

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra sociální a charitativní práce

Diplomová práce

KLADY A ZÁPORY HOSPICOVÉHO MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Autor práce: Bc. Ester Dombrovská
Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.
Studijní program: Etika v sociální práci (KS)

2023

Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

26. 4. 2023

Bc. Ester Dombrovská

.....

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce Mgr. Heleně Machulové, Ph.D. za všestrannou pomoc, připomínky a metodické vedení práce. Zároveň bych chtěla také poděkovat Mgr. Petře Lískové za mnoho inspirativních rad, podnětů, doporučení a především za podporu při psaní této práce.

Obsah

ÚVOD	6
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	8
1.1 CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE.....	8
1.2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	9
1.3 ZÁSADY PALIATIVNÍ PÉČE.....	10
1.4 OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE	12
2 CO JE TO HOSPIC	14
2.1 LŮŽKOVÝ HOSPIC.....	15
2.2 DOMÁCÍ HOSPIC	15
2.2.1 Předpoklady domácí hospicové péče.....	15
2.2.2 Přijetí do domácí hospicové péče.....	16
2.2.3 Oblasti domácí hospicové péče	18
2.2.4 Informovaný souhlas pacienta.....	19
2.2.5 Podmínky domácí hospicové péče	20
3 TÝM.....	22
3.1 MECHANISMY TÝMOVÉ PRÁCE	22
3.2 MOŽNÉ PROBLÉMY V TÝMU	23
3.3 DRUHY TÝMŮ	24
3.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	24
3.4.1 Definice multidisciplinárního týmu	25
3.4.2 Složení multidisciplinárního týmu	26
3.4.3 Komunikace v rámci multidisciplinárního týmu.....	27
3.4.5 Problémy v multidisciplinárním týmu.....	28
3.4.6 Péče o členy týmu	29
3.4.7 Možné patologické jevy v týmu.....	30
3.4.8 Prevence patologických jevů	32
3.4.9 Oblasti konfliktů v multidisciplinárním týmu	33
4 ČLENOVÉ TÝMU	36
4.1 OBECNÉ POŽADAVKY NA ČLENY MULTIDISCIPLINÁRNÍHO HOSPICOVÉHO TÝMU	36
4.2 PACIENT	37
4.3 LÉKAŘ	37
4.4 ZDRAVOTNÍ SESTRA	38
4.5 OŠETŘOVATEL/KA – PEČOVATEL/KA	39
4.6 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	40
4.7 DUCHOVNÍ.....	41
4.8 PSYCHOLOG	43
4.9 PORADCE PRO POZŮSTALÉ	44
5 ETICKÉ PROBLÉMY A DILEMATA.....	45
5.1 ETICKÉ PRINCIPY V PALIATIVNÍ PÉČI	45

5.2	ETICKÁ VÝCHODISKA	46
5.3	ETIKA CTNOSTÍ	46
5.4	PROBLÉMY KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	47
5.5	„LÉKAŘSKÁ“ DILEMATA	49
5.6	EUTANÁZIE A ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA	50
6	KLADY A ZÁPORY MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU V HOSPICOVÉ PÉČI 51	
6.1	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	51
6.2	METODA SBĚRU DAT	52
6.3	ANALÝZA DAT	53
6.4	IDENTIFIKACE VÝPOVĚDÍ RESPONDENTŮ	54
6.4.1	<i>Participant 1</i>	54
6.4.2	<i>Participant 2</i>	55
6.4.3	<i>Participant 3</i>	56
6.4.4	<i>Participant 4</i>	56
6.4.5	<i>Participant 5</i>	58
6.4.6	<i>Participant 6</i>	59
6.4.7	<i>Participant 7</i>	60
6.4.8	<i>Participant 8</i>	61
6.4.9	<i>Participant 9</i>	62
6.4.10	<i>Participant 10</i>	63
7	REFLEXE VÝZKUMU	65
	ZÁVĚR.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	69
	ABSTRAKT.....	76
	ABSTRACT.....	77

ÚVOD

Téma diplomové práce, které jsem se rozhodla zpracovat, jsem si zvolila proto, že se týká mé aktuální pracovní pozice, tj. sociálního pracovníka v hospici. Pojmenovala jsem ho *Klady a zápor hospicového multidisciplinárního týmu*.

Ze své zkušenosti vnímám, že multidisciplinární tým má v paliativní péči své nezastupitelné místo. Ve své práci bych chtěla popsat jeho silné i slabé stránky a také možná rizika, která s sebou týmová práce přináší. Pro správné pochopení je potřeba definovat, co je hospic a jaké může mít formy, dále přiblížit oblast paliativní péče a její druhy, charakterizovat tým, jeho varianty, dynamiku, ale také možné bariéry a problémy, popř. jeho složení a role jednotlivých členů. Protože pracuji v mobilním hospici, svou práci jsem pojala z tohoto úhlu pohledu, protože je mi bližší a mám s ním větší zkušenosti.

Multidisciplinární tým by měl být nedílnou součástí každého hospice a jeho dobré fungování garantuje kvalitu péče, která je poskytována pacientům v posledním stadiu života. Multidisciplinární tým je vlastně skupina odborníků, kteří pocházejí z různých odvětví a každý se svým dílem snaží o realizaci společných hodnot a cílů. Tato rozmanitost může být obohacující, ale také stresující a problematická, s ohledem na možné třecí plochy a názorové rozdíly mezi jednotlivými členy, jednak s ohledem na kompetence, ale také na hodnoty, které vyznávají.

Ve své práci jsem se tedy rozhodla přiblížit situaci v hospicové a paliativní péči jednak teoreticky, s využitím různých odborných pramenů, a potom také prakticky, na základě rozhovorů s pracovníky hospiců. Uvádím možné situace, s nimiž se mohou setkávat členové multidisciplinárního týmu, etické problémy a dilemata, která ve své praxi řeší. Využila jsem místní i cizojazyčné zdroje, protože teoretická východiska a předpoklady paliativní péče se v mnoha zemích v podstatě shodují. Praktickou část následně tvoří rozhovory s různými členy multidisciplinárních týmů několika hospiců, působících na území České republiky.

Práce je členěna do 7 kapitol. První kapitola se věnuje obecné charakteristice paliativní péče, tj. jejím cílům, formám, zásadám a možnostem, které nabízí. Rozlišujeme paliativní péči na obecnou, kterou je možné poskytovat de facto v jakémkoliv zařízení a s omezeným počtem personálu, a specializovanou, která už klade vyšší nároky na zastoupení několika profesí v pečujícím týmu.

V další kapitole jsem se pokusila charakterizovat pojem hospic. Jakkoliv si většina lidí představí pod tímto pojmem lůžkové zařízení, v posledních letech se poměrně rychle rozvíjí jeho mobilní (terénní) forma, kdy je péče poskytována pacientům v jejich domácím prostředí. Převážnou část této kapitoly věnuji právě zmíněné mobilní formě paliativní péče, protože s ní mám větší zkušenosti.

Ve třetí a čtvrté kapitole se věnuji týmu. V první části charakterizují jednotlivé druhy týmů, jejich složení a principy; v další části jsem se zaměřila na multidisciplinární hospicový tým, jeho principy fungování, složení a úlohy jednotlivých členů. V těchto kapitolách uvádím také možné problémy, které mohou multidisciplinární hospicový tým postihnout, a poukazuji na patologické jevy, které mohou jeho činnost provázet.

Pátá kapitola se věnuje etickým problémům a dilematům, s nimiž se členové týmu mohou setkat. Většinou se týkají péče o pacienta, tedy jeho prospěchu a výběru nejlepšího řešení s ohledem na aktuální situaci. Zmiňuji zde etická východiska, na jejichž bázi mohou rozhodování o další péči probíhat, a dilemata, s nimiž se potýkají převážně lékaři. Okrajově zmiňuji téma eutanázie a asistované sebevraždy, které je občas pacienty i jejich rodinnými příslušníky zmiňováno.

Na tuto problematiku navazují konkrétními postoji hospicových pracovníků k multidisciplinárnímu týmu, ve kterém pracují. Informace jsem zpracovala kvalitativní metodou, zahrnující metodu sběru dat, a jejich následnou analýzou. Identifikace výpovědí respondentů jsou doplněné o výpovědi prostřednictvím přímých vět a o celkový závěr výzkumného šetření.

V poslední části práce reflektuji důležitost dobrého fungování multidisciplinárního týmu, který má velký vliv na následné poskytování kvalitní péče umírajícím a jejich rodinám.

Získané poznatky by mohly ukázat částečný vhled do problematiky, a tím poskytnout základ pro podrobnější rozbor.

1 Paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém a konečném stadiu; jedná se např. o onkologická onemocnění, CHOPN, chronické srdeční selhání, polymorbidní „křehké“ geriatrické pacienty, pacienty v konečném stadiu AIDS, apod. Tyto diagnózy se mohou lišit v několika aspektech: dynamika průběhu onemocnění; konkrétní klinický obraz a spektrum symptomů; vzájemné zastoupení léčebných postupů v léčebném plánu.¹

Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná i duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Péči je potřeba poskytovat s úctou a s ohledem na osobní, kulturní a náboženské hodnoty pacienta a jeho rodiny (resp. i země, kde je péče poskytována), přičemž důstojnost může u každého zahrnovat jiné oblasti a priority.²

U pacienta se aplikují ty postupy, které zmírňují jeho utrpení, ne ty, které by jeho život samoučelně prodlužovaly a porušovaly jeho právo na klidnou a důstojnou smrt.³

U paliativní péče je vhodné také od počátku vnímat stav pacienta. Z tohoto pohledu rozlišujeme dvě skupiny:

pacient se změnami kognitivních funkcí (např. s pokročilou demencí nebo ve vigilním kómatu) – předpokládá se, že svou situaci vnímá jen omezeně, resp. zdravotnický personál není schopen s ním komunikovat. Autonomie takového pacienta je omezená, o léčebném plánu rozhoduje lékař ve spolupráci se zákonnými zástupci;

pacient s progredujícím nevyléčitelným onemocněním (nádor, CHOPN) – takový pacient vnímá svou situaci a výrazně se podílí na rozhodování o léčebném plánu, důležitou součástí paliativní péče je psychická podpora a pomoc při přijetí jeho situace.⁴

1.1 Cíle paliativní péče

Paliativní péče usiluje o zvýšení kvality života pacientů v závěru života a jejich rodin, kdy smrt je chápána jako přirozená součást lidského života, logické vyústění nemoci. Na počátku je potřeba u každého pacienta stanovit cíl léčby (většinou na základě prognózy přežití) a podle toho lze posoudit, zda je možné péči zajistit v domácím prostředí nebo je žádoucí péče v lůžkovém zařízení.⁵

¹ Srov. SKÁLA, B., a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, s. 3.

² Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., a kol. Standardy a normy hospicové paliativní péče v Evropě, s. 22.

³ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. Paliativní péče: Etické a právní aspekty paliativní péče. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

⁴ Srov. SKÁLA, B., a kol. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, s. 3.

⁵ Srov. tamtéž, s. 3.

fáze kompenzovaného onemocnění – o té hovoříme, pokud je prognóza přežití v řádu měsíců (někdy i let). Cílem léčby je co nejdéle zachování stabilizovaného stavu a co možná nejdéle délky života, přičemž event. resuscitace je indikována;

fáze nevratně progredujícího onemocnění – pacient může přežít další týdny a měsíce, tady se snažíme o zachování co možná nejvyšší kvality života, jeho délka přestává být rozhodující;

terminální fáze – pacient má šanci přežít několik týdnů, dnů či hodin, cílem léčby je zajistit zmírnění bolesti a zachování důstojnosti v posledních chvílích života, resuscitace obvykle není indikována.⁶

1.2 Formy paliativní péče

Výše uvedené obecné principy platí pro všechny formy paliativní péče, včetně MSPP, tedy mobilní formy péče.⁷ Z hlediska komplexnosti péče, která je pacientovi poskytována s ohledem na udržení nejvyšší možné kvality života, pak paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou. Jako *obecnou paliativní péči* vnímáme klinickou a sociální péči poskytovanou pacientům v rámci obvyklé činnosti zdravotníků a pracovníků v sociálních službách, je schopen ji poskytnout lékař jakékoliv odbornosti. Tato léčba poskytuje léčbu symptomů, podpurnou komunikaci s pacientem a jeho rodinou a event. další úkony, které souvisí s fází onemocnění. Kvalitu takové obecné péče lze posoudit např. dle:

- úrovně komunikace o diagnóze, průběhu nemoci a možnostech léčby;
- kompetencí zdravotníků poskytujících péči při řešení obtíží spojených s průběhem nemoci;
- kvality ošetrovatelské péče;
- dostupností pomůcek, léků;
- nabídkou sociálního poradenství, psychologických služeb, duchovní péče apod.⁸

Specializovaná paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, tvořeným lékařem, zdravotními sestrami, sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním a event. dalšími profesemi. Specializovaná paliativní péče nastupuje tam, kde končí možnosti obecné paliativní péče, a je určena pro pacienta a jeho rodinu.⁹

Z hlediska organizační formy rozlišujeme specializovanou paliativní péči na:

domácí paliativní péče (domácí hospic) – péči poskytuje multidisciplinární tým, který musí být pacientovi a rodině k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Lze ji poskytovat buď v domácím prostředí pacienta, nebo náhradním sociálním prostředím;

⁶ Srov. SKÁLA, B., a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 4.

