde se neodmyslitelně musíme setkat s procesem umírání a se smrtí. Zároveň nelze diskutovat o tom, že jsou to situace náročné pro všechny zúčastněné strany, pro personál, uživatele i jejich blízké. To aby péče mohla být uživateli poskytována kvalitně po celou dobu jeho pobytu v ní, je nezbytné zavádět nové nástroje a také aktualizovat nástroje již fungující. (Malíková, 2020). Paliativní péče nabízí prostor pro doprovázení uživatele i jeho rodiny v závěru života a tudíž i v závěru pobytu ve službě.

Rozvoj paliativy v domovech pro seniory může být omezen společensky rozšířeným míněním, že péče je primárně určena pro onkologicky nemocné pacienty. Což také bylo její původní zaměření. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004, s. 19). Geriatricky zaměřená paliativní péče musí zohledňovat jiné důležité aspekty. Pro věkovou skupinu seniorů jsou to polymorbidita (současný výskyt více chronických onemocnění), nadužívání léků a pomalejší příchod poslední terminální fáze života. (Viz kapitola 2.4.).

Absence jakékoli metody péče určené speciálně pro závěr života uživatele znesnadňuje průběh poskytování péče. Ošetřující personál by měl vědět, jakým způsobem se má starat o uživatele v paliativní péči, jaké jsou jejich potřeby, co je v oblasti péče důležitější a co naopak méně. (Marková, 2010).

Problematické jsou u uživatelů domovů pro seniory i zbytečné převozy rychlou záchrannou službou nebo hospitalizace. Paliativní péče principiálně odmítá tyto zbytečné zásahy. Lidé chtějí z velké většiny umírat v přirozeném, domácím prostředí (viz kapitola 2), a i sociální služba může pro ně toto prostředí představovat. Zbytečným převozem uživatele do nemocnice zvyšujeme pravděpodobnost úmrtí mimo domov. Je třeba se tedy zaměřit na vybudování fungujícího systému péče o uživatele v závěru života a vytvořit jim příjemné nestresové prostředí.

V domově seniorů v Buchlovicích je poskytování tohoto druhu péče zatím novinkou. Již nyní ale můžeme pozorovat v oblasti péče o uživatele v terminálním stádiu velké pozitivní změny, které vnímají jak zaměstnanci, tak samotní uživatelé a jejich blízcí. Prozatím se uživatelé zařazují do programu po společné konzultaci zdravotních sester, obvodního lékaře a sociálního pracovníka. Všichni zmínění s klíčovým pracovníkem pak vytvoří plán paliativní péče. Pracovníci v sociálních službách jsou pravidelně informováni zdravotním personálem o změnách stavu paliativních uživatelů. Pro komunikaci s rodinou jsou zde především sociální pracovníci nebo zdravotní sestry. Nově v domově působí kaplan, který poskytuje duchovní péči a možnost rozhovorů i pravidelných návštěv. Stále ale málo funguje spolupráce s rodinou paliativních uživatelů a tato oblast poskytuje možnosti pro rozšíření a zkvalitnění péče.



## 8 Analýza potřebnosti

Demografické změny a s nimi spojené stárnutí populace jsou problémem stále aktuálním a to především proto, že společnost na ně není připravená. Dlouhodobě se mluví třeba o potřebné důchodové reformě, avšak problémy, které dopadají na systém sociálních služeb nebo zdravotní péče, jsou upozadovány. Instituce poskytující pobytové služby osobám seniorského věku jsou již dnes plně vytížené a žadatelé si na přijetí do služby musí ve většině případů počkat. Kapacita se v pobytových zařízeních navyšuje jen těžko. (Viz kapitola 2.2).

Velká většina uživatelů domovů pro seniory je zde natrvalo přestěhovaná a počítá s dožitím ve službě. Avšak dle dat ČSÚ až 40% uživatelů pobytových služeb umírá v nemocnicích. S přihlédnutím na fakt, že asi 80% populace chce zemřít doma, a pro uživatele služeb je instituce domovem, je toto číslo značně vysoké. (Umírání. cz). Paliativní péče je programem, který chce člověku zajistit odcházení uprostřed blízkých a v klidném prostředí. Stáří není nemoc, ale má stejné život zkracující vlastnosti. (Viz kapitola 2).

### 8.1 Použité metody získání uvedených dat, vyhodnocení výchozího stavu

Pro analýzu potřebnosti byly prozkoumány internetové zdroje jednotlivých zařízení. Obecné informace byly čerpány především ze statistik a údajů Českého statistického úřadu. Odborná literatura byla vyhledávána pomocí vyhledávačů EBSCO a internetového vyhledávače knihovny UPOL. Interní informace o DS Buchlovice byly získány přímo od vedení, a to především při rozhovoru s vybranými zaměstnanci z řad sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Rozhovory byly vedeny spíše neformálním způsobem. Dále jsem použila pozorování práce přímo na praxi, jelikož jsem měla tu výhodu, že jsem jednu 14denní a poté dvouměsíční praxi absolvovala právě v tomto zařízení. Rozhovory jsem nadále zpracovala a srovnala s mými informacemi získanými pozorováním praxe.

### 8.2 Příčiny vzniku problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost

Paliativní péče není běžnou součástí sociálních služeb. Mezi kritiky zavádění paliativy do domovů pro seniory koluje názor, že není třeba zavádět paliativu na místech, kde se se smrtí počítá. Avšak právě proto je potřeba dobře zavedené a kvalitně poskytované paliativy v domovech seniorů ještě větší. Pokud se senior přestěhuje do pobytového zařízení tohoto

typu, je nutné, aby péče o něj měla patřičnou úroveň od začátku pobytu až do jeho konce. A to paliativní péče přímo nabízí. Zároveň poskytuje personálu jakési vodítko, jak pracovat se seniory nejen během jejich aktivních let ve službě. Pravdou totiž je, že paliativa není o smrti, ale o způsobu života, byť na jeho konci.

Právě malé povědomí o paliativní péči v širší, ale i odborné veřejnosti, zapříčiňuje nedostatečný zájem o zavádění péče v pobytových službách. Tabuizováním smrti se oddalujeme od nejdůležitějších zásad paliativní péče. V dnešní době lidé umírají v anonymitě a osamocení a mnohdy z vlastního, přitom špatného, přesvědčení, že smrt je jejich selháním. Namísto strategií zvládnání strachu ze smrti nebo vyrovnáním se se smrtí blízkého, tento problém jednoduše vytěsníme. (Viz kapitola 2.3). Zvykli jsme si svěřit umírání do rukou odborníků, kteří se sami smrti bojí. Zdravotníci sice diagnostikují nemoc, nastaví léčbu, ale mnohdy nepočítají se situacemi, ve kterých tohle všechno nestačí. Soustředují se na boj proti smrti namísto usnadňování jejího příchodu. Lidé se dožívají více let, průměrná délka života neustále roste. U mužů je to asi 76 let a u žen 82 let. Dle předpokladů OSN by tato čísla mohla do roku 2050 stoupnout na 82 a 86 let. To v nás může mylně vyvolávat přesvědčení o schopnosti vyhýbat se smrti. Pravdou ale je, že ji jen oddalujeme.

Nedostatečná dostupnost paliativní péče brání v jejím včasném a správném poskytování. Onkologická a chronická onemocnění se týkají 80% osob starší 65 let, tedy v přeneseném významu i 80% uživatelů domovů pro seniory. Paliativní péče je jednou z možností, jak těmto onemocněním čelit a jak se s nimi vypořádat. (Centrum paliativní péče). Rozvinutá a dostupná paliativní péče je také velkou finanční úlevou pro zdravotní systém státu. I z tohoto důvodu by mělo být zavádění paliativy do služeb prioritou.

### **8.3 Příklady řešení dané problematiky v ČR a zahraničí**

V České republice můžeme najít několik forem poskytování paliativní péče. Jsou to mobilní hospice, které jako terénní služba poskytují péči přímo v domácnostech umírajících. Dále různé typy lůžkových a pobytových hospiců. Specializovaná oddělení paliativní péče při zdravotnických zařízeních, nebo paliativní týmy pracující v rámci jiné organizace. (Viz kapitola 2.2).

V pobytových zařízeních je zavádění paliativní péče aktuální trend, a proto stále nalezneme služby, které vůbec péči neposkytují, nebo se v jejím poskytování musí ještě zdokonalit. Pro správné uchopení celého konceptu je dobré se podívat na projekty, které jsou již zaběhlé a dobře fungují. Domov pro seniory Sue Ryder začal s paliativní péčí v r. 2014. Myšlenkou bylo dožítí všech uživatelů přímo v domově. Spojením s mobilním poskytovatelem paliativní péče Cestou domů vytvořili sdílenou péči a doprovodili spolu první uživatele. Na zřízení péče získali podporu z nadačního fondu Avast. Cílem prvního



projektu bylo zjistit, za jakých podmínek je možné péči poskytovat v pobytové službě. Zavedení projektu se neobešlo bez metodických setkání, vzdělávacích aktivit a konzultací s odborníky.

Domov seniorů ve Dvoře Králové nad Labem začal s paliativní péčí v r. 2015. Důvodem bylo časté umírání uživatelů v nemocnicích. V dalších dvou letech v rámci projektu „Společně ke kvalitě“, financovaného z evropského sociálního fondu, a operačního programu zaměstnanost se vytvořili základy poskytování péče. Probíhaly schůze zaměstnanců a vedení, kde se vyjasňovalo, co je pro uživatele i personál důležité. Zúčastňovali se vzdělávacích programů, učili se mluvit o umírání a smrti. Následně vznikla první interní metodika k poskytování paliativní péče. V rámci projektu byl v domově zřízen tzv. modrý pokoj, který je vybaven jedním lůžkem, pohovkou a křesly a menší kuchyňkou a slouží příbuzným a uživatelům, kteří chtějí být spolu až do chvíle smrti. Smyslem bylo vytvoření intimního místa, kde by rodina nebyla rušena. Domov ve Dvoře Králové byl vybrán pro svou podobnost s domovem v Buchlovicích. Jde o příspěvkovou organizaci zřízenou krajem a se svou kapacitou 80 lůžek se řadí mezi ty větší v kraji.

Paliativní péči poskytují i v domově seniorů v Tovačově. Spolupráci navázali s mobilním hospicem Strom života, který jim pomohl v začátcích poskytování péče. V rámci ní pak organizují v domově aktivity pro personál i rodinné příslušníky. Je zřejmé, že pro zaměstnance je péče o umírající uživatele více psychicky náročná, proto byl zaveden tzv. „Den pro sebe.“ Jedná se o jednodenní pobyt mimo organizaci, který se zaměřuje na psychohygienu zaměstnanců. Péči o svou duši a snahu o osobní rozvoj mohou zaměstnanci doplnit odpočinkem či sportovní aktivitou. Dále v zahradě domova bylo zřízeno pietní místo se zvonící, kde je možnost zapálit za zemřelé svíce. Místo mohou využít jak příbuzní zemřelých, tak ostatní obyvatelé domova. Pro rodinné příslušníky a další blízké je vždy jednou za rok v dušičkovém období uspořádáno vzpomínkové odpoledne. Tohoto odpoledne se pak účastní i zaměstnanci služby. V domově seniorů v Tovačově jsem absolvovala jednu týdenní praxi. S paliativní péčí a uživateli do ní zařazenými jsem se osobně setkala a měla jsem možnost nahlédnout do způsobu jejího poskytování.

Domov seniorů Naděje v Brně Řečkovících zavedl paliativní péči díky nadačnímu fondu Abakus v r. 2021. V pilotním projektu pomohl tento fond s rozjezdem paliativy např. v domově Sue Ryder, o kterém se na začátku kapitoly zmiňuji, a v dalších letech si dal za cíl takto integrovat paliativní péči do dalších 15 domovů pro seniory. Projekt nadačního fondu neposkytl pouze finanční prostředky, ale především konkrétní jasně dané standardy a způsoby poskytování péče a také tak potřebnou zkušenost z předešle zrealizovaných projektů. V Brněnském domově zaměstnali kvalifikovanou zdravotní sestru s dlouholetou praxí v hospici i osobní zkušeností z rodiny. Fond domovu přiřadil mentorku paliativní péče, na kterou se mohli zaměstnanci domova kdykoliv obracet s dotazy. To, proč se vedení rozhodlo zavést paliativní péči v domově, byl opakovaný nesouhlas

uživatelů s odvozem do nemocnice, jejich strach z toho, že se do domova už nevrátí a přání uživatelů zemřít v domově

I přes rozdílnost států a jejich sociálně – zdravotnických systémů lze najít společné rysy, které se napříč Evropou opakují. Demografické změny a postupné stárnutí populace se týkají všech států Evropy. Rostoucí potřeba sociální i zdravotní péče má za důsledek změny ve financování i rozvržení pozic na pracovním trhu. (Průša a kol. 2021, s. 28-29).

Jedním z prvních států, kde se hospicová a paliativní péče začala považovat za samostatnou disciplínu, je Irsko. Její vývoj provázely problémy, ale i tak může být výborným modelem pro vývoj v ČR. Především pak prvky jako jsou strategie vývoje navazující na populační změny a koordinace procesů a integrace paliativy do rezidenčních služeb. Důležité je si uvědomit, že nelze přesně kopírovat všechny postupy, jelikož financování zdravotnické péče je v Irsku specifické a odlišné od způsobů financování v našem státě. (Pechová, Lejsal a kol, 2020, s. 191 – 194).

## 8.4 Metoda SWOT analýza

Pro plánovaný projekt byla vytvořena SWOT analýza v DS Buchlovice. Tato analýza pomáhá identifikovat silné a slabé stránky pracoviště, ve kterém chci daný projekt zavádět. Dále popisuje možné rizika nebo hrozby vnějšího prostředí. Smyslem je důkladné poznání možností, které organizace nabízí a zároveň co největší eliminace rizik a slabých stránek. Jejich poznání mi pomůže v rozvoji projektu a zároveň mě upozorní na slabá místa, se kterým je třeba počítat a pracovat na jejich zlepšení.

Analýza byla vytvořena na základě rozhovoru s vedoucí DS, sociálními pracovníky i pracovníky v sociálních službách, pozorováním práce zaměstnanců na jednotlivých pracovních pozicích a zpracováním informací z interních materiálů domova. Jednalo se o metodiky a informační letáky pro uživatele a příbuzné. Z velké většiny byla analýza prováděna během studijní praxe.

Z analýzy vyplynula následující fakta. DS Buchlovice je stabilní organizací s mnohaletou zkušeností v oblasti sociálních služeb. Pobytovou službu pro seniory poskytuje již od r. 1995. Zřizovatelem organizace je Zlínský kraj. A domov v Buchlovicích je jednou ze služeb poskytovaných Sociálními službami Uherské Hradiště. Tento poskytovatel má v kraji celkem 4 domovy pro seniory, z nichž 3 mají i oddělení DZR. Poskytovatel má vyhrazené prostředky na zavádění paliativní péče ve všech svých domovech a proto je financování zabezpečeno. Slabé stránky pracoviště nacházíme v jeho velikosti. DS Buchlovice patří se svou kapacitou 158 lůžek k největším na okrese. Velikost může navádět k anonytně uživatelů a to se přičítá zásadám poskytování paliativní péče.

Z vnějších hrozeb nebyla nalezena žádná, která by přímo ohrožovala zamýšlený projekt. Již nyní spolupracuje služba s mobilním paliativním hospicem a jako spřátelený domov seniorů, ze kterého čerpají inspiraci je DS Tovačov v Olomouckém kraji.

O paliativní péči a jejím zavedení do svých domovů nejprve rozhodl poskytovatel služby, tedy Sociální služby Uherské Hradiště. Vedení domova v Buchlovicích ale tuto novinku přivítalo. Nyní mu velmi záleží na dalším progresu péče, na vzdělávání svých zaměstnanců a především na spokojenosti uživatelů a jejich příbuzných. V paliativní péči vidí budoucnost a zkvalitnění celé služby. Do této doby se péče v domově zaměřovala spíše na aktivní seniory, pro které existuje široká nabídka pro využití času. S nástupem paliativy by už neměla zaostávat ani péče u těch uživatelů, kteří již tyto aktivity nezvládají, nebo se jich nechtějí účastnit.

Implementace paliativní péče do doma seniorů je pro všechny zaměstnance dost obtížná. Prozatím to znamenalo to, že zdravotní sestry musely nastoupit na nepřetržitý provoz, který do té doby v domově nebyl. Pro pracovníky v sociálních službách zase jiný postup při tvorbě zápisů do počítačového programu nebo pravidelnější sledování celkového stavu uživatelů. Všichni zaměstnanci už také prošli vzdělávacím kurzem o paliativní péči a jejím poskytování. Na druhou stranu byl navýšen počet pracovních míst jak u zdravotního, tak sociálního úseku. Paliativní péče je mezi zaměstnanci prozatím vnímána velmi pozitivně a je zájem o její rozšiřování a zkvalitňování.

Uživatelé domova jsou rozděleni na ty, kteří se chtějí bavit o konci života a záleží jim na způsobu dožití v domově seniorů, a pak na ty, kteří se obdobným otázkám vyhýbají, bojí se jich nebo je nechtějí řešit. Většinou se ale shodnou na tom, že si přejí zemřít v domově a nikoli v nemocnici. Také chtějí být co nejdéle v kontaktu s rodinou.

Blízcí uživatelů zařazených do paliativní péče jsou s poskytováním prozatím spokojeni. S konceptem péče jsou seznámeni prostřednictvím sociálních pracovníků nebo informativních letáků, které jsou k dispozici v prostorách domova. Pozitivní ohlasy od příbuzných jsou zejména na rychlé informování v případě náhlé změny stavu uživatele, upouštění od zbytečných převozů do nemocnice a možnost setrvání s blízkými na jeho pokoji po libovolnou dobu v případě vážného zhoršení zdravotního stavu. Většinu z nich ale chybí více soukromí při loučení se se svým blízkým. Informace o příbuzných jsem získala z rozhovorů se sociálními pracovníky.

## **8.5 Velikost a specifika cílové skupiny vzhledem k řešenému problému**

Z dat dostupných na stránkách ČSÚ víme, že v domovech pro seniory a jim podobných pobytových službách žije asi 55 tisíc seniorů, což tvoří 3 % všech seniorů žijících v ČR. Domovů pro seniory bylo ke konci r. 2021 v České republice 526.

V DS Buchlovice žije 158 uživatelů a dalších 50 na oddělení DZR. Momentálně je do paliativní péče zařazeno 15 osob z DS a 4 z DZR. Do budoucna se počet osob zařazených do péče může pouze navyšovat. Přijímání nových uživatelů ovlivňuje jejich zdravotní stav i sociální situace. Avšak pravdou je, že do domova se dostávají převážně uživatelé s příspěvky na péči ve III. a IV. stupni. Výhledově se tento trend nijak nezmění. Zkušenost personálu tento fakt jen potvrzuje. Tato tvrzení korespondují s informacemi nalezenými v odborné literatuře. (Viz kapitola 2.5). Denní i noční směny se neustále posilují. Při nezměněné kapacitě oddělení, práci, kterou před dvěma lety dělali 2 pracovníci v sociálních službách, dělá dnes 4 až 5 pracovníků. Pracovnice s dlouholetou praxí v domově samy pozorují, že péče o nově příchozí uživatele je náročnější, než byla před několika lety.

Paliativa je poskytována personálem domova. Díky pravidelným školením zdravotních sester i pečovatelek se služba snaží neustále zdokonalovat a zkvalitňovat prozatímní paliativní péči.

Služba dosud nemá svůj paliativní tým ani lékaře – paliatra, který by byl k dispozici tzv. „na zavolání“. Pokud uživatelé zařazení do paliativní péče vyžadují lékařskou pomoc, je 3x do týdne v domově praktická lékařka a v době její nepřítomnosti se stále obracejí na rychlou záchrannou službu.

Díky zavedení paliativy do domova ale nastaly personální změny. Došlo k navýšení počtu ošetřujícího personálu, a to jak v oblasti zdravotnické, tak v té pečovatelské. Dále se navýšil počet pečovatelek na noční směně a v neposlední řadě se zavedl nepřetržitý provoz i pro zdravotní sestry.

Zřizovatel také pro své domovy zajistil stálého kaplana, který je k dispozici ve standardní době, určené pro DS Buchlovice, ale není problém domluvit si individuální návštěvu dle přání uživatelů.

## **8.6 Stakeholderi zapojeni do řešení uvedené problematiky**

Za zainteresovaných osob a subjektů do projektu, a do jeho správného fungování v organizaci, je celá řada. Jde však především o ty, které jsou se službou nějakým způsobem spojené už nyní.