⁷ Srov. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*, s. 8.

⁸ Srov. SLÁMA, O. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR*, s. 10–11.

⁹ Srov. tamtéž, s. 10–11.

péče poskytovaná v lůžkových hospicích – zařízení se snaží nastolit atmosféru co nejpodobnější domácímu prostředí. Podporují vztahy pacienta s jeho blízkými, kteří ve většině případů mohou v hospici pobývat spolu s ním;

péče v lůžkových odděleních zdravotnických zařízení – tento typ je rozšířenější v zahraničí, výhodou je možnost ovlivňování kvality péče o umírající i na jiných odděleních;

péče poskytovaná v ambulancích paliativní péče – je určena především pacientům, o které pečují jejich blízcí doma, nebo kteří žijí v zařízeních sociální péče. Může se týkat i pacientů v nemocnicích, kde jsou hospitalizováni s jinými problémy, a paliativní péči reguluje tzv. konziliární tým paliativní péče;

event. lze ještě doplnit *denní hospicové centrum či stacionář* – tato forma není v ČR zastoupena, je určena pacientům ve stabilizovaném stavu, kteří potřebují zajistit péči v době, kdy jejich blízcí jsou např. v zaměstnání.¹⁰

1.3 Zásady paliativní péče

Jak už jsem uvedla, zmírnění problémů pacienta má v paliativní léčbě nejvyšší prioritu; přesto je potřeba zvažovat metody a léčbu, které nemají vliv na zlepšení kvality života pacienta. Kvalita života je ovšem subjektivní prožitková kategorie, kterou posuzuje každý pacient sám pro sebe, na základě svých hodnot a očekávání, s tím, že se hranice kvality posouvají s ohledem na postup nemoci.¹¹

Jakkoliv je hodnocení kvality života subjektivní, přesto je potřeba nějakým způsobem definovat kritéria, podle kterých ji lze posuzovat. Jedná se o 6 oblastí:

- sebezpětí;
- pozitivní vztahy;
- autonomie;
- zvládnání životního prostředí;
- smysl života;
- osobní rozvoj.¹²

Zásadou paliativní péče je autonomie pacienta, tedy koncipování péče dle jeho přání a rozhodnutí, která učiní na základě pravdivé informace. Informovat pacienta o průběhu jeho nemoci a stavu je samozřejmé, ovšem pouze v případě, že si to on sám přeje, a takovým způsobem, jaký je schopný zvládnout. Informace, které má pacient dostat, jsou vlastně docela obsáhlé. Lékař by ho měl informovat o příčině a původu nemoci, pokud je zná, o jejím stadiu a předpokládaném vývoji nemoci. Dále by pacient měl být seznámen s možnými přínosy a riziky navrhovaných zdravotních služeb, o alternativách léčby

¹⁰ Srov. SLÁMA, O. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR*, s. 11–12.

¹¹ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., a kol. *Standardy a normy hospicové paliativní péče v Evropě*, s. 22.

¹² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 255.

a jejich vhodnosti pro jeho samého. Lékař by mu měl sdělit, jaká další léčba je potřebná nebo možná, a instruovat ho o vhodném životním stylu v dalších dnech a týdnech.¹³

Stává se, že pacient či jeho rodina požadují úkon, který z medicínského hlediska není nijak prospěšný. Lékař ovšem není povinen jeho požadavek splnit.¹⁴

Nedílnou součástí paliativní péče je také starost o blízké a příbuzné, kteří o nemocného pečují, a to nejen během jeho umírání, ale i po jeho úmrtí.¹⁵ Péče by prioritně měla být orientovaná na osobu, která se o nemocného bezprostředně stará, ovšem ideálně by měla zahrnout i další blízké osoby. Jakkoliv každý hospicový multidisciplinární tým má spolupracovníky, kteří by se této péči mohli fundovaně ujmout, ale často se stává, že se pečující svěří zdravotní sestře nebo pečovateli, s níž jsou častěji v kontaktu a s níž si vybuvovali vztah důvěry.¹⁶

Přestože se paliativní péče poskytuje pacientům v závěru jejich života, nelze její pojetí zúžit na „pouhé“ mírnění bolesti. V širším pohledu se jedná o naplnění potřeb člověka v jeho poslední životní fázi, v situaci blížící se smrti.¹⁷ Americký psycholog Abraham Maslow definoval v 1. polovině 20. století hierarchii lidských potřeb, teorii nazývanou „Dům životních potřeb“:

- biologické a fyziologické,
- potřeba jistoty a bezpečí;
- přátelské vztahy, láska, přijetí;
- potřeba úcty, respektu, uznání;
- potřeba seberealizace.

Z těchto definovaných potřeb se odvodily úkoly paliativní péče, tedy pomoci umírajícím, aby se až do konce svých dní mohli cítit důstojně, hodnotně, zahrnutí pozorností, ohledy a úctou jejich okolí.¹⁸

Bez ohledu na to, v jakém zařízení pacient tráví své poslední dny a hodiny, existuje povinnost dodržovat tzv. „Chartu práv umírajících“:

- Právo na důstojné zacházení jako s lidskou bytostí až do smrti;
- Právo dostat všechny potřebné informace týkající se nemoci a smrti;
- Právo podílet se na rozhodnutích týkajících se nemoci a péče, bez strachu z odsouzení druhých;
- Právo na citlivou, kvalitní a profesionální péči multiprofesního týmu, který poskytuje prvotřídní péči nemocnému i jeho rodině;
- Právo na stálou zdravotnickou péči, přestože cíl „uzdravení“ se mění na „zachování pohodlí a kvality života“;
- Právo vyjádřit své pocity, duchovní a náboženské potřeby týkající se blízké smrti s ohledem na kulturní a duchovní hodnoty;

¹³ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče: Etické a právní aspekty paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

¹⁴ Srov. SLÁMA, O., a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 319–324.

¹⁵ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 33–35.

¹⁶ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče: Praktické tipy týkající se péče o blízké pacienta*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

¹⁷ Srov. KALVACH, Z., a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 27.

¹⁸ Srov. tamtéž, s. 28.

- Právo na kvalitní léčbu bolesti a ostatních doprovodných příznaků;
- Právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím smrti;
- Právo zemřít v klidu a důstojně v přítomnosti lidí, které si přeje mít u sebe.¹⁹

1.4 Oblasti paliativní péče

Paliativní medicína je poměrně specifický obor. Smrt pacienta nechápe jako negativní moment, jako selhání, ale jako přirozený závěr nevyléčitelné choroby. Lze souhrnně říci, že paliativní péče se realizuje ve 4 oblastech:

- v první řadě mírnění utrpení;
- ustoupení od dalších léčebných a diagnostických postupů, které jen prohloubí utrpení pacienta;
- řešení léčitelných komplikací;
- vlídné zacházení, vstřícná komunikace a veškeré možné obohacení končícího života.²⁰

Pokud hovoříme o paliativní péči, napadne nás v první řadě péče lékařská. Přitom specializovaná paliativní péče se vyznačuje právě širokým spektrem možností sloužících k uspokojování potřeb pacienta. Hovoříme o tzv. nelékařských aspektech paliativní péče. V první řadě můžeme zmínit *sociální aspekty*. U nevyléčitelně nemocných se situace během jejich onemocnění často komplikuje. S ohledem na délku léčby se mohou dostat do finančních potíží, řeší dlouhodobou pracovní neschopnost či někteří dokonce rozpad manželství. Sociální pracovník hospice může pomoci např. se zajištěním následné péče v lůžkovém či domácím hospici, při získání příspěvku na péči, zajistí potřebné zdravotnické a kompenzační pomůcky apod.²¹

Do nelékařské oblasti řadíme také *psychologické aspekty paliativní péče*. Pacient v terminální fázi prožívá nejrůznější emoce související jak s nemocí, tak i s jejími symptomy a následky. Vnímá samozřejmě i emoce svých blízkých, jejich obavy a nejistoty. Během postupující nemoci může dojít k řadě konfliktů a obtížných situací, když se stav zhoršuje nebo komplikuje. Mnoho umírajících se samozřejmě obává umírání a smrti. Ve specializované paliativní péči se používají metody, které mohou pacientům tyto situace usnadnit, např. terapie důstojnosti, metoda CALM, ale také arteterapie, canisterapie apod.²² Většina multidisciplinárních týmu má k dispozici psychologa nebo psychoterapeuta, který může být v těchto situacích nápomocný.

Dalším nelékařským aspektem je oblast *spirituální*. Je chybou se domnívat, že spirituální potřeby jsou totiž co náboženské potřeby a že je mají pouze lidé věřící. Pokud hovoříme o spirituálních potřebách umírajících, máme na mysli jiné oblasti. Umírající člověk by se v první řadě měl smířit se svou novou životní etapou, kdy bude odkázaný na péči blízkých, jeho síly budou ochabovat a konec života se přiblíží. Ideální je, pokud se

¹⁹ Srov. Doporučení Rady Evropy 1418/1999, „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“, neboli Charta práv umírajících. [online]. Citováno 20. února 2023.

²⁰ Srov. KALVACH, Z., a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 30.

²¹ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče: Nelékařské aspekty paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

²² Srov. tamtéž.

mu podaří i v této situaci najít smysl svého života. Umírající bilancuje svůj dosavadní život a měl by usilovat o smíření a odpuštění, se svými blízkými i sám se sebou. Všechny tyto otázky, a ještě mnohé další, jsou velmi důležité a je potřeba, aby se jimi pacient zaobíral. Někteří pacienti si tyto otázky kladou v intencích svého praktikovaného náboženství, které jim často nabídne i rituály a odpovědi.

Některým umírajícím praktikovaná víra může pomoci zvládat jejich situaci, navíc pokud její součástí je např. podpůrná skupina farnosti, sboru a jiného společenství.²³

²³ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče: Nelékařské aspekty paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

2 Co je to hospic

Definice toho, co je to hospic²⁴, existuje celá řada. Pokud bychom postupovali striktně podle zákona, pak „(1) Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. (2) Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.“²⁵

Hospicová péče v dnešním pojetí se začala rozvíjet od poloviny 19. století, kdy byl ve Francii založen první hospic. Později v Dublinu vznikla Kongregace sester lásky, která doprovázela umírající. Tato kongregace založila několik svých poboček v Anglii; v jedné z nich později působila Cicely Saundersová (1918–2005), která během 2. světové války pečovala jako zdravotnice o umírající a raněné vojáky.²⁶

V profesní rovině byla ovlivněna psychologem Carlem R. Rogersem, významným představitelem humanistické psychologie. Jeho teorie silně ovlivnila pojetí sociální práce ve 2. pol. 20. století. Rogers byl přesvědčen, že v péči o jakoukoliv cílovou skupinu je podstatný vztah mezi pečujícím a klientem, přičemž významné je jeho aktuální prožívání. Samozřejmostí je nehodnocení klienta a jeho situace, ale naopak tzv. „bezpodmínečně kladné přijetí“, pochopení a důvěra.²⁷

C. Saundersová v roce 1967 založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa, kde se snažila o aplikování zásad rogersovské teorie.²⁸ Ta, spolu s jejími častými rozhovory s pacienty, dala základ tzv. modernímu hospicovému hnutí. C. Saundersová totiž na tehdejší dobu odvážně tvrdila, že bolesti, doprovázející poslední fázi života umírajících, je potřeba nejen tišit, ale především jim předcházet. Jako první definovala koncept tzv. „total pain“, který popisuje bolest „hospicového“ pacienta ve 4 oblastech: fyzické, psychologické, sociální a spirituální.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) „*Neexistuje lepší přístup zaměřený na lidi než ten, jehož cílem je zmírnit jejich utrpení, ať už fyzické, psychické, sociální nebo duchovní. Ať už je příčinou utrpení rakovina nebo závažné selhání orgánů, tuberkulóza rezistentní vůči lékům nebo těžké popáleniny, chronické onemocnění v konečné fázi nebo akutní trauma, extrémní nedonošenost při narození nebo nesmírná křehkost stáří, paliativní péče by měla být zapotřebí ve všech oblastech péče a měla by do nich být integrována*“.²⁹

²⁴ Název samotný pochází z latinského hospitium (pohostinství, přátelské přijetí, hostinec), odvozeného od hospes, hospitis (host). Do češtiny přišlo z německého Hospitz (noclehárna spravovaná církví). (Pavla Loucká www.umirani.cz, 25.11.2010).

²⁵ Srov. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), § 44a.

²⁶ Srov. *Historie paliativní péče*. [online]. Citováno 15. února 2023.

²⁷ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 120.

²⁸ Srov. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. (eds.). *Principy a praxe paliativní péče*, s. 437.

²⁹ Srov. GEHRING, R., B., a kol. *Spiritualita, etika a sociální práce*, s. 115.

Aby bylo možné mírnit všechny tyto druhy bolesti pacienta, je nezbytné, aby o něj pečoval tzv. multidisciplinární tým.³⁰ Lze tedy říci, že Cicely Saundersová jako jedna z prvních definovala potřebu multidisciplinárního týmu v péči o nevléčitelně nemocné.

Jak už jsem zmínila dříve, poskytování paliativní péče může mít několik forem. Ve své práci se budu věnovat v první řadě formě mobilní, ale v úvodu bych velmi krátce chtěla zmínit i lůžkový hospic.

2.1 Lůžkový hospic

Tato forma hospicové péče je zřejmě známější, podle definic se jedná o „samostatně stojící lůžkové zařízení“, kde je důraz kladený na vytvoření prostředí, jež umožňuje pacientům prožít poslední fázi života se svými blízkými v maximálním možném soukromí. Ideální jsou proto jednolůžkové pokoje s možností přistýlky, volný režim návštěv a dobrá dopravní dostupnost lůžkového zařízení.³¹

Principy paliativní péče platí pro všechny formy stejně, bez rozdílu, zda ji poskytneme v lůžkovém zařízení nebo v domácím prostředí.

2.2 Domácí hospic

„Mobilní hospice slouží lidem s nevléčitelnou nemocí, kteří chtějí prožít svůj zbývající čas doma se svými blízkými. Jedná se o zdravotně sociální službu určenou lidem, jejichž stav vyžaduje náročnou a odbornou péči.“³²

Zemřít doma je přáním většiny pacientů. Navíc, v určité fázi nemoci, tedy po ukončení veškeré možné léčby, je další pobyt v nemocnici zbytečný.

Mobilní paliativní péče je poskytována těm pacientům, kteří trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu, jsou plně informováni o svém stavu a prognóze, chápou limity a možnosti mobilní paliativní péče a neexistují žádné překážky, proč by péče v domácím prostředí nebyla možná.³³

2.2.1 Předpoklady domácí hospicové péče

Před přijetím pacienta do mobilního hospice je potřeba se ujistit, zda je paliativní péče v požadovaném prostředí možná, tj. zda je jeho rodina informovaná o zdravotním stavu nemocného (s jeho souhlasem), pokud chápe vážnost a prognózu jeho onemocnění, akceptuje možnosti a hranice mobilní paliativní péče a v případě nutnosti, že je připravená podílet se na péči o pacienta, tj. že bude trvale přítomná pečující osoba.³⁴ Nutné je také

³⁰ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

³¹ Srov. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s. 25.

³² Srov. *O mobilních hospicích*. [online]. Citováno 20. února 2023.

³³ Srov. SKÁLA, B., a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 7.

³⁴ Srov. *tamtéž*, s. 7.

zvážit, jak je místo pobytu pacienta vzdálené od sídla poskytovatele, aby bylo možné zajistit včasný dojezd zdravotní sestry do domácnosti. Nutností je zajistit kontinuitu péče o pacienta i v případě, že bude změněn typ poskytované péče (např. přesun z domácího do lůžkového hospice). V této fázi je mimořádně důležitá intenzivní komunikace se všemi zúčastněnými. Je potřeba vyslechnout přání a představy pacienta a rodiny, a na oplátku představit možnosti, které hospic nabízí. Často se stane, že představy rodiny jsou zcela mimo možnosti paliativního týmu hospice a je potřeba hledat jinou formu paliativní péče. (Stává se, že rodina si péči mobilního týmu představuje více jako osobní asistenci, tedy víceméně trvalou přítomnost zdravotní sestry v rodině.)

O přijetí pacienta do mobilního hospice rozhoduje lékař s atestací v oboru paliativní medicíny, který ve spolupráci s dalšími členy hospicového multidisciplinárního týmu přebírá zodpovědnost za zajištění trvalé péče (24 hod. denně, 7 dní v týdnu) v domácím prostředí až do úmrtí pacienta. Z medicínského hlediska je mobilní „hospicová“ péče určena těm pacientům, jejichž *„zdravotní stav již nedovoluje ambulantní kontroly a jejichž symptomová zátěž je natolik komplexní či natolik obtížně řešitelná, že vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvní služby lékaře – specialisty a zpravidla i akutní skokové navyšování ošetrovatelské péče bez ohledu na denní dobu.“*³⁵

2.2.2 Přijetí do domácí hospicové péče

První informace o možnosti péče v domácím prostředí dostává pacient či jeho rodina často už v nemocnici. Tam, kde tuto možnost nenabízí, může pomoci praktický lékař, který pacienta informuje o domácích hospicích v jeho dojezdové vzdálenosti. V některých případech už je pacient o existenci domácího hospice informovaný např. z médií, z doslechu nebo od známých.

Samotný přechod z nemocnice do domácího prostředí nemusí být úplně snadný. Některé nemocnice pacienta a pečující osoby detailně informují o následné péči po propuštění, kterou navíc koordinují s domácím hospicem tak, aby na sebe navazovala. Jinde bývá pacient propuštěný bez zájmu o jeho další osud, občas dokonce není vybavený ani léky na první dny v domácím prostředí.³⁶

Z hospicové praxe vítám situace, kdy nás kontaktuje sociální pracovnice nemocnice ohledně pacienta, který je na oddělení hospitalizovaný, a bude propuštěn až poté, co budeme schopni ho přijmout do péče. Máme tak dostatek času seznámit se s lékařskými zprávami, s rodinnou situací a s pečující osobou, event. pomoci přizpůsobit domácí prostředí (např. zapůjčit potřebné pomůcky, třeba polohovací lůžko). Pacient pak z nemocnice přichází do připraveného prostředí, může být bezprostředně přijatý hospicovým lékařem a naše péče může okamžitě začít.

Konkrétní postup přijetí do domácí hospicové péče popíši na příkladu Domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích, kde jsem zaměstnaná:

³⁵ Srov. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče*, s. 25.

³⁶ Srov. BOHÁČKOVÁ, J. *Cesta nevléčitelně nemocného pacienta z nemocnice do domácí hospicové péče*, s. 29–32.

Jak už jsem uvedla výše, první krok učiní sociální pracovnice nemocnice, praktický lékař, rodinní příslušníci, někdy dokonce sám pacient.

Následuje osobní (nebo telefonický) kontakt, kdy sociální pracovnice hospice informuje pacienta či jeho rodinu o možnostech domácího hospice, představí obvyklý průběh péče, a zároveň zjistí situaci v domácnosti pacienta, jeho potřeby a představy o péči.

Abychom vyloučili všechna pozdější nedorozumění, navštíví rodinu sociální pracovnice v doprovodu zdravotní sestry, zjistí aktuální situaci na místě, event. doporučí vhodné pomůcky, které by péči usnadnily.

Dalším krokem je návštěva lékaře a sestry u pacienta, zjištění dalších informací o jeho stavu a nutné péči a přijetí do mobilní paliativní péče.

Bezprostředně poté (někdy současně) dorazí do rodiny opět sociální pracovnice se smlouvou připravenou k podpisu a event. pomůckami. Součástí smlouvy je také tzv. Informovaný souhlas pacienta.

Následuje edukace rodiny, jak se o nemocného starat a jak používat pomůcky. V případě potřeby se domluví návštěvy ošetřovatelek z hospice, které budou nápomocné např. při hygieně apod.

Při nejbližší poradě multidisciplinárního týmu se domluví a sestaví plán péče, který zahrnuje nejen pacienta, ale celou jeho rodinu. Může obsahovat také psychosociální a spirituální podporu.

Pak už následují pravidelné návštěvy sester a pečovatelek v rodině, na základě lékařských vizit se průběžně kontroluje a upravuje plán péče a medikace, a to až do úmrtí pacienta.

V případě zájmu rodiny pokračuje podpůrná péče (až do doby jednoho roku po úmrtí), poradenství pro pozůstalé či psychologická podpora.

Ideální je, pokud jsou členové týmu schopni udržovat s pacientem a jeho rodinou vztah na bázi spolupráce, kdy jsou vnímáni jako součást týmu.

Existuje několik strategií, jak se pozůstalí vyrovnávají se smrtí blízkého:

- snaží se nechat zármutek za sebou a plánují budoucnost, další život;
- mají neustálou potřebu činnosti, hledají různé aktivity a truchlení a zármutek se snaží vytěsnit;
- neustále si zemřelého připomínají, prohlíží si fotografie, hovoří o něm.³⁷

Obecně platí, že každý člověk truchlí individuálně a nelze podle toho soudit míru jeho zármutku nebo ztráty. Lze ale stanovit tři stadia truchlení, kterými prochází každý:

- období otřesu, zpravidla krátké;
- období intenzivního zármutku a žalu;
- období rekonvalescence a návratu k normálnímu životu.³⁸

³⁷ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 41.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 42.

Poskytování mobilní specializované paliativní péče koriguje mj. Metodický pokyn MZ. Podle něj je to „*multidisciplinární a specializovaná péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí v terminálním stavu poskytovaná v jejich vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče MSPP je vždy nepřetržitě dostupná 24 hodin, 7 dnů v týdnu*“.³⁹

2.2.3 Oblasti domácí hospicové péče

Mobilní hospic poskytuje pacientům v terminálním stádiu nemoci veškerou potřebnou péči v jejich domácím prostředí. Terminálním stádiem se rozumí závěrečné období života, obvykle v řádu týdnů či měsíců, kdy u pacienta selhávají základní životní funkce.⁴⁰

Péče paliativního týmu samozřejmě zahrnuje i rodinu pacienta. Ta může využít psychologickou či duchovní podporu, nebo třeba sociální poradenství (o tomto tématu se podrobněji zmíním v další části práce).

Pro členy rodiny je situace nesmírně obtížná, sdělením diagnózy se často naprosto změnilo rozdělení rolí a odpovědnosti. Členové rodiny musí akceptovat akutní fázi nemoci se všemi průvodními komplikacemi, období remise, a nakonec i fázi umírání. Pokud jsou vztahy v rodině dobré, její členové se snaží trávit s pacientem co nejvíce času. Pro některé ale je pohled na něho tak zraňující, že se kontaktu naopak vyhýbá. Mnohdy se rodinní příslušníci snaží vyplnit pacientovi každé přání, často z bezradnosti nebo dokonce pocitů viny; na stranu druhou může být pro některé nepřekonatelným problémem pomoci pacientovi např. s osobní hygienou.⁴¹

Neustále se zdůrazňuje potřeba komunikace multidisciplinárního týmu s rodinou. Jakkoli je to obtížné, časově náročné a někdy i stresující, je to nezbytné k oboustranné spolupráci. Všichni členové týmu se musí v kontaktu s rodinnými příslušníky chovat nestranně a nezaujatě, nesoudit vztahy v rodině a nepřiklánět se např. k jednomu sourozenci na úkor jiného. Pokud péče probíhá v rodině, kde jsou nadstandardně dobré vztahy, může být komunikace náročná – pečující neustále vyžadují informace, často kontaktují členy týmu, i v nepříliš vhodné dobu, a vyžadují lékařské intervence u lůžka.⁴² (Ze své praxe znám tyto situace, občas komplikované i jazykovými a kulturními bariérami, které jsou velmi namáhavé pro všechny zúčastněné. Je ale potřeba vnímat je jako vyjádření nejistot a obav.)