Pro správnou a kvalitní péči je třeba mít dostatek školeného personálu orientovaného v oblasti paliativní péče. Pracovníci a pracovnice v sociálních službách se s možnostmi paliativy již seznamují a to prostřednictvím školení nebo schůzí s vedením domova. Zdravotní sestry jsou také povinné účastnit se kurzů a školení na toto téma, ovšem struktura a náplň přednášek se mohou lišit od těch, které jsou určené pracovníkům v sociálních službách. Obě skupiny pracovníků mají pravidelné schůzky s vedoucí sestrou, která na správné postupy péče dohlíží.

Sociálních pracovníků je v DS Buchlovice pět. Ty musí být orientované v této oblasti natolik, aby byly schopné posoudit, který z uživatelů je vhodný k zařazení do paliativní péče. Dále je třeba, aby konzultovaly samotné poskytování péče s ošetřujícím personálem. Důležitou součástí pak je komunikace s rodinou umírajícího uživatele a to od samého začátku. Již zařazení osoby do paliativní péče je třeba s blízkými projednat. Především je nutné jim správně vysvětlit o čem péče je, jaký má smysl. Je třeba umět rodinné příslušníky spíše povzbudit a poskytnout jim potřebnou podporu v této oblasti.

Vedení domova má stěžejní roli v nastavování péče, a tím i ve vybírání projektů, které se v DS Buchlovice budou zavádět. Členové vedení jsou zde pro komunikaci s poskytovatelem služby, také pro tvorbu vnitřních metodik, postupů práce. Jejich úkolem je aktualizace péče a norem. Zároveň je třeba dohlížet na práci sociálních pracovníků a kontrolovat správnost postupů.

Ostatní zaměstnanci domova, jako jsou pracovníci úklidu nebo údržby, je třeba poučit o zásadách chování v přítomnosti paliativního uživatele a komunikaci s ním.

Organizace zajišťující službu DS Buchlovice, tedy Sociální služby Uherské Hradiště, disponuje především finančními prostředky, které rozděluje mezi své jednotlivé služby. Schvaluje požadavky a také projekty službám. Musí se orientovat v novinkách, které se týkají paliativní péče a dále je předávat jednotlivým službám. Z toho důvodu byla zřízena nová pracovní pozice, která se jmenuje koordinátor paliativní péče. Tento pracovník shromažďuje aktuální informace v oblasti a reprodukuje je jednotlivým službám. Je zde jako mezičlánek v komunikaci mezi vedením služeb a vedením organizace.

Dále budou s buchlovickým domovem spolupracovat ostatní domovy seniorů, které spadají pod Sociální služby Uherské Hradiště. V těchto domovech již také probíhá zavádění paliativy. Zkušenosti mohou mezi sebou sdílet a být si navzájem oporou při řešení nových situací. Projekt je sice určený jen pro Buchlovice, nicméně lze předpokládat, že ostatní mohou z něho čerpat inspiraci a mít ho jako model pro svůj další rozvoj.

Sprátený domov seniorů v Tovačově je pro Buchlovice velkým vzorem už od počátku poskytování paliativy. Nepřerušeni spolupráce může oběma do budoucna přinést samá pozitiva. Např. sdílení zkušeností, hledání nových možností v doprovázení, vzájemná podpora.

Domov seniorů Buchlovice spolupracuje s mobilním hospicem Antonínka, který je zřizován Charitou Uherské Hradiště. Dlouholetá praxe zaměstnanců hospice a sdílení zkušeností s personálem domova seniorů může být zdrojem důležitých informací ve všech oblastech paliativní péče. Spolupráce má potenciál pomoci domovu zkvalitňovat péči pro své uživatele i jejich rodiny. V budoucnu může hospic zajistit domovu paliatra, který bude schopen vyjet k uživatelům domova zařazených do paliativní péče a minimalizuje tak nutnost volat rychlou záchrannou službu.

Zřizovatelem příspěvkové organizace je Zlínský kraj. Ten v projektu hraje velkou roli ve finančním zabezpečení svých služeb a tedy i projektů, které v jednotlivých organizacích probíhají a mají za úkol především zkvalitňování péče.

## 8.7 Závěr analýzy potřeby

Rozšířením paliativní péče v domově seniorů získáme především zkvalitnění péče, která se bude uživatelům poskytovat až do jejich úmrtí. Nabídneme uživatelům možnost smysluplného dožití ve službě, bez zbytečných lékařských zásahů. Blízkým zase umožníme získat čas ke zpracování aktuální situace a také k rozloučení se. Z literatury se dozvídáme, že péče přispívá k psychické pohodě uživatelů i jejich blízkých osob. Staví na základních lidských potřebách a především na zásadách týkajících se lidské důstojnosti. Hlavní myšlenkou je, že paliativa není o umírání ale o životě.

Specializovaná paliativní péče je současně zdravotnickým a sociálním oborem. V domově seniorů nalezneme jak sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, tak zdravotní sestry. Proto je většina potřebných úkonů souvisejících s péčí zajištěna již existujícími pracovními pozicemi.

Prozatím se paliativní péče v DS Buchlovice ujímá velmi dobře a je bez problému přijímána veškerým personálem. Pozitivní ohlasy má i v řadách rodinných příslušníků, kterým jejich příbuzný již zemřel, a paliativní péče mu byla poskytována. Její rozvoj a zkvalitnění je ale neodmyslitelnou součástí celého procesu. Je třeba zaměřit se na další aspekty celého konceptu. Více pracovat s personálem, aby uměl správně komunikovat s uživateli i jejich blízkými osobami. Zapojení rodin do paliativní péče je také na velmi nízké úrovni a přitom z předešlého textu vyplývá, že rodinu nelze z poskytování vyloučit, ale právě naopak.

Proč tedy paliativní péči dále rozšiřovat a investovat do jejího fungování v rámci domova seniorů v Buchlovicích?

- Prozatímní poskytování péče pozitivně ovlivňuje uživatele a jejich vnímání smrti.
- Paliativní péče snižuje počet zbytečných hospitalizací v závěru života u uživatelů, kteří chtějí setrvat v klidu doma.
- U zaměstnanců se díky paliativní péči výrazně snížil stres z komunikace s umírajícími a těžce nemocnými uživateli.
- Rodiny uživatelů v paliativní péči vidí v jejím poskytování velká pozitiva. Uvítaly by ale větší možnost soukromí při loučení se.
- Integrace paliativy do služby pozvedá její prestiž.

Takto vypracovaná analýza poskytuje podklad pro nový projekt ve vybrané službě.

## 9 Projekt

Název projektu: Doprovázení uživatelů v paliativní péči a jejich příbuzných v DS Buchlovice

### 9.1 Cíle

Cílem projektu je do konce roku 2024 zkvalitnit poskytování paliativní péče uživatelům domova v Buchlovicích a zároveň rozšířit službu o aktivity určené pro rodinné příslušníky a blízké těchto uživatelů.

### 9.2 Realizátor

Základní informace

Název: Domov pro seniory Buchlovice

Sídlo: U Domova 470, 687 08 Buchlovice

Poskytovatel: Sociální služby Uherské Hradiště p. o. Štěpnická 1139, 686 06 Uherské Hradiště

Zřizovatel: Zlínský kraj

Sociální služby Uherské Hradiště fungují od 1. 1. 1992 a řadí se mezi největší v celé České republice. Hlavním cílem je poskytování služeb pro cílové skupiny seniorů a osob se zdravotním postižením. Posláním organizace je zajistit pro své uživatele soběstačnost a nezávislost a umožnit jim zapojení se do běžného života společnosti. Své služby zakládá na principech lidské důstojnosti, úcty k člověku, individuálního jednání s každým člověkem, respektu a vlastní volby. Prostřednictvím svých služeb nabízí důstojné a vyhovující prostředí k životu.

Aktuálně zřizuje na území okresu Uherské Hradiště 18 pobytových sociálních služeb registrovaných v registru poskytovatelů sociálních služeb pro asi 920 uživatelů. Jsou to:

- domovy pro seniory (Uherské Hradiště, Uherský Ostroh, Buchlovice),
- domovy se zvláštním režimem (Uherské Hradiště, Buchlovice, Velehrad),
- domovy pro osoby se zdravotním postižením (Kunovice, Velehrad, Staré Město),
- chráněná bydlení (Jarošov, Uherské Hradiště, Staré Město, Nedakonice, Boršice, Kunovice),
- odlehčovací služba (Kunovice).

Projekt bude realizován v rámci domova pro seniory Buchlovice. Tato služba je kapacitně největší ze všech výše uvedených služeb. (Sociální služby Uherské Hradiště, 2024). I přes to,

že se projekt dotýká pouze jedné ze služeb, může mít pozitivní dopad i na ostatní výše vyjmenované služby. Tím, že jde o jednoho poskytovatele, může se obdobný projekt zrealizovat i v jiných zařízeních. Výhodou je, že většina služeb je stejného charakteru, tedy pobytové, a navíc jsou ještě některé z nich určeny pro seniory. Úspěšně ukončený projekt v domově seniorů v Buchlovicích může posloužit jako vzor pro ostatní.

## 9.3 Klíčové aktivity

Aby byl cíl projektu naplněn, stanovila jsem klíčové aktivity. Předem naplánované fáze jednotlivých aktivit budou v průběhu realizace sledovány. Pro správný průběh musí být všechny fáze aktivit dobře časově rozvržené, proto je vytvořen i časový harmonogram. Všechny aktivity zároveň úzce souvisí s rozpočtem celého projektu.

Všechny aktivity byly předmětem konzultace s vedoucí domova, abych si ověřila možnost jejich realizace přímo ve službě.

### 9.3.1 Klíčová aktivita č. 1: Přípravná fáze projektu

Klíčová aktivita má za úkol připravit potřebné podklady a informace pro ostatní aktivity tohoto projektu.

Výstupy aktivity č. 1.

- Sestavení pracovního týmu. V týmu bude vedoucí domova, sociální pracovnice, vrchní zdravotní sestra, zdravotní sestra, koordinátorka přímé péče.
- Rozdělení úkolů pro analýzu potřeb.
- Analýza všech potřeb pro jednotlivé aktivity projektu.
- Průběžné schůze pracovního týmu.
- Schůze pracovního týmu s veškerým personálem - představení projektu, motivace personálu, debata.

Indikátory splnění aktivity č. 1.

- Jmenovitý seznam členů pracovního týmu s přidělenými úkoly.
- Zápisy z průběžných schůzí týmu, které budou obsahovat informace o průběhu příprav.
- Sestavení seznamu všech potřebných věcí k přípravě nebo nákupu pro splnění dalších klíčových aktivit.
- Zápis ze společné schůze.