Stejně tak se v praxi setkáváme s rodinami, jejichž vztahy nejsou ideální. To většinou zjistíme až po nějaké době, většinou rodina tyto problémy neventiluje. Dokud tyto problémy nekomplikují péči o pacienta, je potřeba zachovat maximálně nestranný přístup. Problém ovšem nastává, pokud nastanou konflikty ohledně způsobu péče, kdy jedna strana (většinou vzdálenější) vyžaduje intenzivnější léčbu a zásahy u pacienta, zatímco strana druhá, která péči sleduje průběžně a je trvale přítomná, akceptuje postupy paliativní léčby a usiluje pouze o zkvalitnění života pacienta.⁴³

³⁹ Srov. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče*, s. 24.

⁴⁰ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

⁴¹ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J., a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 36.

⁴² Srov. *tamtéž*, s. 37–38.

⁴³ Srov. *tamtéž*, s. 36–38.

Jakkoliv je situace těžká, je potřeba neustále zdůrazňovat možnosti a kompetence pacientů, nejen jejich obtíže. Některé směry se snaží apelovat na psychickou odolnost (resilienci) pacienta, aby byl schopen zvládat svou diagnózu i změněnou životní perspektivu, související s blížícím se koncem jeho života. Tento koncept psychické *resilience* se orientuje na pacientovy zbývající možnosti a vytváří pevnější pouto jeho spolupráce s poskytovateli péče.⁴⁴

2.2.4 Informovaný souhlas pacienta

Nezbytnou podmínkou pro přijetí pacienta do mobilní paliativní péče je jeho informovaný (ideálně písemný) souhlas s podmínkami konkrétního hospicového zařízení a paliativní péče obecně. Souhlas pacienta musí být svobodný, bez jakékoliv formy nátlaku, dále informovaný, tj. pacient si uvědomuje svůj zdravotní stav a je seznámen s dalším postupem. Písemná forma sice není nutná, ale je rozhodně vhodná, aby se předešlo dalším event. komplikacím. Jakkoliv může být informovaný souhlas podrobný, nikdy nenahradí rozhovor pacienta s lékařem.⁴⁵

Přesto, že informovaný souhlas bývá považován za projev autonomie pacienta a respektu k jeho právům, někteří lékaři ho vnímají s rozpaky. Chápu výkon svého povolání jako poslání, vykonávané v souladu s Hippokratovou přísahou, kde se praví: „...*Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné...*“⁴⁶ Některí lékaři mohou mít pocit, že podpisem informovaného souhlasu – a tím vlastně převzetím zodpovědnosti za svou léčbu – pacient projevuje nedůvěru v jejich odhad a odborné kompetence. Vnímají informovaný souhlas jako právní dokument, který oslabuje kdysi důvěrný vztah mezi lékařem a pacientem.⁴⁷

Ve své praxi jsem se setkala s několika rodinami, které požadovaly, abychom před pacientem o jeho stavu a prognóze nemluvili, aby sestry do rodiny přicházely v civilním oblečení a auto parkovaly ideálně ve větší vzdálenosti, aby ho pacient neviděl. Členové rodiny považovali ne-informování pacienta za správné, obávali se, že by ztratil veškerou motivaci a své nemoci by se poddával. Jakkoli se to zdá pochopitelné, nelze to považovat za správné. Paliativní medicína respektuje člověka jako samostatnou a jedinečnou bytost. Péči mu poskytuje pouze tehdy, pokud je s ní pacient srozuměn a akceptuje ji. Je žádoucí, aby pacient měl co nejdéle možnost spolu-rozhodovat o své léčbě. Jistý (etický) problém může nastat ve chvíli, kdy už pacient tohoto rozhodování není schopen a jeho kompetence přechází na rodinu či poskytovatele péče.⁴⁸

⁴⁴ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., a kol. *Standardy a normy hospicové paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*, s. 22.

⁴⁵ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

⁴⁶ Srov. Hippokratova přísaha. [online]. Citováno 3. dubna 2023.

⁴⁷ Srov. DOLEŽAL, T. DOLEŽAL, A. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví: Právní a etické aspekty*, s. 11–12.

⁴⁸ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., a kol. *Standardy a normy hospicové paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*, s. 21.

2.2.5 Podmínky domácí hospicové péče

Poskytování a zvládání péče ze strany rodiny či blízkých podléhá mnoha faktorům. Lze je rozdělit do 4 oblastí:

- Pečující – velmi záleží na věku a fyzickém stavu potenciálního pečujícího, na jeho vzdělání, zajištění a finanční i sociální situaci;
- Pacient – také je důležitý jeho věk, ale i fáze onemocnění, chápání vlastní situace a očekávání (zda se nerealisticky upnul k vyléčení či zda je se svou situací smířený);
- Pacient-pečující – jaký je mezi nimi vztah, zda se vyskytují častější konflikty, jestli spolu vychází dobře apod;
- Péče – jsou v rodině další osoby, které potřebují péči potenciálního pečujícího, je pečující připraven se péče dobrovolně ujmout nebo k tomu byl „dotlačen“ nemocným či dalšími členy rodiny apod.⁴⁹

Jakkoliv multidisciplinární tým hospice poskytuje rodině veškerou možnou pomoc a podporu, přesto se může stát, že další péče již není možná, ať už z důvodu délky péče, či vyčerpání pečující osoby. Ve své praxi jsem podobné situace řešila, a jsou vždy velmi bolestné. Rodina je často vnímá jako své selhání a nemocný někdy jako „zradu“ svých blízkých. V takových situacích je dalším logickým krokem umístění v lůžkovém hospici. Ne vždy jsou ale volné kapacity; je tedy potřeba s touto variantou pracovat už od počátku péče a pacienta a rodinu na ni připravovat, aby se žádost o umístění do hospice podala včas, a ne až v situacích naprostého vyčerpání pečujících.

V takovém případě se jedná vlastně o ukončení smlouvy o poskytování služeb. Dalšími situacemi, kdy k tomu může dojít, je úmrtí pacienta, převoz do nemocniční péče, ať už z jakéhokoliv důvodu. Někdy se stane, že pečující nebo pacient sám nejsou spokojeni s úrovní péče, takže mohou smlouvu vypovědět.⁵⁰ V praxi jsem poměrně nedávno řešila situaci, kdy rodina pacienta už nechtěla platit (byť minimální) náklady na hospicovou péči. Smlouvu ukončili a zajistili převoz pacienta do nemocnice, protože přepokládali, že náklady na péči převezme nemocnice a jim zůstane příspěvek na péči a starobní důchod pacienta. Problém byl ovšem v tom, že pacient pobyt v nemocnici odmítal a pro personál nemocnice byly početné návštěvy příbuzných neúnosné. Pacient byl tedy propuštěn zpět do domácího prostředí a rodina péči řeší ve spolupráci s praktickým lékařem pacienta a agenturou domácí péče.

Zajišťovat domácí paliativní péči může pouze poskytovatel, který mj. pracuje v nepřetržité péči a splňuje personální požadavky dle vyhlášky č. 99/2012 Sb.⁵¹ Ta uvádí, že by poskytovatel měl disponovat lékařem „*se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína 0,2 úvazku*“, dále lékařem „*se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína 1,0 úvazek*“ a všeobecnou sestrou způsobilou „*k výkonu povolání bez odborného dohledu 5,0 úvazků (z toho musí být zajištěna alespoň jedna dětská sestra, pokud bude poskytována domácí péče dětem do 3 let)*“. Jak vyplývá

⁴⁹ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče: Péče o umírajícího pacienta a jeho blízké* [online]. Citováno 5. dubna 2023.

⁵⁰ Srov. SKÁLA, B., a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 8.

⁵¹ Srov. Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, částka 39/2012.

z výše uvedeného, domácí paliativní péče předpokládá nasazení tzv. multidisciplinárního týmu odborníků různých profesí. Než představím jejich úkoly a kompetence, nejprve bych chtěla charakterizovat pojem „tým“.

3 Tým

Existuje velké množství definic týmu, resp. „dobrého“ týmu. Panuje shoda na tom, že dobrý tým si uvědomuje sám sebe jako zvláštní skupinu, jejíž členové jsou schopni vstupovat do pozitivních interakcí i s lidmi či institucemi stojícími mimo. Členové jsou schopni v rámci týmu efektivně komunikovat a sdílet informace mezi sebou navzájem a – v případě potřeby – i směrem ven.⁵²

3.1 Mechanismy týmové práce

Pokud hovoříme o týmové práci obecně, je potřeba mít na zřeteli dva známé psychologické mechanismy – *sociální identifikace* a *sociální reprezentace*. Sociální identifikace ukazuje naše „členství“ v různých skupinách současně (gender, společenská třída, profese, rodina), často nezávisle na našem rozhodnutí, a může se neustále měnit. Tato příslušnost do skupiny je součástí představy, kterou o sobě člověk chová. Vnímání sebe sama jako člena skupiny je lidstvu vlastní, přemýšlení v kontextu „oni“ versus „my“ je v lidské psychice přítomné od nepaměti. Záleží na řízení skupiny, zda vztahy mezi „my“ a „oni“ budou přátelské či konkurenční.⁵³

Sociální reprezentace se zabývá názory a přesvědčeními sdílenými ve skupině. Většinou nebývají akceptovány bezvýhradně, ale na základě např. rozhovorů je možné názory skupiny převzít a implementovat do svého života. Jádro sociální reprezentace je většinou neměnné, na základě zkušeností většinou korigujeme okrajové, méně významné části. Sociální reprezentace se nejvíce projevují v chování; jakkoliv lze verbálně zastávat nejrozumnější stanoviska, pouze každodenní jednání ukazuje, zda jsou hodnoty skutečně vyznávány.⁵⁴

Týmem, jeho strukturou a dynamikou se zabývá celá řada studií. Velmi známé jsou teorie Meredith Belbina (*1926), britského výzkumníka a teoretika managementu. Podle něj je každý úspěšný tým tvořený různými jedinci, pro něž má speciální označení („chrlič“, „tahoun“ apod.). Pokud v týmu nebudou zastoupeny všechny role, bude podle Belbina neúspěšný.⁵⁵ Existuje dokonce velmi podrobný Belbinův test týmových rolí, který na základě velmi podrobného dotazníku hodnotí, na jakou pozici se dotyčný respondent svým založením a očekáváním hodí.

Obecně se má za to, že optimální velikost týmu je cca 5–10 členů; větší týmy mají tendenci rozpadat se do „podskupin“ a výhoda týmu se oslabuje. Pro vytváření malých týmů hovoří i další argumenty – spolupráce a tzv. sociální zpohodlnění. Je prokázáno, že lidé v týmu pracují intenzivněji než sami, přítomnost kolegů je povzbuzuje k většímu nasazení. Pokud je ale spolupracujících lidí příliš, dochází k sociálnímu zpohodlnění, kdy naopak jedinec pracuje dokonce méně intenzivně, než kdyby byl sám. Tento jev ovlivňuje, do jaké míry se členové týmu cítí spoluzodpovědní za výsledek práce. Ve velkých, anonymních skupinách, je sociální zpohodlnění velmi pravděpodobné; tam, kde

⁵² Srov. HAYES, N. *Psychologie týmové práce: Strategie efektivního vedení týmu*, s. 25–26.

⁵³ Srov. tamtéž, s. 30–33.

⁵⁴ Srov. tamtéž, s. 33–36.

⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 54–55.

je nasazení každého jednotlivce identifikovatelné, lidé pracují intenzivněji. Zásada správné velikosti týmu zní, že odpovídá minimálnímu počtu členů potřebných ke splnění úkolu.⁵⁶

Vybudování týmu není snadné; někteří zaměstnanci, byť s výbornou kvalifikací, nejsou lidsky schopni týmové spolupráce a jejich přítomnost práci týmu narušuje. Lidsky i profesně fungující tým je velmi efektivní, výhodou není jen jeho přínos pro pacienta, ale také pro členy týmu samotné – díky soudržnosti a důvěře si mohou navzájem poskytovat pomoc a oporu v obtížných situacích.

3.2 Možné problémy v týmu

Podle některých teorií lze kvalitu týmu posuzovat podle toho, zda dosahuje požadovaných výsledků. Jakkoliv lze zmínit celou řadu pozitiv, nemůžeme opominout ani negativa a problémy v týmové práci. Možné problémy a dysfunkce popisuje P. Lencioni v pěti základních bodech:

Absence důvěry. Fungující týmy se mj. vyznačují tím, že jejich členové si navzájem důvěřují, dovolují si ukázat ostatním svou zranitelnost, chyby a obavy;

Strach z konfliktu. Členové funkčních týmů jsou schopni bouřlivých debat o rozhodnutích a výměn názorů na nejrůznější témata, jsou schopni vyjadřovat nesouhlas a pochyby. Pokud se tak neděje, je to znamením toho, že tým nepracuje dobře;

Nedostatek loajality. Týmy, které se nebojí konfliktu, nakonec naleznou společné řešení, i přes (počáteční) nesouhlas některých členů. Naučily se otevřeně, srozumitelně formulovat a brát v úvahu všechny názory všech členů týmu, zvažovat je a hledat přijatelný konsensus;

Vyhýbání se odpovědnosti. Fungující týmy vnímají zodpovědnost všech členů za výsledek. Při jeho dosahování vnímají všechny členy jako rovnoprávné, takže spory neřeší přenášením zodpovědnosti na vedení týmu, ale jsou schopni řešit je spolu navzájem na všech pozicích;

Lhostejnost k výsledkům. Je potřeba, aby každý člen týmu chápal a akceptoval dobro týmu jako nejvyšší hodnotu a upřednostňoval ho před svými zájmy, svým růstem a prospěchem. Je potřeba si tyto „týmové“ hodnoty stále připomínat.⁵⁷

K tomu, aby tým fungoval, potřebuje od vedení podporu. Podle britské psycholožky N. Hayesové by se taková podpora měla týkat šesti oblastí:

- Úkoly – bez jasně definovaných úkolů a cílů není možná dobrá práce týmu.
- Zdroje – nejde v první řadě o zdroje finanční, i když ty jsou samozřejmě také podstatné, ale o zdroje lidské (např. dostatek administrativních pracovníků, kteří ulehčí svým „odbornějším“ kolegům), o dostatečné prostory k práci i setkávání apod.

⁵⁶ Srov. HAYES, N. *Psychologie týmové práce: Strategie efektivního vedení týmu*, s. 123–125.

⁵⁷ Srov. LENCIONI, P. *Overcoming the Five Dysfunctions of a Team*, s. 7.

- Informace – zde je myšlen jak přístup k informacím, tak i jejich znalost (odbornost, postupy práce apod.) umožňující jak běžnou činnost, tak i např. inovaci.
- Další vzdělávání – pravidelné školení a vzdělávání v oboru je nutné pro rozvoj týmu i každého jeho člena.
- Zpětná vazba – je důležitá pro vývoj týmu a jeho další činnosti, informace o tom, zda pracuje dobře, resp. co je potřeba zlepšit, metody jsou různé – předávání informace od vedení, průzkum „spokojenosti zákazníků“ apod.
- Technická podpora – tím se nejčastěji myslí přístup např. k dataprojektoru, kopírce či dalším kancelářským přístrojům, až po odborné konzultace ohledně léčiv, chemických látek apod. Nutností je také znalost firemního/týmového know-how, kdy si každý člen týmu musí být jistý postupy, které se v týmu/organizaci užívají a jsou standardní.⁵⁸

3.3 Druhy týmů

Podle složení, resp. druhu spolupráce, existuje několik druhů týmů:

Unidisciplinární – zahrnuje několik členů v rámci jedné profese;

Multidisciplinární – typicky reaktivní model spolupráce více profesí;

Interdisciplinární – členové týmu spolupracují proaktivně, ale často bez společného vedení a rozhodující autority;

Transdisciplinární – jeho členové mají společný úkol, jejich role se překrývají a mají integrovanou zodpovědnost, školení a vedení.⁵⁹

Je nutné poznamenat, že ve vztahu k pacientovi a rodině řeší každý člen týmu jiná etická dilemata, na základě jeho vlastních hodnot, náboženství a kultury, což ovlivňuje jeho zkušenosti a vnímání. Protože koncept týmu předpokládá společné přijímání rozhodnutí, vzájemný respekt a společnou zodpovědnost, má každý svou specifickou roli a odpovědnost. Např. předepisování léků k tišení bolesti či opiátů s sebou nese stejnou zodpovědnost, eticky či právně, jako poradenství, vzdělávání či podpora personálu a rodiny během procesu léčby. Správa léčby bolesti má jinou úroveň zodpovědnosti než administrativa. Otevření diskuse o těchto rozdílech je základem autenticity a fungování týmu.⁶⁰

3.4 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární způsob práce „je přiměřené využití znalostí, zkušeností a nejlepší praxe více disciplín s překlenutím hranic jednotlivých poskytovatelů péče (zdravotní, sociální, neformální péče) za účelem redefinování, změny rozsahu a rámce poskytování

⁵⁸ Srov. HAYES, N. *Psychologie týmové práce. Strategie efektivního vedení týmu*, s. 149–153.

⁵⁹ Srov. STARK, D. *Teamwork in Palliative Care*, s. 416.

⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 421.

zdravotních a sociálních služeb a dosahování řešení na základě lepšího společného porozumění komplexních potřeb pacientů“.⁶¹

3.4.1 Definice multidisciplinárního týmu

Zapojení multidisciplinárního týmu v praxi bývá přínosné, bez ohledu na oblast, v níž se tým angažuje. Jakkoliv se zdá definice takového týmu jasná, podle některých zdrojů i zde panují nejasnosti: „*Předpona multi- má nejčastěji tyto následující významy: zahrnující mnoho větví; mnohonásobně se opakující. Multidisciplinární přístup tedy vyžaduje spoluúčast naprosto odlišných disciplín. Jde o společné prostředí, v němž jsou zkoumány zcela odlišné fenomény přímo vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín. ...Multidisciplinární týmy mají mnoho podob a mohou existovat v rámci jednoho pracoviště složeného z více specialistů jedné profese či specialistů více profesí. Mohou být také sestaveny na bázi spolupracující sítě jednoho či více druhů služeb, a to jak na lokální, tak i národní či mezinárodní úrovni. Dále se mohou dělit i na vykonné subtýmy v rámci jednoho týmu, a to nejčastěji ve dvou modelech: modelu založeném na „klíčovém pracovníkovi“ nebo modelu založeném na „řízení případu“*“.⁶²

Týmová péče je považována za víceméně hlavní charakteristiku paliativní péče. Tam, kde není tým, tam se zdravotníci profesionálně maximálně snaží poskytovat pacientovi co nejlepší péči, ale nejedná se o paliativní péči. Multidisciplinární tým sdružuje zástupce různých oborů, kteří se společně podílejí na péči o pacienta. Jakkoliv obecnou paliativní péči může v podstatě realizovat vlastně pouze lékař ve spolupráci se zdravotní sestrou, komplexní péči zajistit nemohou.⁶³

Ministerstvo zdravotnictví České republiky definuje hospicovou péči jako „*komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňují biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného*“.⁶⁴

Jak tedy vyplývá z obou výše uvedených definic, v hospicové péči, bez rozdílu, zda se jedná o mobilní či lůžkový hospic, je zapojení multidisciplinárního týmu běžnou, ba nezbytnou záležitostí. Tvoří jej několik kategorií zaměstnanců: lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovník, duchovní, psycholog a další odborníci, dle potřeb pacienta a jeho rodiny.⁶⁵

Podle Hospicového občanského sdružení Cesta domů je činnost multidisciplinárního týmu neoddělitelnou součástí péče o nemocného a jeho rodinu. Měl by jim být k dispozici 24 hodin denně, sedm dní v týdnu a pečovat o „*fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny. (...) Paliativní tým poskytuje péči rodině pacienta*“.

⁶¹ Srov. PROTOPOPOVÁ, D. *Nové rozdělení kompetencí pracovníků v multidisciplinárním týmu*. [online]. Citováno 1. dubna 2023.

⁶² Srov. KODYMOVÁ, P. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*, s. 5.

⁶³ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., a kol. *Standardy a normy hospicové paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*, s. 24.

⁶⁴ Srov. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*, s. 28.

⁶⁵ Může se jednat např. o ošetrovatelky, které pomáhají s hygienou pacienta.

*a minimálně po dobu jednoho roku po smrti pacienta nabízí jeho pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v období truchlení.*⁶⁶

3.4.2 Složení multidisciplinárního týmu

S ohledem na dnešní dobu je vhodné, aby bylo složení multidisciplinárního týmu co nejpestřejší, vzhledem k nejrůznějším kulturním, náboženským a národnostním či jazykovým tradicím pacientů. Pestrost je vhodná i z toho důvodu, že jednotliví členové svým pohledem a přístupem korigují představy jiných členů a poskytují si navzájem zpětnou vazbu. Tato specifika je potřeba mít na zřeteli při práci členů týmu s pacientem a jeho rodinou. Dobrá spolupráce a dobré vztahy uvnitř týmu mohou napomáhat k zlepšení psychického vztahu pacienta a jeho rodiny. Přátelské a profesionální týmové vztahy napomáhají k zvyšování sebevědomí a uznání jednotlivých členů týmu. Zároveň se snižuje riziko syndromu vyhoření.

Práce v oblasti paliativní medicíny je velmi náročná a specifická. Více než v jiných oborech je kladen velký důraz na osobní etiku či osobnostní stabilitu. Zásadní pro všechny členy multidisciplinárního týmu je několik aspektů:

PROČ – tj. jasná vize a směřování týmu;

CO – konkrétní a jednoznačné určení cíle práce;

JAK – jasně definovaný způsob a rozdělení práce jednotlivých členů týmu.⁶⁷

Vztahy uvnitř multidisciplinárního týmu jsou stejně důležité jako vztahy s pacientem a jeho rodinou. Pro všechny členy týmu je nezbytné, aby si ujasnili, kolik své kapacity mohou a chtějí své práci poskytnout, bez nebezpečí vyhoření či ztráty motivace. Je dobré, když (nejen služebně) starší členové upozorňují své mladší kolegy na potřebu odpočinku a odstupu; je otázka, zda jsou vztahy v týmu tak otevřené, že si totéž mohou dovolit mladší kolegové vůči těm starším. Pro správnou péči o umírající a jejich rodiny je důležitá podpora; bez ní se stává stále náročnější dostat pracovním povinností, vypořádat se s obtížemi či ustát stres, který práci doprovází. Problémy mohou nastat, pokud osobní život členů týmu narušuje profesionální stránku vykonávané práce, pokud je pracovní nasazení dlouhodobě příliš intenzivní, pokud pracovníci necítí dostatečné ocenění a uznání své práce a pokud je organizace špatně vedena.⁶⁸

Výhodou multidisciplinárního týmu je, že každý jeho člen se na péči o pacienta podílí dovednostmi, typickými pro jeho profesi a vzdělání. Je prokázáno, že týmová péče je pro pacienta i systém výhodná. U pacientů vede k větší spokojenosti a je schopná uspokojit větší množství jeho potřeb. Co se systému zdravotnictví týče, multidisciplinární péče snižuje náklady, neboť významně zkracuje dobu, kterou pacient stráví v nemocniční péči.⁶⁹

⁶⁶ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 13.

⁶⁷ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 55.

⁶⁸ Srov. PARKES, C., M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 30–31.

⁶⁹ Srov. RADBRUCH, L., PAYNE, S., a kol. *Standardy a normy hospicové paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*, s. 24–25.

3.4.3 Komunikace v rámci multidisciplinárního týmu

Pro to, aby tým dobře fungoval, je nezbytná vzájemná komunikace. Samozřejmě se stává, že i v rámci dobře fungujícího týmu mohou vznikat názorové, kompetenční nebo osobnostní nesrovnalosti. To samo o sobě není překážkou dobré práce týmu; rozhodující je, jak jsou tyto konflikty řešeny. Profesionálně vedené a obsazené multidisciplinární týmy mají vždy na prvním místě dobro klienta (bez rozdílu, o jakou službu se jedná). Až pak následují nastavené postupy řešení vzniklého problému. V takových situacích se ukazuje síla a osobnost každého člena týmu, zda je např. schopen zdravého náhledu na svou práci a osobu, tj. zda je ochoten připustit své selhání nebo chybu. Od počátku fungování týmu je tedy potřeba posilovat a rozvíjet vzájemnou důvěru jeho členů.⁷⁰

Z praxe je známé, že značnou roli hraje velikost multidisciplinárního týmu, přičemž efektivita práce vyžaduje spíše menší tým. Větší tým je náročnější na koordinaci práce a na udržení dobrých mezilidských vztahů, obecně se má za to, že větší tým podává horší výkon a výsledky péče o pacienta nejsou tak dobré, jako v případě menšího týmu.