### **9.3.2 Klíčová aktivita č. 2: Rozšíření technického vybavení**

Druhá aktivita se týká pořízení vybavení, které je potřebné k zajištění kvalitní péče o umírající pacienty. Půjde o pomůcky k zajištění ošetrovatelské i zdravotní péče. Některé pomůcky již domov vlastní, ale s rozšiřováním paliativní péče je třeba nakoupit více kusů, nebo obměnit ty nevyhovující.

Výstupy aktivity č. 2.

- Plán nákupu vybavení. Určení přiměřeného počtu kusů jednotlivých prvků a priorit jejich pořízení.
- Výběr vhodného dodavatele zdravotních pomůcek. S ohledem na přiměřenou cenu vybavení, důvěryhodnost firmy.
- Edukace personálu o instalaci a užívání pomůcek. Stanovení zodpovědných osob za používání pomůcek, kteří budou zaškoleni přímo od dodavatele pomůcek a dále budou informace předávat ostatnímu personálu.

Indikátory splnění aktivity č. 2.

- Kladné stanovisko od ředitelství a zřizovatele domova.
- Nakoupení požadovaného vybavení a zaevidování do stavu majetku domova.
- 2 zaučené osoby, zodpovědné za používání pomůcek.

### **9.3.3 Klíčová aktivita č. 3: Zaškolení personálu v oblasti komunikace s uživateli paliativní péče a jejich rodinou**

Tato aktivita má za cíl dosáhnout lepších výsledků v komunikaci mezi pracovníky a uživateli v paliativní péči nebo jejich blízkými. Z rozhovorů se zaměstnanci vyplynulo, že velká většina personálu má obavy hovořit s uživateli o smrti, neví jak se ptát a získávat informace týkající se péče v posledních týdnech života. Samotní uživatelé jsou mnohdy stydliví a otázky nekladou, protože se domnívají, že personál jim nebude umět odpovědět. Ze strany rodiny dochází i k téměř vyhroceným situacím, pokud se jim něco ve stylu poskytování péče nelíbí. Komunikace se dostává do „začarovaného kruhu“.

Výstupy aktivity č. 3.

- Výběr vhodného akreditovaného kurzu zaměřeného především na sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách.
- Kontakt s poskytovatelem kurzu, dohodnutí časových možností, dohoda o ceně kurzu.
- Zajištění vhodného místa a technického vybavení.
- Rozdělení pracovníků do vzdělávacích skupin a nastavení časového rozvržení kurzu tak, aby všichni měli možnost kurz absolvovat a zároveň nebyl pozměněn chod domova.

- Vytvoření edukačního materiálu přímo pro zaměstnance domova pro seniory v Buchlovicích. Tento dokument bude volně přístupný pro veškerý personál

Indikátory splnění aktivity č. 3.

- Řádně ukončený kurz. Kontrola proběhne pomocí prezenčních listin, které zúčastnění budou podepisovat na konci kurzu.
- Proškolený personál se znatelným zlepšením v oblasti sebedůvěry, navazování kontaktu s blízkými umírajících, snížení stresu ze situací, ve kterých je třeba komunikovat o posledních věcech člověka. Zhodnocení proběhne na základě dotazníkového šetření mezi personálem.
- Kladná zpětná vazba od uživatelů i jejich blízkých. Znatelně lepší jednání v oblasti paliativy, poskytování péče, posledních přání, možností loučení a další.
- Vytvořený výukový materiál, zpřístupněný personálu v elektronické i papírové formě.

### **9.3.4 Klíčová aktivita č. 4: Pravidelné informační hodiny pro rodinné příslušníky uživatelů v paliativní péči.**

Tato klíčová aktivita navazuje na potřebu sjednocení informací ohledně zdravotního stavu uživatelů a způsobů poskytování péče. Zároveň aktivita vytvoří prostor pro další spolupráci s rodinou. Informace jsou rodině předávány z různých zdrojů (od zdravotního personálu, pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků). Blízcí mohou být ve stresu ze zmatečných a necelistvých informací. Zkvalitnění informovanosti lze docílit tak, že budou určené odpovědné osoby, které se pravidelně budou zajímat o stav uživatelů v paliativní péči, informace budou aktualizovat a přes tyto osoby se pak rodinní příslušníci mohou dozvědět žádané informace. Zároveň mohou tyto odpovědné osoby poskytovat akutní informace o změnách zdravotního stavu uživatelů rodině. Momentálně lze informace získat od sociální pracovnice, vrchní sestry nebo vedoucích sester jednotlivých úseků. Běžnou praxí ale je, že se rodina ptá i pracovníků v sociálních službách nebo běžných zdravotních sester. Tyto osoby ale nemusí být vždy kompetentní ke správnému předání všech informací. Proto je i pro personál důležité, aby měli možnost odkázat rodinného příslušníka s dotazy na odpovědnější osobu a vyhnout se tak pozdějším nedorozuměním a nepříjemnostem.

Výstupy aktivity č. 4.

- Určení osob odpovědných za komunikaci s rodinou a předávání informací. Sociální pracovnice (5) a vedoucí zdravotní sestry (6) jednotlivých oddělení, celkem 11 lidí.

- Dohoda o dnech a časech poskytování informací výhradně rodinám uživatelů v paliativní péči. Např. úterý a čtvrtek od 14h do 16h. V těchto určených časech bude možná osobní i telefonická schůzka bez předešlého objednání.
- Nastavení vzájemné spolupráce mezi odpovědnými osobami, v případě nepřítomnosti některé z nich.
- Dohoda o způsobu předávání informací po telefonu. Např. na základě společného hesla (slovo, které volající musí říct, aby mu mohly být informace poskytnuty.)
- Nalezení zdrojů na zřízení nového částečného pracovního úvazku na post sociálního pracovníka.
- Vypsání konkurzu na obsazení nově zřízeného místa pro sociálního pracovníka na částečný úvazek.
- Propagace a oznámení této možnosti příbuzným. Letáčky, plakáty na nástěnkách domova, osobní informování.

Indikátory splnění aktivity č. 4.

- Pevně stanovená doba informativních hodin.
- Vytvoření manuálu o předávání informací pro odpovědné osoby. Ústní poučení odpovědných osob o předávání informací bude doloženo podpisovým archem.
- Nově přijatý sociální pracovník na částečný úvazek.
- Natištěné letáčky, vyvěšené plakáty na nástěnkách domova, osobní informování příbuzných prostřednictvím mailu, hovoru, apod.

### 9.3.5 Klíčová aktivita č. 5: Vybudování místa pro loučení

Pátá klíčová aktivita vychází z potřeby, kterou mají blízcí umírajících uživatelů. Jsou rodiny, které chtějí se svým blízkým zůstat co nejdéle, zvláště v jeho posledních chvílích. To je ovšem dost obtížné u uživatelů, kteří nejsou na jednolůžkovém pokoji. Vybudování takového místa by zásadně rozšířila možnost se v soukromí a důstojně rozloučit s blízkým člověkem.

Výstupy aktivity č. 5.

- Nalezení vhodného místa pro vybudování pokoje pro loučení.
- Vyprojektování pokoje - design, vybavení.
- Určení podmínek využívání pokoje. Informování rodin a blízkých o této možnosti.

Indikátory splnění aktivity č. 5.

- Vybudování pokoje pro loučení.
- Nákup vybavení.

- Vedené záznamy o využívání pokoje.

### **9.3.6 Klíčová aktivita č. 6: Průběžné hodnocení a závěrečné vyhodnocení projektu**

Klíčová aktivita má za cíl hodnocení celého projektu v průběhu realizace i na jejím konci.

Výstupy klíčové aktivity č. 6.

- Průběžné schůze pracovního týmu. Tvorba zpráv z jednotlivých schůzí s informacemi o průběhu realizace projektu.
- Osobní rozhovory pracovního týmu s uživateli paliativní péče, jejich příbuznými a se zaměstnanci v průběhu realizace projektu.
- Pracovním týmem prováděný monitoring poskytování péče na odděleních za účelem hodnocení.
- Závěrečná evaluace projektu. Pomocí dotazníků vytvořených pro zaměstnance, uživatele i rodinné příslušníky.
- Vyčerpání schválených rozpočtů.

Indikátory splnění aktivity č. 6.

- Průběžné zprávy ze schůzí a individuálních rozhovorů, poskytující informace o vývoji projektu.
- Vyhodnocení dotazníkového šetření mezi uživateli a jejich blízkými.
- Zpracovaná evaluační závěrečná zpráva.

## **9.4 Časový harmonogram**

Časový rozvrh projektu a jeho jednotlivých aktivit je rozložen do období od června 2024 do konce května 2025.

První fáze projektu bude sestavení pracovního týmu, a to během června 2024. Členové budou vybráni z řad zaměstnanců služby napříč pracovními posty, aby byla zajištěná objektivnost při rozhodování. Bude se skládat z vedoucí domova, vedoucí zdravotní sestry, sociální pracovnice, zdravotní sestry a koordinátorky přímé péče. Během první schůzky se zároveň určí termíny dalších průběžných schůzí týmu a rozdělí se úkoly pro zjištění potřeb k dalším aktivitám projektu. Na tuto analýzu bude mít přípravný tým celý měsíc. Po uplynutí sestaví soupis všech potřeb a určí jejich prioritu.

Během srpna bude pracovní tým mít čas na výběr vhodného vybavení, které se nakoupí. V září se zadá zakázka na akreditovaný kurz. Pracovní tým ještě rozdělí zaměstnance do učebních skupin v takovém počtu, jaký si vedoucí kurzu určí. Domluví se termíny jednotlivých přednášek. Pro velký počet zaměstnanců bude nutné zajistit více

termínů, aby se všichni mohli kurzu postupně zúčastnit. Kurz by mohl probíhat od prosince 2024 do března 2025 včetně.

Začátkem září 2024 bude vypsán konkurz na nový částečný úvazek pro sociálního pracovníka. Ve dnech 1. - 3. 10. 2024 proběhnou pracovní pohovory s uchazeči. Nástup bude možný od 14. 10. 2024.