V případě multidisciplinárního týmu platí, že kvalita jeho práce úzce souvisí s kvalitou vzájemné komunikace a kvalitou jejich vzájemných vztahů, přičemž vztahy se odehrávají vlastně na dvou úrovních – jednak mezi profesemi (sestra – pečovatelka, duchovní – psycholog) a jednak mezi konkrétními lidmi. V souvislosti s většími multidisciplinárními týmy se často také hovoří o nebezpečí roztržičnosti, v tom smyslu, že větší počet odborníků v různých oblastech může vést k nejednotné linii péče o pacienta. Dalším nebezpečím je stírání hranic mezi rolemi a kompetencemi jednotlivých členů týmu. Rizikem je také nejednoznačné pochopení role týmu, kdy se někteří zaměstnanci (administrativa) mohou cítit nepřijati a izolováni.

Je potřeba neustále sledovat zapojení členů týmu do společné práce. Zvláště ve větších týmech se stává, že bývají vyloučeni někteří občas přehlížení zaměstnanci, často ti nepřiliš výkonní, či z menšinové sociální nebo etnické skupiny, manuálně pracující, kteří bývají vyčleněni i v rámci svého běžného mimopracovního života. Jedná se většinou o vrátné, uklízečky, řidiče, ale také o administrativní pracovníky na nižších pozicích. Přestože bývá někdy obtížné zajistit, aby tyto zaměstnanci byli informováni a zapojeni formou, kterou jsou schopni pochopit a respektovat, jejich místo v týmu může být důležité. Zvláště v lůžkových zařízeních bývají s pacienty v častém styku, ať už během úklidu jejich pokoje, nebo při převozu na vyšetření apod.⁷¹

Když se podaří sestavit dobře fungující tým, lze dosáhnout zpočátku nepředstavitelných cílů. Je ovšem potřeba od začátku vnímat, že je to velmi těžké. Ze zkušeností vyplývá, že pokud jsou lidé schopni odložit své vlastní cíle a angažovat se ve prospěch nějakého „vyššího dobra“, získají silný pocit sounáležitosti; tato zkušenost z nich udělá lepší, kvalitnější lidi i v jejich osobním životě, tj. tyto získané zkušenosti mají přesah i za hranice týmu. Stejně tak je ale potřeba vyhodnotit, kdy se to nedaří a multidisciplinární tým je ve skutečnosti skupina různých, jen okrajově spolupracujících odborníků. V takovém případě je zcela v pořádku, pokud se takový tým „rozpustí“

⁷⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka*, s. 9-10.

⁷¹ Srov. REITH, M., PAYNE, M. *Social work in end-of-life and palliative care*, s. 174-175.

a začne se formovat nový, či se někteří členové vymění. Je to v každém případě jednodušší, pravdivější a rychlejší řešení.⁷²

Tak, jako je potřeba vynaložení značné energie na vybudování týmu, je potřeba stejného – ne-li většího – nasazení na jeho udržování. Uvádí se, že týmy paliativní péče mají „životní“ cyklus – prvotní fáze nadšení a entuziasmu je charakterizována spoluprací pod charismatickým vedením. Ta přechází do druhé fáze, kdy se tým institucionalizuje a posiluje se řídicí složka. A následuje fáze třetí, kdy se počáteční idealismus střetává s (potřebným) pragmatismem.⁷³

3.4.5 Problémy v multidisciplinárním týmu

Práce v hospici nebo podobném zařízení s sebou samozřejmě přináší značný stres. Podle některých zdrojů k němu ve větší míře přispívají konflikty mezi členy týmu a problémy v osobní rovině než péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění, kteří se kromě fyzických obtíží často potýkají také s přijetím své diagnózy.⁷⁴ „*Nejvýznamnější faktor při vytváření prostředí pro trpícího člověka je síť vztahů, které podporují pocit bezpečí a vzájemné důvěry. Takovou síť je ovšem velice těžké vytvořit tehdy, když se o pacienta stará multiprofesionální tým. Vytváření prostředí plného bezpečí a vzájemné důvěry v takovém případě vyžaduje velkou námahu a vědomé úsilí.*“⁷⁵

Ze zkušeností mých i mých kolegů vyplývá, že pro správné fungování multidisciplinárního týmu je nezbytné jasně definovat obsah a pracovní náplň každé jednotlivé pozice a její striktní dodržování, aby nedocházelo k překračování kompetencí. Pokud má multidisciplinární tým řádně fungovat, je potřeba vzájemného respektu mezi všemi jeho členy.

K tomu, abychom zjistili, jak nějaký konkrétní multidisciplinární tým funguje, je dobré položit si následující otázky:

- Jak tým rozhoduje?
- Má každý obor, každá disciplína, svůj hlas?
- Kdo prezentuje?
- Jaká oblast péče je předkládána jako první?
- Jaký se používá jazyk?
- Jak se řeší neshody?
- Jsou všechny hlasy rovnocenné?
- Jsou doporučení a připomínky všech oborů (všech členů týmu) zohledňována při plánování péče?
- Jsou odborné znalosti a jiné informace interně sdílené, posuzované a využívány všemi členy týmu, nebo některý obor (člen týmu) jedná nezávisle na týmu a pak ho jednoduše zpětně informuje?⁷⁶

⁷² Srov. LENCIONI, P. *Overcoming the Five Dysfunction of a Team*, s. 9–10.

⁷³ Srov. *O organizaci paliativní péče*, s. 39.

⁷⁴ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 43.

⁷⁵ Srov. tamtéž, s. 48.

⁷⁶ Srov. *Teamwork in Palliative Care: Social Work Role with Spiritual Care Professionals*, s. 495.

Dobrý multidisciplinární tým sdílí své bohatství. Učí se jeden od druhého a získané znalosti užívají ve prospěch pacientů a jejich rodin. Na základě svých zkušeností sociálního pracovníka v hospici mohu konstatovat, že výhodou multidisciplinárního týmu je jednodušší zajištění spokojenosti pacienta a jeho pečujících osob, komplexnější péče nejen o fyzické projevy nemoci a intenzivnější podpora jeho i jeho blízkých. Nutností ovšem je častá a otevřená komunikace členů týmu o stavu pacienta, nastalých změnách a potřebách. Nezbytná je také vzájemná podpora a sdílení společných hodnot, protože práce členů týmu je velmi psychicky náročná. Ideální jsou samozřejmě společné provozní porady za účasti co největšího počtu členů týmu, což ovšem není vždy jednoduché, vzhledem k tomu, že část zaměstnanců pracuje v hospici externě a jsou tedy limitováni nedostatkem času.

Sdílení společných hodnot a orientace bývá výhodou multidisciplinárního týmu. Někdy to však může být i rizikem, nebo překážkou, protože stejný pohled na věc může komplikovat potřebu podívat se na problém z jiného úhlu nebo z odlišné perspektivy.⁷⁷

3.4.6 Péče o členy týmu

Vzhledem k tomu, že členové týmu jsou často konfrontováni se smrtí a umíráním, je nutné organizovat pravidelné super- i intervize, aby zvládli poskytovat pomoc a podporu umírajícím a jejich rodinám, ale i sobě navzájem. Přesto nastanou situace, kdy se členové týmu potýkají s vnitřními problémy, a to se zármutkem, vyhořením či tzv. syndromem pomocníka.

Zdroje uvádějí, že je potřeba rozlišovat mezi zármutkem a vyhořením. *Zármutek* je standardní reakce doprovázející ztrátu a je potřeba dovolit si ho prožít a ventilovat. Někomu pomáhá o zármutku hovořit, jiný si najde zástupnou aktivitu, ale v každém případě je potřeba vnímat zármutek jako standardní lidskou reakci, kterou přináší každodenní práce v hospici. Jakkoliv lze zármutek prožívat hluboce či delší dobu, většinou pracovníkům nezabraňuje ve výkonu jejich zaměstnání.⁷⁸ Pokud zaměstnanec propadne zármutku natolik, že dá volný průchod svým emocím (rozpláče se), nelze to považovat za jeho selhání; naopak tento projev lidskosti může posílit vztah k pacientovi a jeho rodině.⁷⁹ Je potřeba, aby pracovníci měli dostatečnou podporu a pomoc při zvládání smutku; je potřeba myslet na to, že by měla mít více forem, protože každému vyhovuje něco jiného.

Vyhoření naopak je popisováno jako chronický stav s ne zcela viditelnými příznaky. Jako první ho popsal v r. 1974 americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberg. Jedná se o fyzické, emocionální, psychické a/nebo duchovní vyčerpání. Může se projevat cynismem a nespokojeností při práci s klienty. Vyhoření bývá charakterizováno jako emocionální únava a pocit nedostatečnosti kvůli neschopnosti změnit jejich situaci.⁸⁰ Pokud mu nebude věnována dostatečná pozornost, může vést k hlubším psychickým problémům, ke zneužívání alkoholu či drog, nebo dokonce k sebevraždě. Člověk postižený vyhořením bývá delší dobu apatický, podrážděný a unavený, většinou není

⁷⁷ Srov. APGAR, D. *Social Work ASWB*, s. 166.

⁷⁸ Srov. PARKES, C., M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 32–33.

⁷⁹ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 330–331.

⁸⁰ Srov. APGAR, D. *Social Work ASWB*, s. 208.

schopný plnohodnotné práce v týmu či podpory kolegů. Odmítá jejich pomoc, ztrácí naději i svým nastavením narušuje vztahy v týmu. Vyhoření může postihnout celý tým, často nastává, pokud se zaměstnanci cítí nedoceny, jsou přetížení a ztratili smysl své práce.⁸¹

3.4.7 Možné patologické jevy v týmu

Pokud se u nějakého člena týmu objeví tzv. *syndrom pomocníka*, může to poměrně význačně zkomplikovat vztahy v týmu. Definoval ho německý psychoanalytik Wolfgang Schmidbauer v souvislosti s problematikou pomáhajících profesí. Podle něho má tento syndrom celkem pět složek:⁸²

odmítnuté dítě – pomocník se v některých oblastech cítí slabý, takže chce být silný, dokázat svou hodnotu. Občas to souvisí s nelehkým dětstvím – nebo naopak s přílišnou pozorností v tomto věku;

identifikace s nadjád (superegem) – druzí lidé jsou zdrojem uspokojení a emocionální komunikace. Potřeby klientů pomocníkům nahrazují vnímání vlastních potřeb a poskytují jim ukojení a spokojenost, snaží se „nikdy neudělat chybu“, nemít žádné požadavky;

narcistická nenasytnost – bývá spojena s perfekcionismem, který je nedosažitelný. Pomocníci se „spasitelským“ syndromem vykonává svou práci fanaticky, neustále se snaží být nejlepší, aby ho nikdo svými schopnostmi či mocí nepřevýšil;

uhýbání před vzájemností – pomáhání spočívá ve vzájemné (emocionální) komunikaci. Pomocník ale nedokáže vnímat své emocionální potřeby, vyhýbá se tedy vztahům, kde by musel být někdy přijímajícím, nejen dávajícím. Kdo projevuje nějaká přání, ukazuje svou závislost;

nepřímá agrese – pomocník s minulostí odmítaného dítěte touží po pomstě těm, kteří ho v dětství ignorovali. Sní o lepším světě bez agrese, kde lidé budou pomáhat slabým a závislým. S nepřímou agresí se setkává pokaždé, když zpracovává nějakou nespokojenost; tu pak může zaměřit i proti svému klientovi.⁸³

Syndrom pomocníka může mít celou řadu různých podob, pozitivních i negativních. Služba těm nejpotřebnějším, tedy nemocným a umírajícím, bývá vnímaná jako velmi vznešená a ušlechtilá, která může pomoci jak pacientovi, tak i pečujícímu. Čím vznešenější představy o pečující osobě máme, tím větší tlak ji vlastně vystavujeme – očekáváme, že není nikdy unavená, je vždy milá a připravená pomoci. Tato nereálná očekávání někdy mohou v pečující vzbudit přesně opačné reakce. V literatuře jsem tento stav našla označený jako „archetyp stínu“, který C. G. Jung charakterizuje jako neznámou, temnou stránku osobnosti, to, co člověk nepřijal či potlačil.⁸⁴

⁸¹ Srov. PARKES, C., M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 33-35.

⁸² Srov. SCHMIDBAUER, W., *Syndrom pomocníka*, s. 30.

⁸³ Srov. tamtéž, s. 30-49.

⁸⁴ Srov. JUNG, C., G. *Člověk a duše*, s. 182.

Antropoložka Joan Halifaxová, která desetiletí poskytuje duchovní péči umírajícím a pečujícím, charakterizuje problémy pečujících osob na základě tradičního buddhistického pojetí:

Hrdina – pečující, který na sebe vezme roli hrdiny, žije v domněnání, že je jediný, kdo může danou věc udělat, kdo může pomoci. Jeho pracovní nasazení je vyšší než u jeho kolegů, ale má pocit, že není dostatečně podporován a pochopen. Lze předpokládat, že „hrdina“ touží získat vděk a jistotu, uznání svého okolí. Jeho identita se odvozuje od konání dobra. Pokud ovšem na sebe přebírá stále více úkolů ve snaze dosáhnout uznání, stává se, že v rozhodujícím okamžiku není schopen nemocnému či umírajícímu poskytnout dostatečnou péči z důvodu časové zaneprázdněnosti nebo vyčerpání. Pro tento typ pečujících je vhodné zaměřit se na rozvíjení spolupráce a zapojení širšího okruhu pečujících;

Mučedník – tento typ je často vlastně vyhořelý „hrdina“. Péče o umírajícího už ho tak vyčerpala, že jeho síly se změní na pocity zlosti a odporu. Stává se to nejen profesionálním pečujícím, ale také členům rodiny či přátelům. „Mučedník“ už byl příliš dlouho vystaven utrpení pacienta a není už dále schopen ho snášet. „Mučedníka“ lze snadno identifikovat – na všechny, i nesmyslné požadavky odpovídá souhlasně (tzv. automatický souhlas), pomáhá i tehdy, když to není nutné, neustále hovoří o svém vyčerpání a má vždy nedostatek času. „Mučedník“ si musí bezpodmínečně udělat čas sám na sebe, najít vlastní životní prostor, únosné tempo a dostatečný odpočinek;

Rodič – pečující v pozici rodiče (i když jím třeba opravdu je) není dobrý ani pro umírajícího, ani sám pro sebe. Je to role člověka, který potřebuje vše neustále kontrolovat a vlastně stojí nad všemi. Poznává se snadno podle stylu komunikace („Tohle nedělej!“, „Vezmi si léky!“), kdy jen on sám ví, co je pro pacienta a vlastně všechny kolem nejlepší. Neuvědomuje si, že pro nemocného je největší pomocí, pokud ho nechá své umírání řídit podle sebe a dovolí mu rozhodovat tam, kde je to možné. „Rodič“ se často snaží nemocného rozptylovat, jakkoliv ten by rád měl chvíli klidu, dává mu nevyžádané rady a obecně příliš mluví. Pro tento typ pečujícího je obtížné akceptovat, že někteří umírající jsou raději sami;

Expert – tento typ pečujícího se často týká např. lékařů nebo těch, kteří se v této pozici necítí úplně dobře. Je pro ně pak jednodušší jednat s pacientem z pozice odborníka, který má profesionální nadhled a drží si odstup. Komunikují velmi věcně, často o pacientovi hovoří tak, jako by tam ani nebyl. Tento postoj pečujícího chrání před emocemi, jako je strach, vztek či bolest. Je potřeba se před nimi neskrývat, ale pokusit se je zpracovat a otevřít se jim;

Kněz – Tato role je podobná té předchozí, pečující je přesvědčen, že zná návod, jak docílit té správné smrti, zná odpovědi na všechny otázky a je si jist, že přesně ví, co je (v duchovní rovině) pro pacienta nejlepší. „Kněz“ často trvá na konkrétní spiritualitě a rituálech, bez ohledu na přání pacienta. Pro pečujícího v roli „kněze“ může být pomocí vědomé uvolnění a vzdání se svých představ.⁸⁵

⁸⁵ Srov. HALIFAXOVÁ, J. *Bytí v umírání* s. 147–155.

3.4.8 Prevence patologických jevů

Abychom předešli výše uvedeným problémům, je potřeba poskytovat členům týmu podporu, a to v různých podobách a průběžně. Ideální stav je, pokud jsou členové multidisciplinárního týmu schopni chovat se k sobě navzájem stejně jako k pacientům. Neformální podpora může mít různou podobu, ať už společné oslavy svátků a narozenin členů týmu či rozličné rituály uplatňované při příchodech či odchodech zaměstnanců. Oproti tomu formální podpora by měla mít jistou strukturu a pravidelnost, byť se může jednat o několik různých forem. Na některých pracovištích jsou běžné tzv. *hodnotící pohovory*, zpravidla jednou ročně. Je to příležitost pro zaměstnance i zaměstnavatele zhodnotit styl a kvalitu vykonávané práce, vyjasnit si své představy o dalším směřování, vzdělávání či cílech. Další možností jsou *podpůrné skupiny* zaměstnanců na stejné pozici. Ty bývají obvyklejší ve větších zařízeních a konají se zpravidla 1–2 měsíčně. Zde je možné ventilovat obtíže, nejistoty či nespokojenost v rámci vykonávané pozice a získat nové zkušenosti od délesloužících kolegů. Je dobré, pokud se podaří docílit jisté důvěry a otevřenosti ve skupině, ale je potřeba striktně respektovat, že se nejedná o skupinu terapeutickou, tj. není úplně ideální probírat zde své soukromé problémy. Za samozřejmost se považuje *profesní vzdělávání a výcvik*, který může dát prostor k sebereflexi a rozvoji. V rámci zlepšování firemní kultury a vztahů na pracovišti se v posledních letech využívají *teambuildingy*, které by měly pomoci upevňovat mezilidské vztahy a sounáležitost v týmu. A samozřejmostí jsou *supervize*, které by měly být pravidelnou součástí péče o tým.⁸⁶

Supervize v sociální práci může být pojata jako poradenství, a to buď „kognitivně orientované“ nebo jako „psychoterapeuticky orientované“. Podle některých teorií má supervize tři funkce:

- podpůrnou (restorativní), tj. pomáhá k uvědomění, jak moc členové týmu reagují na situace pacientů a jak mohou své reakce zvládat;
- vzdělávací (formativní), která vede k reflektování práce s pacienty, napomáhá k lepšímu porozumění a hledá další možnosti práce;
- řídicí (normativní) funkce zkoumá v první řadě kvalitu, a to jak v rámci organizace (standardy), tak i z hlediska sociálního systému státu.⁸⁷

Další možné rozlišování supervize je z hlediska místa poskytování, tj. externí, kdy supervizor přichází zvenčí a řeší odborné pracovní problémy, a interní, tj. supervizor je zaměstnancem organizace a zabývá se organizačními problémy. Pro získání důvěry zaměstnanců je pozice externího supervizora výhodnější, protože nemá tak blízký vztah k zaměstnavateli; interní supervizor naopak lépe zná instituci a problémy, s nimiž se zaměstnanci potýkají.⁸⁸

V posledních letech se v oblasti sociálních služeb jako prevence syndromu vyhoření začal využívat také *coaching*. Tato metoda, dlouhodobě využívaná ve sportu či v různých firmách, se orientuje v první řadě na rozvoj a podporu zaměstnanců, čímž vlastně rozvíjí celou organizaci. Coaching se snaží o dialog a koncepční myšlení, s cílem zlepšení

⁸⁶ Srov. PARKES, C., M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 39–40.

⁸⁷ Srov. OPATRŇY, M. *Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů služeb – mezi interní supervizi a coachingem*, s. 62–63.

⁸⁸ Srov. tamtéž, s. 63.

fungování instituce jako takové. U zaměstnanců rozvíjí loajalitu a identifikaci se zaměstnavatelem, s jeho cíli a posláním. Coaching pracuje dvěma způsoby:

- a) snaží se zaměstnance natolik identifikovat se zaměstnavatelem, až z nich učiní „členy“ organizace, zvyšuje jejich motivaci a angažovanost;
- b) snaží rozvíjet profesionální stránku zaměstnanců, aby co nejlépe plnili stanovené úkoly.

Coaching lze rozlišovat také na *proaktivní* (před nástupem změn či opatření) a *reaktivní* (následek nezvládnutých situací či nestandardního chování zaměstnanců).⁸⁹

Jak uvádí příručka pro pečující s názvem *Spiritualita v paliativní péči*, „*Tým je živý organismus, který potřebuje pro své dobré fungování budování vzájemné důvěry, je to bezpečné místo pro každého člena. S výbavou vzájemné důvěry je spojen přínos zpětné vazby nejen pro nováčka; ta slouží ke zlepšení služby, ne ke kritice a znemožnění. A zpětná vazba sama? Měla by mít hlavně přijatelnou a účinnou formu. V týmu by měl každý doprovázející najít u svých kolegů inspiraci k tomu, jak na spirituální péči u pacienta. Samozřejmě je potřeba z podnětů vybírat, co je pro každého pacienta vhodné, dále samostatně hledat a poznávat svou vlastní cestu právě proto, aby spirituální péče byla pro pacienta pravdivá a umožnila mu toto nelehké téma v jeho životě otevřít...*“⁹⁰

3.4.9 Oblasti konfliktů v multidisciplinárním týmu

Péče o nemocné a umírající je velmi náročná, proto je zapojení multidisciplinárního týmu velmi důležité. Je opravdu potřeba využít všechny jeho členy, aby se vytvořila skutečně podpůrná síť pečujících. Pro tento způsob péče se někdy užívá označení „péče orientovaná na vztah“, kdy o nemocného pečuje širší tým (komunita) lidí. Někdy ji lze charakterizovat otázkou: „Komu na umírajícím záleží?“

Je potřeba chápat a tolerovat, že ve větší skupině budou různé názory a teorie, jak péči uchopit. Umírání je velmi komplikovaná situace pro všechny zúčastněné. Pečující, často již unavení, mají sklon brát si velmi osobně všechny emoce pacienta a jeho rodiny, ať již vděčnost, nebo také kritiku či zlost.⁹¹

Záleží také na tom, která profese, který člen týmu, se s negativními emocemi pacienta či jeho rodiny setká. Pokud je to např. lékař, má tendenci hovořit o problematickém chování pacienta v termínech z oblasti psychopatologie (chování je „hraniční“, pacient je „narcistní“ apod.). Naopak sociální pracovník aplikuje systémový přístup, vnímá pacienta jako osobu v určitém stavu a prostředí, chápe jeho fungování v kontextu kulturního rozšíření z individuální a rodinné jednotky (mikrosystém) až do širší jednotky (makrosystém). To umožňuje obsáhlejší náhled na pacienta, na jeho obtíže s přijetím jeho role a vnímání sebe sama.⁹²

Na modelu spolupráce lékaře a sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu lze dobře charakterizovat možné konflikty odlišných přístupů. Lékaři jsou

⁸⁹ Srov. OPATRŇY, M. *Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů služeb – mezi interní supervizi a coachingem*, s. 65–66.

⁹⁰ Srov. *Spiritualita v paliativní péči: Příručka pro pečující*, s. 36.

⁹¹ Srov. HALIFAXOVÁ, J. *Bytí v umírání*, s. 133–140.

⁹² Srov. *Socialwork and Physician Collaboration in Palliative Care*, s. 471–472.