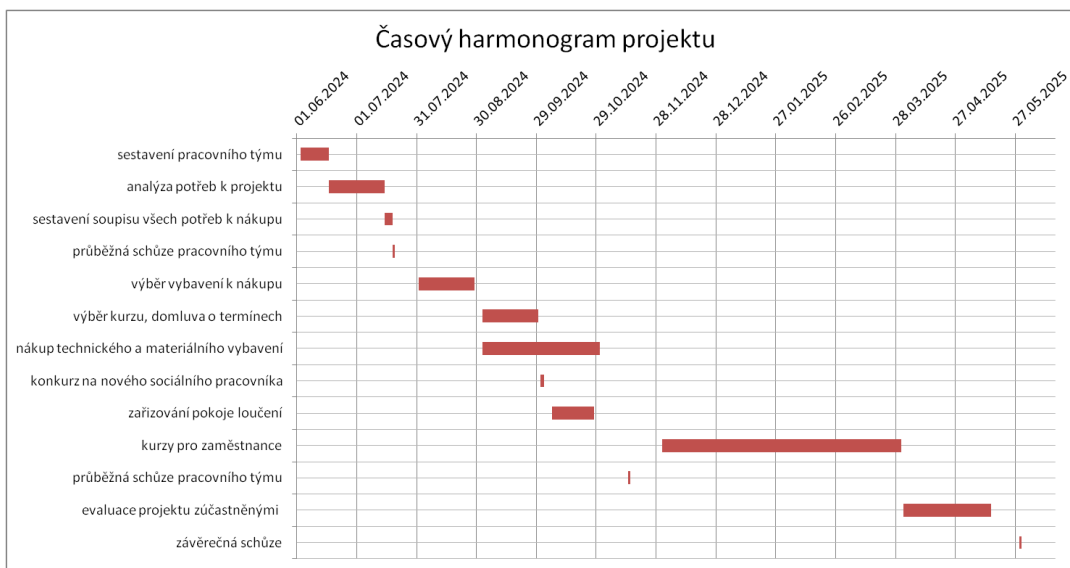
V říjnu 2024 bude probíhat zařizování pokojů loučení. Určený pokoj bude nejprve vyklizen, vymalován. Následně se do něj nainstaluje zakoupený nábytek, polohovací postel a ostatní vybavení. Jeho provoz bude možný od listopadu 2024. Také propagace možnosti využívání pokojů pro loučení bude probíhat zároveň s jeho přípravou. Chceme totiž nabídnout možnost jeho využití od samého začátku, tudíž je nutné dostat především příbuzným do podvědomí, že tato možnost bude k dispozici.

Od prosince budou probíhat předem naplánované kurzy pro všechny zaměstnance, a do konce března 2025 by se měli všichni prostřídat. Kurz bude probíhat v prostorách domova, přímo ve společenském sále, kde je veškeré potřebné technické vybavení k dispozici.

Duben 2025 a květen 2025 bude vyhrazený pro evaluaci projektu. Budou vyhotoveny dotazníky pro uživatele, jejich rodiny i pro zaměstnance. Členové pracovního týmu vypracují dotazníky. Sami je pak i rozdají mezi pracovníky, uživatele i rodinné příslušníky. Lze očekávat, že osobní kontakt zaručí více odevzdaných dotazníků než jejich pasivní umístění někde ve společných prostorách domova. Poté se setká znovu pracovní tým, který zhodnotí celou realizaci a úspěšnost projektu. Tým vypracuje i závěrečné hodnocení, které seskládá z osobních konzultací s lidmi zapojenými do projektu a z odevzdaných dotazníků. Zhodnotí prozatímní využívání pokojů pro loučení a zájem blízkých příbuzných o informativní hodiny pro ně určené. Nelze očekávat, že během krátké doby realizace projektu budeme schopni objektivně zhodnotit všechna pozitiva a přínosy paliativní péče a její vliv na uživatele, jejich rodiny i zaměstnance. Závěrečné zhodnocení bude mít pouze informativní charakter. Důkladnější evaluaci provedeme za rok od ukončení projektu.

## 9.4.1 Ganttův diagram

Diagram zobrazuje jednotlivé aktivity projektu chronologicky. Znázorňuje graficky průběh realizace projektu. Usnadňuje orientaci v aktivitách.



Obrázek 1 Časový harmonogram projektu

Tabulka 1 Seznam aktivit a jejich časové rozvržení

Aktivita:	Začátek	Konec
sestavení pracovního týmu	03. 06. 2024	17. 06. 2024
analýza potřeb k projektu	17. 06. 2024	15. 07. 2024
sestavení soupisu všech potřeb k nákupu	15. 07. 2024	19. 07. 2024
průběžná schůze pracovního týmu	19. 07. 2024	19. 07. 2024
výběr vybavení k nákupu	01. 08. 2024	29. 08. 2024
výběr kurzu, domluva o termínech	02. 09. 2024	30. 09. 2024
nákup technického a materiálního vybavení	02. 09. 2024	31. 10. 2024
zařizování pokoje loučení	07. 10. 2024	28. 10. 2024
kurzy pro zaměstnance	01. 12. 2024	31. 03. 2025
průběžná schůze pracovního týmu	14. 11. 2024	14. 11. 2024
evaluace projektu zúčastněnými	01. 04. 2025	15. 05. 2025
závěrečná schůze	29. 05. 2025	29. 05. 2025

## 9.5 Rozpočet projektu

Aby mohl být projekt zrealizován, je třeba sestavit jeho rozpočet. Potenciální náklady budou rozebrány v této kapitole.

Personální náklady:

- Odměny pětičlennému pracovnímu (přípravnému) týmu za přípravu podkladů pro projekt, průběžné sledování a hodnocení jednotlivých kroků projektu a závěrečné vyhodnocení: 5 x 30 000 Kč, tedy 150 000 Kč.
- Finanční ohodnocení osob zodpovědných za nové zdravotnické pomůcky a technického vybavení, za povinnosti plynoucí z této pozice a za edukaci ostatních zaměstnanců při práci s těmito pomůckami: 2 x 2000 Kč, tedy 4000 Kč.
- Finanční ohodnocení osob, které budou tvořit a vyhodnocovat dotazníky: 2 x 5000 Kč, tedy 10 000 Kč.
- Mzdové náklady na nový částečný úvazek sociálního pracovníka od nástupu do konce realizace projektu: 10. platová třída - tarif 27 430 Kč - 40 110 Kč, tedy 102 862 Kč – 160 440 Kč.

Náklady na nákup technického vybavení - seznam prvků, které doplní stávající inventář:

- 5 infuzních stojanů: 5 x 2890 Kč, tedy 14 450 Kč.
- 2 infuzní pumpy: 2 x 17 840 K, tedy 35 680 Kč.
- Kyslíkový přístroj (kyslíkový koncentrátor): 25 900 Kč.
- 2 antidekubitní matrace: 2 x 1990 Kč, tedy 3980 Kč.
- Odsávačka hlenů: 4430 Kč

Náklady na vybudování pokoje pro loučení:

- Polohovací postel: 26 900 Kč.
- Nábytek do pokoje: 21 500 Kč.
- Signalizační zařízení (rozšíření stávající signalizace o jeden pokoj): 4980Kč.
- Mobilní klimatizace: 6490 Kč.
- Výmalba pokoje: 2700 Kč.
- Madla: 1700Kč.
- Osvětlení: 2300Kč.
- Ostatní vybavení a doplňky: 1500 Kč.

Náklady na vzdělávací kurz:

- Vzdělávací osmihodinový kurz určený pro 20 účastníků: 1780 Kč/osoba. Kurzem by mělo projít všech 80 zaměstnanců sociálního úseku, tedy 142 400 Kč.
- Místo konání: společenský sál domova pro seniory, tedy 0 Kč.
- Technické vybavení (počítač, projektor, promítací plátno): vlastnictví domova, tedy 0 Kč.
- Výroba a tisk výukového materiálu pro zaměstnance: 1800 Kč.

Náklady na propagaci projektu:

- Výroba a tisk informačních letáků: 1000 Kč.

- Zveřejnění informačních letáčků a brožur na webových stránkách a sociálních sítích domova: 0 Kč

Náklady na hodnocení projektu:

- Výroba a tisk průběžných dotazníků pro zaměstnance: 500 Kč.
- Výroba a tisk průběžných dotazníků pro příbuzné a uživatele: 500 Kč.
- Výroba a tisk závěrečných dotazníků: 500 Kč.

Nepředvídané náklady: 14 000 Kč.

**Celkové náklady projektu činí 633 650 Kč.**

Finanční zdroje:

- Státní granty: 220 330 Kč
- Dotace z kraje: 369 320 Kč
- Vlastní prostředky: 44 000 Kč

**Celkové finanční zdroje činí 633 650 Kč.**

Rozpočet je přehledně zpracovaný v následující tabulce:

Tabulka 2 Rozpočet projektu

NÁKLADY		ZDROJE				
		Státní granty	Dotace z kraje	CIZÍ ZDROJE	Vlastní prostředky	CELKEM
<b>Náklady provozní</b>	<b>633 650,00 Kč</b>	220 330,00 Kč	369 320,00 Kč		44 000,00 Kč	<b>633 650,00 Kč</b>
<b>Personální náklady</b>	<b>324 440,00 Kč</b>			310 440,00 Kč		<b>324 440,00 Kč</b>
Odměny pracovnímu týmu	150 000,00 Kč	80 000,00 Kč	70 000,00 Kč			150 000,00 Kč
Osobní ohodnocení	14 000,00 Kč				14 000,00 Kč	14 000,00 Kč
Mzdové náklady nového úvazku	160 440,00 Kč		160 440,00 Kč			160 440,00 Kč
<b>Nákup technického vybavení</b>	<b>140 830,00 Kč</b>			117 830,00 Kč		<b>140 830,00 Kč</b>
Infuzní stojany	14 450,00 Kč	10 000,00 Kč	4 450,00 Kč			14 450,00 Kč
Infuzní pumpy	35 680,00 Kč	10 000,00 Kč	25 680,00 Kč			35 680,00 Kč
Kyslíkový koncentrátor	25 900,00 Kč	25 900,00 Kč				25 900,00 Kč
Antidekubitní matrace	3 980,00 Kč		3 980,00 Kč			3 980,00 Kč
Odsávačka hlenů	4 430,00 Kč	4 430,00 Kč				4 430,00 Kč
Polohovací postel	26 900,00 Kč	10 000,00 Kč	16 900,00 Kč			26 900,00 Kč
Mobilní klimatizace	6 490,00 Kč		6 490,00 Kč			6 490,00 Kč
Nábytek	21 500,00 Kč				21 500,00 Kč	21 500,00 Kč
Ostatní vybavení	1 500,00 Kč				1 500,00 Kč	1 500,00 Kč
<b>Nákup služeb celkem</b>	<b>150 080,00 Kč</b>			147 380,00 Kč		<b>150 080,00 Kč</b>
Výmalba pokoje	2 700,00 Kč				2 700,00 Kč	2 700,00 Kč
Instalace signalizačního zař.	4 980,00 Kč		4 980,00 Kč			4 980,00 Kč
Akreditovaný kurz	142 400,00 Kč	80 000,00 Kč	62 400,00 Kč			142 400,00 Kč
<b>Ostatní náklady</b>	<b>4 300,00 Kč</b>					<b>4 300,00 Kč</b>
Tisk materiálů	1 800,00 Kč				1 800,00 Kč	1 800,00 Kč
Tisk dotazníků	1 500,00 Kč				1 500,00 Kč	1 500,00 Kč
Propagace	1 000,00 Kč				1 000,00 Kč	1 000,00 Kč
<b>Rezerva</b>	<b>14 000,00 Kč</b>		14000			<b>14 000,00 Kč</b>

## 9.6 Přidaná hodnota projektu

Přidanou hodnotu projektu lze najít v několika oblastech. V první řadě projekt zkvalitní život uživatelům domova. Smrt je neodkladnou záležitostí a nastavené postupy péče



mohou pozitivně ovlivnit pobyt uživatele v domově na jeho samém konci. Paliativní péče přinese uživatelům výhody trávení závěru života v jim známém a příjemném prostředí.

I přes fakt, že senioři jsou uživateli sociální služby a předpokládá se tak, že v dané instituci i zemřou, nechudíme je o možnost být do poslední chvíle s blízkými. Ani v domově seniorů se paliativní péče neodchyluje od svých základních zásad a poskytuje péči nejen umírajícím, ale i jejich rodinám a dalším blízkým. Poskytovaná podpora může pomoci lépe emocionálně i prakticky zvládat danou situaci.

Velkým pozitivem, které projekt přináší, je snížení stresu a obav ze smrti a umírání. Tento fakt má dopad na všechny zúčastněné příjemce. Uživatelé, kterým bude poskytována kvalifikovaná péče, určená právě pro závěr života, mohou mnohem snáze přijmout skutečnost blížícího se konce. Nemusí mít strach z nejistoty, protože paliativa informuje zásadně pravdivě a jedná přímo s uživatelem péče bez dalších prostředníků. Zároveň rodina a blízcí se nemusí obávat toho, že se služba nedokáže dobře postarat o jejich blízké v úplném závěru života. Budou mít možnost pravidelně se informovat u odpovědných osob. Nabídnuta jim bude podpora i pomoc během celé doby poskytování paliativní péče. Bude jim poskytnut prostor i čas pro loučení se. V neposlední řadě se zmírnění stresu dotkne zaměstnanců, kteří si nejsou jisti v oblasti komunikace s umírajícími nebo jejich rodinami. Nebudou mít obavy z kontaktu s uživatelem v paliativní péči. Opadne strach z rozhovorů o posledních věcech. Pracovníci mohou lépe reagovat na dotazy rodinných příslušníků, mohou jim pomoci připravit se na umírání jejich blízkého. Komunikačně zdatný personál, zběhlý v oblasti paliativní péče, působí profesionálně a pro rodiny představuje větší jistotu kvalitně a správně poskytované péče.

Realizací projektu se zvedne i prestiž služby. Rozšíří se její možnosti poskytování péče, která se tak stane komplexnější. Velikost domova seniorů v Buchlovicích je jednou z nevýhod, které domov má, avšak rozšířením paliativy službu zindividualizujeme. Poskytneme pro uživatele příjemnější rodinné prostředí, které na ně pozitivně působí. Spokojení uživatelé pak dělají spokojený personál a naopak.

Projekt může do budoucna sloužit jako vzor pro ostatní domovy seniorů i jiné pobytové sociální služby zřizované stejnou nebo i jinou organizací.

## 9.7 Management rizik

Riziko a nejistota výrazně ovlivňuje veškeré lidské aktivity. Spolu s kvalitou přípravy a kvalitou realizace se řadí mezi tři základní faktory ovlivňující výsledky projektu. Riziko můžeme chápat jako možnost vzniku ztráty nebo zabránění popř. ohrožení dosažení cílů projektu. Důvodem, proč se managementem rizik zabýváme, je zvýšení pravděpodobnosti úspěšného zakončení projektu a dosažení všech jeho cílů. (Fotr, Souček, 2011, s. 142-150). Plán management rizik pak může mít tyto části:

- identifikace rizik,
- hodnocení rizik,
- proti-riziková opatření,
- stanovení významnosti rizik,
- monitorování rizik a jejich přezkoumávání.

Rizika jsou zpracována v následující tabulce i se svými dopady na projekt a možnými preventivními opatřeními.

Tabulka 3 Identifikovaná rizika projektu

<b>Identifikace rizika</b>	<b>Dopad na projekt</b>	<b>Preventivní opatření</b>
Neschválení realizace projektu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nemožnost realizace celého projektu</li> <li>– nezkvalitnění služby a nepozvednutí její celkové prestiže</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultace fází projektu se všemi aktéry</li> <li>– stavění na podložených faktech a údajích o službě a paliativní péči</li> <li>– reálně nastavená očekávání i cíle</li> <li>– proveditelnost přímo v místě služby</li> </ul>
Nepodpoření projektu ze strany personálu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– znemožnění správné realizace projektu</li> <li>– špatná spolupráce pracovního týmu s ostatními zaměstnanci</li> <li>– bojkot nových postupů a metod práce</li> <li>– úpadek kvality veškeré poskytované péče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dobře vysvětlený záměr projektu zaměstnancům</li> <li>– přehled personálu o aktivitách, krocích projektu</li> <li>– vysvětlení pozitivního dopadu na všechny zúčastněné</li> </ul>

<p>Odmítavý postoj uživatelů k poskytování paliativní péče.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zbytečnost realizace projektu</li> <li>– nedostatečný prostor pro práci s rodinou umírajícího</li> <li>– nemožnost zkvalitnění péče poskytované v DS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dostatečná informovanost</li> <li>– správná a účelná propagace projektu</li> <li>– dostatečná komunikace s uživateli i jejich rodinami</li> <li>– individuální péče</li> </ul>
<p>Nenalezení vhodného prostoru pro vybudování pokoje pro loučení.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– znemožnění uživatelům i jejich příbuzným rozloučit se v soukromí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– analýza prostorových možností domova</li> <li>– správné vyhodnocení vhodnosti umístění pokoje</li> <li>– zapojení profesionálního projektanta</li> </ul>
<p>Malý zájem o využívání pokoje pro loučení.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zbytečná investice do vybudování pokoje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dostatečná informovanost uživatelů i jejich rodin</li> <li>– propagace této možnosti</li> <li>– správná komunikace mezi personálem a uživateli/rodinou uživatele</li> </ul>

<p>Neexistence vhodného kurzu v oblasti komunikace s uživateli paliativní péče.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nedostatečná odborná příprava zaměstnanců</li> <li>– žádné zlepšení v oblasti komunikace s uživateli/rodinou</li> <li>– úplné nesplnění jedné aktivity projektu</li> <li>– negativní vnímání projektu ze strany rodinných příslušníků</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– informovanost pracovního týmu o možnostech poskytovatelů akreditovaných kurzů</li> <li>– výběr vhodného kurzu ještě před začátkem projektu</li> </ul>
<p>Nemožnost zařazení kurzu pro všechny zaměstnance sociálního úseku z kapacitních důvodů školitele.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nedostatečná odborná příprava zaměstnanců</li> <li>– negativní vnímání projektu ze strany rodinných příslušníků</li> <li>– vzájemné neshody mezi pracovníky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– informovanost pracovního týmu o kapacitních možnostech poskytovatelů akreditovaných kurzů</li> <li>– včas zarezervovaný kurz pro všechny zaměstnance</li> <li>– podřízení se termínům a podmínkám školitele</li> </ul>
<p>Nedostatek vhodných termínů pro realizaci kurzu v potřebném počtu pro všechny zaměstnance sociálního úseku.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nedostatečná odborná příprava všech zaměstnanců</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– včasná komunikace se školitelem</li> <li>– včasná dohoda o termínech</li> </ul>

<p>Personálem nevyužívané informace ze školení v praxi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nezkvalitnění poskytované péče</li> <li>– zbytečná investice do kurzu</li> <li>– negativní dopad na uživatele i jejich rodiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poskytnutí srozumitelných výukových materiálů</li> <li>– správné vysvětlení důležitosti komunikace v paliativní péči</li> <li>– využívání zásad komunikace vedoucími pozicemi (příklad pro ostatní)</li> </ul>
<p>Větší náchylnost personálu k syndromu vyhoření z důvodu zvýšení náročnosti práce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– psychická a fyzická únava personálu</li> <li>– zvýšená nemocnost</li> <li>– úbytek personálu</li> <li>– odchod ze zaměstnání</li> <li>– negativní dopad na projekt</li> <li>– nespokojenost uživatelů/rodin</li> <li>– nedostatečná kvalita poskytované péče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poskytování podpory personálu</li> <li>– dodržování zásad psychohygieny</li> <li>– správná tvorba směn s dostatečným časem pro odpočinek</li> <li>– podpora týmové spolupráce</li> <li>– rotace pracovních pozic v rámci domova</li> </ul>
<p>Nedostatek finančních zdrojů na zřízení nového částečného pracovního úvazku.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– časové zahlcení ostatních sociálních pracovníků</li> <li>– neúspěšné ukončení jedné z aktivit projektu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– včasná komunikace s poskytovatelem i zřizovatelem služby o potřebnosti nového úvazku</li> </ul>

<p>Problematické obsazení částečného úvazku.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– neúspěšné ukončení jedné z aktivit projektu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nabídka osobního ohodnocení po zkušební době</li> <li>– výhody plynoucí z celého zaměstnaneckého úvazku</li> </ul>
<p>Nedostatek financí z důvodu zvýšení cen požadovaných pomůcek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– překročení rozpočtu</li> <li>– nenakoupení všech potřebných pomůcek</li> <li>– nedostatečné zkvalitnění poskytované péče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– včasná komunikace s výrobcí nebo prodejci zdravotních pomůcek</li> <li>– předkupní smlouvy</li> <li>– sledování cen a jejich pohybu už během plánování</li> </ul>

## Závěr

Důvodů, proč jsem si k vytvoření této práce vybrala téma paliativní péče, bylo hned několik. Aktuálnost tématu, postupné zavádění paliativní péče v domově seniorů v Buchlovicích, malé povědomí laické veřejnosti o principech a možnostech paliativní péče, a především pak moje osobní přesvědčení. Paliativní péče pro mě představuje komplexní a smysluplnou péči, která individuálně pracuje s životem každého člověka, zároveň myslí i na jeho konec a není poskytována jen nevléčitelně nemocným, ale také starým lidem.

Paliativa v domově seniorů nabízí možnost rozšíření již poskytované péče všem seniorům, kterým není lhostejné, jak stráví konec života, nebo se otázkám kolem smrti brání, nebo se jich bojí. Rozhodně není pravdou, že ve službách, ve kterých se starají o seniory, a se smrtí se počítá, není třeba investovat do zavádění a poskytování paliativní péče. Ta totiž logicky navazuje na péči poskytovanou seniorům po celou dobu jejich pobytu ve službě a zároveň zvedá její úroveň.

Celá práce se věnuje identifikované potřebě rozšíření a tím pádem zkvalitnění poskytované paliativní péče v konkrétním zařízení. Domov seniorů v Buchlovicích patří mezi největší služby svého druhu a to nejen v rámci okresu nebo kraje. Nevýhodou těchto velkých zařízení bývá anonymita a neindividuálnost péče. To ale dobře zavedená a poskytovaná paliativa může změnit. Přání a představy jednotlivých uživatelů o trávení času během pobytu se nemusí smrsknout jen na jeho začátek nebo konec. V rámci paliativní péče můžeme pracovat s člověkem dlouhodobě a informace postupně sbírat.

Práce se dělí na dvě části. V té teoretické jsem popsala základní principy paliativní péče a vysvětlila vybrané nejdůležitější pojmy. Podrobněji jsem se zaměřila na cílové skupiny seniorů a jejich rodinných příslušníků, protože právě na ně je vytvořený projekt zaměřený. Zjistila jsem, že historické základy má paliativní péče především v humanistické psychologii. Výrazným prvkem je totiž také zaměřená pozornost na člověka, na jeho individualitu a osobní potřeby. Protože se obor paliativní péče dotýká jak zdravotní tak sociální sféry, legislativa upravující její poskytování čerpá ze zdravotnických zákonů i těch se sociálním charakterem. V kapitole věnující se etice jsem popsala etická dilemata, se kterými se v paliativní péči setkáváme. V rámci sociálních služeb je to ve většině případů nesoulad mezi poskytovanou péčí personálem a přáním uživatele nebo jeho rodiny. Pro předcházení porušování etických zásad existuje institut dříve vysloveného přání, kterému se také věnuji. Jde o legislativně ošetřenou možnost vyjádřit se dopředu k poskytnutí nebo neposkytnutí lékařské péče v případě, že člověk nebude později schopen sám sdělit svůj názor.

Druhá část rozpracovává projekt určený přímo domovu pro seniory Buchlovice. Nejprve jsem zpracovala analýzu potřeby, aby vytvořený projekt reagoval na potřeby, které domov má. I přesto, že v rámci domova seniorů v Buchlovicích se paliativní péče

poskytuje již přes rok, narazila jsem na celou řadu možností, jak péči ještě rozšířit nebo vylepšit. Největším problémem byl z mého pohledu nedostatek pozornosti věnované příbuzným uživatelů v paliativní péči. I proto hned tři klíčové aktivity cílí spolu s uživateli i na jejich rodinné příslušníky a blízké. Aby byl projekt realizovatelný, vypracovala jsem jeho rozpočet i časový harmonogram. Ten je pak graficky znázorněný pomocí Ganttova diagramu.

Přidanou hodnotu projektu nacházím hned v několika oblastech. V první řadě zkvalitní a zindividualizuje poskytovanou péči nejen uživatelům, ale i jejich blízkým. Pomůže službě zvednout svou úroveň a prestiž. Poskytování paliativní péče v domovech seniorů není samozřejmostí. A také vzhledem k tomu, že domov seniorů není jediná služba, kterou organizace zřizuje, očekávám, že projekt může pozitivně ovlivnit i ostatní služby a může sloužit jako inspirace nebo vzor.

Cíl bakalářské práce, vytvoření projektu na doprovázení uživatelů v paliativní péči a jejich příbuzných v domově seniorů Buchlovice, byl splněn.



## Bibliografie

- ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a POSPÍŠILOVÁ, Yvona (ed.). *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- ALZHEIMER CENTRUM. Reminiscenční terapie. *Alzheimer centrum*[online]. © 2019 Alzheimercentrum pp s.r.o. [cit 2024-04-04]. Dostupné z <https://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=reminiscencni-terapie>.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. Systémové hodnocení kvality hospicové péče. *Centrum paliativní péče*[online]. © 2023 Centrum paliativní péče. [cit. 2024-01-30]. Dostupné z <https://paliativnicentrum.cz/projekty/systemove-hodnoceni-kvality-hospicove-pece>.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. O nás. *Paliativnicentrum.cz*[online]. © 2023. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z <https://paliativnicentrum.cz/o-nas>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Čtyři z deseti seniorů žijí ve svém rodišti. *Czso.cz*[online]. © 2022. [cit. 2023-12-06]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/ctyri-z-deseti-senioru-ziji-ve-svem-rodisti>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Domácnosti seniorů *Czso.cz*[online]. © 2022. [cit. 2024-03-04]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993af>.
- ČLOVĚKU ČLOVĚKEM. Biografická péče. *Clovekuclovekem.cz*[online]. © Copyright 2018 Domov pro seniory Tovačov, p.o. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z <https://clovekuclovekem.cz/biograficka-pece.html>.
- DOMOV DŮCHODCŮ DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM. Paliativní péče, doprovázení umírajících a péče o pozůstalé. *Domovdknl.cz*[online]. © 2023. [cit. 2023-12-07]. Dostupné z <https://www.domovdknl.cz/cinnosti/paliativni-pece-doprovazeni-umirajicich-a-pece-o-pozustale/>
- DOMOV PRO SENIORY BRNO ŘEČKOVICE. Paliativní péče. *Naděje .cz*[online]. © NADĚJE 2013 - 2024. [cit. 2024-3-23]. Dostupné z [https://www.nadeje.cz/domov\\_pro\\_seniory\\_reckovice/paliativni\\_pece](https://www.nadeje.cz/domov_pro_seniory_reckovice/paliativni_pece).
- DOMOV PRO SENIORY TOVAČOV. Dokumenty. *dstovacov.cz*[online]. © 2020 Copyright Domovy online. [cit. 2024-3-23]. Dostupné z <https://www.dstovacov.cz/o-nas/dokumenty>.
- DOSTÁLOVÁ, Ludmila. *Vznik domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče* [online]. 2023 [cit. 2023-12-13]. Dostupné z: <https://is.caritas-vos.cz/th/eerxa/>. Absolventská práce. CARITAS - Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Vedoucí práce Ivana OLECKÁ.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FABIÁN, Petr. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 978-80-7560-368-5.

- FOTR, Jiří a SOUČEK, Ivan. *Investiční rozhodování a řízení projektů: jak připravovat, financovat a hodnotit projekty, řídit jejich riziko a vytvářet portfolio projektů*. Expert (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3293-0.
- GJURIČOVÁ, Šárka a KUBIČKA, Jiří. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.
- KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 1. Díl*. Grada. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-6896-0.
- KREBS, Vojtěch., et al. *Sociální politika*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- LINKOS. Kvalita života pacientů v paliativní péči, ošetrovatelská péče v zahraničí. *Linkos*[online]. © 2024 ČOS ČLS JEP. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/kvalita-zivota-pacientu-v-paliativni-peci-osetrovatelska-pace-v-zahranici/>.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální služby. *mpsv.cz*[online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2023-10-31]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Transformace sociálních služeb. *mpsv.cz*[online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2024-03-04]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>.

- MVČR. Riziko. *Ministerstvo vnitra České republiky*[online]. © 2023 Ministerstvo vnitra České republiky. [cit. 2023-11-22]. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/riziko.aspx>
- OMBUDSMAN PRO ZDRAVÍ. Dříve vyslovená přání. *Ombudsman pro zdraví*[online]. © 2023 Ombudsman pro zdraví. [cit. 2023-11-20]. Dostupné z <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/drive-vyslovena-prani/>.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PAYNE, Sheila; SEYMOUR, Jane a INGLETON, Christine. *Paliativní péče: principy a praxe*. Paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PCA. Carl Rogers. *PCA Institut Praha*[online]. ©2023 PCA Institut Praha. [cit. 2023-11-02]. Dostupné z <https://www.pca-institut.cz/cs/page/14-carl-rogers/>.
- PÉČE. Péče doma. *Péče.cz*[online]. © 2020. [cit. 2023-10-21]. Dostupné z <https://pece.cz/zarizeni-sluzby/seznam/pece-doma.html>.
- PÉČE. V čem se liší hospic a paliativní péče? *Péče.cz*[online]. © 2020. [cit. 2024-04-03]. Dostupné z <https://pece.cz/blog/v-cem-se-lisi-hospic-paliativni-pece.html>
- PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.
- PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-09-1.
- ROBERTS, Jana. Jak staří lidé vnímají konec života? *Sociální práce/Sociálna práca*. 2010, (10)2: 138-143. ISSN 1213-6204.
- SKORUNKA, D. Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. Online. *General Practitioner / Praktický Lékař*. 2018, roč. 98, č. 1, s. 18-25. ISSN 00326739. [cit. 2024-02-12].
- SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLEA. Logoterapie a existenciální analýza Viktora Frankla. *Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu*[online]. ©2023slea.cz. [cit. 2023-11-06]. Dostupné z [https://www.slea.cz/wp/?page\\_id=392](https://www.slea.cz/wp/?page_id=392)
- SOCIÁLNÍ PRÁCE. Sociální pracovník v hospicové a paliativní péči. *SP Sociální práce/Sociálna práca*[online]. © 2020 - časopis Sociální práce. [cit. 2023-11-10]. Dostupné z <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>
- SOCIÁLNÍ PRÁCE. Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem. *Sociální práce/Sociálna práca*[online]. © 2020 - časopis Sociální práce. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z

- <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/>.
- SOCIÁLNÍ SLUŽBY UHERSKÉ HRADIŠTĚ. Domov pro seniory Buchlovice. *Sociální služby Uherské Hradiště*[online]. © 2024 ssluh.cz. [cit. 2024-08-02]. Dostupné z <https://www.ssluh.cz/c-domov-se-zvlastnim-rezimem-buchlovice/o-domove.htm>
- SOCIÁLNÍ SLUŽBY UHERSKÉ HRADIŠTĚ. Sociální služby Uherské Hradiště, příspěvková organizace. *Sociální služby Uherské Hradiště*[online]. © 2024 ssluh.cz. [cit. 2024-26-02]. Dostupné z <https://www.ssluh.cz/socialni-sluzby-uherske-hradiste-prispevkova-organizace.htm>.
- SOCIÁLNÍ SLUŽBY UHERSKÉ HRADIŠTĚ. Rozpočet na rok 2024 a střednědobý výhled rozpočtu na roky 2025 a 2026. *Sociální služby Uherské Hradiště*[online]. © 2024 ssluh.cz. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z <https://www.ssluh.cz/rozpocet-na-rok-2024-a-strednedoby-vyhled-rozpocet-na-roky-2025-a-2026.htm>.
- STOLIČKA, Milan, BUŽGOVÁ, Radka. Mezinárodní výzkum problematiky paliativní péče u pacientů s demencí. *Praktický lékař*. 2012, 92(6): 346-351. ISSN 0032-6739.
- SUE RYDER. Paliativní péče. *Sue-ryder.cz*[online]. © 2017 Sue Ryder. [cit. 2023-12-06]. Dostupné z <https://www.sue-ryder.cz/clanky/paliativni-pece>.
- SUE RYDER. Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory *Sue-ryder.cz*[online]. © 2017 Sue Ryder. [cit. 2024-04-03]. Dostupné z [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP\\_A4.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf).
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 3., aktualizované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3885-2.
- ŠŤASTNÁ, Jaroslava. *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3356-5.
- TOKÁROVÁ, Anna, KREDÁTUS, Jozef, FRK, Vladimír. *Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. 1., vydání. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.
- TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5
- TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
- ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 2., vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2005. ISBN 80-86429-36-9.
- UMÍRÁNÍ. Data o umírání. *Umirani.cz*[online]. © 2005. [cit. 2023-10-21]. Dostupné z <https://www.umirani.cz/data>.
- UMÍRÁNÍ. Historie paliativní péče. *Umirani.cz*[online]. © 2005. [cit. 2023-11-01]. Dostupné z <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>.

VÝBOR DOBRÉ VŮLE NADACE OLGY HAVLOVÉ. Paliativní a hospicová péče.

VDV.cz[online]. © 2014. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z

<https://www.vdv.cz/programy/paliativni-pece/>.

VZP. Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. *Všeobecná zdravotní pojišťovna*

*České republiky*[online]. © 2023 VZP ČR. [cit. 2023-11-24]. Dostupné z

<https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-pece-o-pacienta-v-terminalnim-stavu>.



## **Seznam obrázků a tabulek**

Obrázek 1 Časový harmonogram projektu.....	54
Tabulka 1 Seznam aktivit a jejich časové rozvržení .....	54
Tabulka 2 Rozpočet projektu .....	56
Tabulka 3 Identifikovaná rizika projektu .....	58

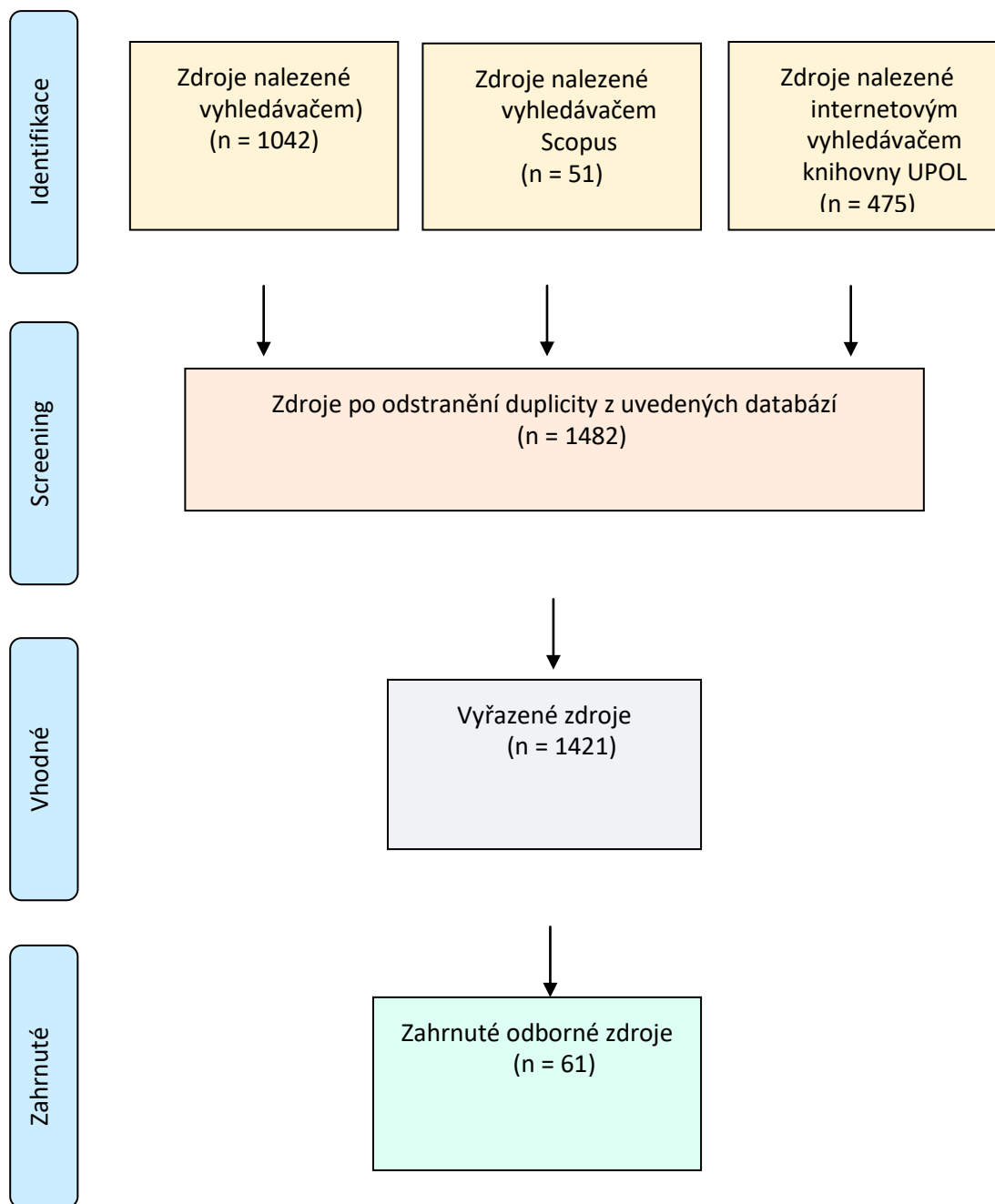
## Seznam příloh

Příloha 1 PRISMA Flow Diagram .....	73
Příloha 2 Proces implementace paliativní péče (vlastní tvorba dle Paliativní péče v rezidenčních službách s. 85).....	74
Příloha 3 Pyramida lidských potřeb dle A. H. Maslowa (zdroj: <a href="https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/">https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/</a> [cit. 2023-11-02]) .....	75
Příloha 4 Tabulka výše příspěvků dle stupňů závislosti a věku (vlastní tvorba dle MPSV.cz) .....	76



# Přílohy

Příloha 1 PRISMA Flow Diagram



Příloha 2 Proces implementace paliativní péče (vlastní tvorba dle Paliativní péče v rezidenčních službách s. 85)



Příloha 3 Pyramida lidských potřeb dle A. H. Maslowa

(zdroj:<https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>[cit. 2023-11-02])



Příloha 4 Tabulka výše příspěvků dle stupňů závislosti a věku (vlastní tvorba dle MPSV.cz)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku	
	nad 18let	pod 18 let
I. stupeň (lehká závislost)	880 Kč	3 300 Kč
II. stupeň (středně těžká závislost)	4 400 Kč	6 600 Kč
III. stupeň (těžká závislost)	12 800 Kč	13 900 Kč
IV. stupeň (úplná závislost)	19 200 Kč	19 200 Kč

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se věnuje tématu paliativní péče a jejímu poskytování v rámci domova pro seniory.

Cíl práce: Cílem bylo vytvoření projektu pro domov seniorů v Buchlovicích, který by rozšířil možnosti doprovázení uživatelů v paliativní péči a jejich příbuzných.

Metodika: Za pomoci klíčových slov a jejich různých kombinací byly vyhledány odborné zdroje týkající se tématu. Využity byly internetové vyhledávače EBSCO a Scopus a dále také elektronická databáze knihovny Univerzity Palackého. Z takto vyhledané literatury bylo čerpáno při zpracovávání teoretické části práce a analýzy potřebnosti.

Výsledky: Výsledkem je projekt, který zohledňuje potřeby i možnosti služby. Popisuje rizika i možná opatření. Je časově rozvržený a má daný rozpočet. Skládá se z 6 hlavních klíčových aktivit. U každé aktivity pak popisuje její výstupy i indikátory splnění.

Závěr: Projekt může sloužit jako opora pro domov seniorů v Buchlovicích při rozšiřování paliativní péče. Zároveň lze z projektu čerpat inspiraci i pro jiné služby poskytující péči seniorům.

Klíčová slova: paliativní péče, umírání, smrt, uživatel, rodina, sociální pracovník, domov seniorů, multidisciplinární tým.



## **Abstract**

The bachelor thesis is devoted to the topic of palliative care and its provision in the retirement home.

The aim: The aim was to create a project for a retirement home in Buchlovice, which would expand the possibilities of accompanying clients in palliative care and their relatives.

Methodology: Using keywords and their various combinations, expert sources related to the topic were searched. EBSCO and Scopus internet search resources were used, as well as the electronic databases of the Palacký University Library. The literature search was used for the theoretical part of the thesis and the analysis of the need.

Results: The result is a project that takes into account the needs and possibilities of the service. It describes the risks and possible actions. It is timed and budgeted. It consists of 6 main key activities. For each activity it describes its outputs and indicators of achievement.

Conclusion: The project can serve as a support for the retirement home in Buchlovice in expanding palliative care. At the same time, the project can be used as inspiration for other services providing care for the elderly.

Keywords: palliative care, dying, death, client, family, social worker, nursing home, multidisciplinary team.