„opraváři“, svou práci opírají o přírodní vědy. Bývají přesvědčeni, že oni vedou multidisciplinární tým a jsou poslední autoritou, co se rozhodování týmu týče. Toto přesvědčení je posíleno jejich zavazující a plnou zodpovědností, s níž někdy musí rozhodovat o životě a smrti, a skutečnou obavou z chybného rozhodnutí, která může být v extrémní situaci příčinou ztráty zaměstnání a zákazu jeho výkonu. Sociální pracovníci naproti tomu pracují na základě sociálních věd. Jsou vedeni ke spolupráci a hledání přijatelného kompromisu v rámci týmu, bývají odborníky na komunikaci a poradenství; rozhodování bývá sdílené. Lékař si cení výsledku, sociální pracovník oceňuje proces. Pokud je všechno výše uvedené pravdivé, jak mohou tyto dvě profese, vlastně protipóly, spolupracovat?⁹³

Na to, zda budou členové týmu spolupracovat, má vliv několik jejich vlastností či kompetencí. Záleží na osobnostním stylu, zejména na potřebě kontroly. Dále na úrovni důvěry a jistoty v rolích, které každý člen v týmu zastává, stejně jako na pochopení a přijetí rolí ostatních kolegů. Ti členové, kteří nemají potřebu neustálé kontroly a jsou empatictí, budou spolupracovat dobře. S těmi, kteří mají zvýšenou potřebu kontroly, a cítí se nejistě, nebude spolupráce zcela bezproblémová. Třetím aspektem je schopnost komunikace. Např. lékaři, které uvádíme jako jeden pól, jsou tradičně zvyklí na hierarchický model práce. Samozřejmě také chtějí s pacientem a jeho rodinou dobře komunikovat, ale v jejich pojetí to znamená odbornou komunikaci o zdravotních aspektech péče. Řeč lékařů je jednoduše jiná než jazyk sociálních pracovníků.⁹⁴

Zmínila jsem rizika možných konfliktů mezi víceméně protichůdnými členy týmu (lékař versus sociální pracovník). Rizika ale hrozí i mezi členy týmu, jejichž role se podobají, a to právě z toho důvodu. Jako příklad lze použít (opět) sociálního pracovníka a duchovního. Správně kvalifikovaný sociální pracovník má znalosti z mnoha oborů – sociologie, psychologie, historie a biologie, filosofie sociální práce, lidské chování a sociální prostředí, sociální politika, komunikace, etika apod. Duchovní (např. kaplan, pastorační asistent) nabízí spirituální péči všem, kteří ji potřebují, a měl by umět pacientům pomoci efektivně zmobilizovat jejich spirituální zdroje. Duchovní má vzdělání v oblasti psychologie a sociologie, etiky a religionistiky, umí pracovat se skupinovou dynamikou, náboženským přesvědčením, s umíráním a smrtí, zármutkem a truchlením či etikou v odpovídajícím pastoračním kontextu. Díky tomuto vzdělání je schopen působit jak v náboženských společenstvích, tak i v rodinách, pracovat s dospělými i jednotlivci. Znalosti a působnost těchto dvou rolí se mohou překrývat. V praxi pak vyvstávají otázky, např. zda pacientovy úzkosti přenechat k „řešení“ kaplanovi, či zda je i sociální pracovník schopen smysluplně pomoci pacientovi, který se cítí opuštěný všemi, včetně Boha? Jak kaplan, tak sociální pracovník musí být schopni jasně artikulovat své jedinečné schopnosti a perspektivy. Musí být schopni sdílet znalosti a učit se od sebe navzájem.⁹⁵

Konflikty v rámci týmu ale nemusíme vnímat jen negativně. Je zřejmé, že pokud spolu pracuje několik lidí různého zaměření a přístupu, konflikt lze očekávat a připravit se na něj. Zkušenost s konfliktem může být vnímána jako kreativní napětí a „pohon“ pro motor týmové práce. Emočně vypjaté prostředí, nekonečné požadavky pacientů a nároky péče, vnitřní úsilí o dokonalost a přirozeně konkurenční prostředí zdravotníků vytváří ideální prostředí pro různé neshody. Sociální pracovník by měl být nejlépe vybaven

⁹³ Srov. *Socialwork and Physician Collaboration in Palliative Care*, s. 473.

⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 474.

⁹⁵ Srov. tamtéž, s. 496–498.

k rozpoznání prvků počínajícího konfliktu a měl by být disponován pomocí členům týmu rozpoznat jeho znamení a využít situaci jako konstruktivní přínos.⁹⁶

⁹⁶ Srov. *Teamwork in Palliative Care: Social Work Role with Spiritual Care Professionals*, s. 474.

4 Členové týmu

Multidisciplinární hospicový tým by měl zahrnovat odborníky několika profesí, aby bylo možné uspokojit co nejvíce potřeb pacienta a jeho rodiny.

Jak už jsem uvedla na začátku, podle C. Saundersové se koncept „total pain“ týká čtyř oblastí: fyzické, psychologické, sociální a spirituální. V každé z těchto oblastí se vyskytují problémy, jejichž řešení je v kompetenci jiných členů týmu.⁹⁷

	Fyzická bolest	Sociální bolest	Psychologická bolest	Spirituální bolest
Problém	Bolest hlavy a krku	Problém s bydlením	Obavy o budoucnost dětí	Obavy, kdy nastane konec
Řešení	Farmakologické a fyzické	Hospic	Poradenství	Podpora
Členové MDT	Lékaři, sestry, fyzioterapeuti	Sociální pracovník	Psycholog, sociální pracovník	Duchovní

4.1 Obecné požadavky na členy multidisciplinárního hospicového týmu

Bez ohledu na to, jakou pozici v týmu pracovník zastává, existuje celá řada podmínek, které by měli splňovat všichni členové. Jedná se o:

- schopnost vyrovnat se se smrtí a zármutkem;
- psychickou stabilitu a odolnost;
- správně nastavené hranice a duševní hygienu;
- schopnost týmové práce;
- vnímání a přijímání zodpovědnosti za svěřené úkoly;
- samostatné rozhodování a jednání v rámci svých pravomocí;
- rozvíjení a pěstování komunikativních schopností a dovedností;
- administrativní a formální kompetence při zpracování a shromažďování dokumentace;
- aktivní zapojení při kontaktech s veřejností a prezentaci;
- ochota k dalšímu vzdělávání a prohlubování znalostí a vědomostí; a mnoho dalších.⁹⁸

⁹⁷ Srov. BOWEN, L. *The Multidisciplinary Team in Palliative Care: A Case Reflection*. [online]. Citováno 1. dubna 2023.

⁹⁸ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 24–25.

Na následujících stránkách bych chtěla podrobněji zpracovat charakteristiky jednotlivých členů týmu.

4.2 Pacient

Jak už tedy bylo řečeno, paliativní péče se poskytuje těm, kteří „trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu“.⁹⁹ Kdo je vlastně „typický“ pacient hospice, to není možné jednoznačně definovat. Nezáleží na věku, vyznání, sociální třídě a společenském postavení, ani typu onemocnění. Přijetí do hospice je závislé pouze na přání pacienta a nehraje roli, jestli se jedná o lůžkový nebo mobilní typ zařízení.

Část pacientů si klade existenciální a spirituální otázky, hledá smysl svého života a nějaký přesah. Pacient tedy kromě zdravotní péče potřebuje porozumění a pochopení od svých blízkých. Rozhodně nemá být se svou nemocí izolován.¹⁰⁰ Tomu lze předejít i tím, že bude o svém zdravotním stavu a prognóze pravdivě informován. Pravda mu může být sdělována postupně, aby informace stihl zpracovat a nebyl jimi zavalen. Pokud se ale lékaři či rodina pravdy zaleknou a rozhodnou se pacienta otevřeně neinformovat, s tím, že pravdu tuší, prohlubují tak vlastně jeho samotu a izolaci.¹⁰¹

4.3 Lékař

Lékař je klíčovým odborníkem multidisciplinárního týmu. Jeho hlavní rolí je léčení pacienta ve smyslu medikace a zmírňování obtíží v každé konkrétní fázi, ale také citlivé sdělování diagnózy, prognózy pacientovi a jeho rodině.

V rámci paliativní péče je potřeba dbát o zachování co nejlepší možné kvality života pacienta, k čemuž napomáhá také otevřená a přátelská komunikace. Jejím cílem je navození a pěstování důvěry ve vztahu lékař – pacient. Pro takovou komunikaci je potřeba uvědomit si pocity, potřeby pacienta a jeho blízkých, což nebývá vždy jednoduché.

Zvláště sdělování nepříznivých zpráv může být pro všechny zúčastněné velmi obtížná. Pravdivé informování o všech aspektech je ovšem zcela nezbytné, protože na jeho základě pacient může činit další rozhodnutí. Tíha situace může svádět k povzbuzování a dávání falešné naděje, což ale nikomu neprospívá. Často se pacienti upínají k tomu, zda se dožijí nějaké konkrétní události ve svém životě – narození vnoučete, promoce apod. V takových situacích se doporučuje hovořit o nejlepším a nejhorším možném scénáři.¹⁰²

Jakkoliv je komunikace významnou součástí lékařské práce, jedná se o dovednost, k níž má každý člověk (lékaře nevyjímaje) různé dispozice a předpoklady. Předpokládá se, že lékař je tím, kdo sděluje důležité a nepříznivé zprávy pacientovi i rodině, přičemž je často pod velkým časovým tlakem. Přesto se očekává, že informace bude schopen

⁹⁹ Srov. *Umírání: Paliativní péče*. [online]. Citováno 1. dubna 2023.

¹⁰⁰ Srov. OPATRŇÝ, A. *Nemocní*, s. 140–141.

¹⁰¹ Srov. ELIHOVÁ, M. *Sociální práce: Aktuální otázky*, s. 180.

¹⁰² Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče*. [online]. Citováno 5. dubna 2023.

poskytnout citlivou, pochopitelnou formou, pokud si tedy pacient bude přát být pravdivě informován.¹⁰³

Během komunikace ovšem může nastat několik situací vedoucích k možnému konfliktu, a to v několika rovinách:

- ve vztahu lékař – pacient;
- lékař – pacientova rodina;
- v rámci multidisciplinárního týmu;
- ve vztahu pacient – rodina;
- mezi členy pacientovy rodiny;
- mezi různými poskytovateli péče.¹⁰⁴

Protože se jedná o situace sice nepříjemné a důležité, ale poměrně časté, existují metody k jejich řízenému řešení a zvládnání. Nejprve je potřeba identifikovat (možný) konflikt. Následně je důležité se na rozhovor připravit (a protože lékař bývá ten, kdo ho řídí, určí čas, prostředí a účastníky). Další důležitou částí je zahájení hovoru, kdy lékař by měl dát najevo svou účast. Po fázi naslouchání je dobré situaci shrnout a nastínit možná řešení problému. Na závěr je dobré znovu zopakovat další postup. V každém případě je potřeba, aby si lékař uvědomoval svou pozici, ale také zároveň vnímal situaci druhé strany a poctivě se snažil o empatický přístup.¹⁰⁵

Vyžadovaná odborná kvalifikace lékaře mobilního hospice předpokládá ukončené studium v oboru všeobecné lékařství na lékařské fakultě, atestaci minimálně I. stupně (přičemž se doporučuje obor Paliativní medicína a léčba bolesti), nejméně šestiměsíční praxe v akreditovaném zařízení specializované paliativní péče. Samozřejmostí je následné vzdělávání v oblasti paliativní péče.¹⁰⁶

4.4 Zdravotní sestra

Zdravotní sestra v hospici je často člověk, který je pacientovi nejvíce nablízku. Doprovází pacienta v závěru jeho života, přičemž musí brát v úvahu, že její snaha o zmírnění bolesti a fyzického utrpení musí jít ruku v ruce s respektováním kulturního či náboženského přesvědčení pacienta.¹⁰⁷

Sestra je zároveň pečující i ošetřující. V první řadě je jejím úkolem saturace biologických potřeb pacienta; zároveň se ale ocitá v situacích, kdy má pacient „vyšší“ potřeby, třeba psychosociální. Často bývají podceňovány, považovány za podřadné nebo postradatelné.¹⁰⁸

Sestra se během své práce setkává s řadou etických problémů a dilemat. Asi nejčastější je žádost o ukončení pacientova života. Je potřeba, aby sestra byla dobře

¹⁰³ Srov. *Průvodce pro nevyлéčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké*, s. 17.

¹⁰⁴ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 298.

¹⁰⁵ Srov. *tamtéž*, s. 298–299.

¹⁰⁶ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 24.

¹⁰⁷ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 53–54.

¹⁰⁸ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 54–55.

orientovaná a proškolená v této problematice, aby se necítila podobnou žádostí zaskočená a uměla správně reagovat, jakkoliv zastává opačný názor než pacient či jeho rodina. V každém případě je potřeba ke všem žádostem pacienta a rodiny přistupovat s respektem a vážností, tak, aby nezpochybnily morální či právní pozici pracovníků hospice. S ohledem na blízký vztah, který si s pacientem během péče vybudují, je pro ně jednodušší poznat, kdy je pacient opravdu léčbou vyčerpan a kdy se třeba jedná o nátlak jeho rodiny.

Podle Standardů domácí paliativní péče se za vyhovující kvalifikaci považuje ukončené vzdělání podle aktuálně platného zákona o zdravotní a nemocniční ošetrovatelské službě, min. tříletá praxe jako hlavní zaměstnání v průběhu posledních pěti let v nemocnici, v ošetrovatelském zařízení nebo v hospici, nejméně čtyřtýdenní praxe na oddělení paliativní péče, v lůžkovém nebo ambulancním hospici. V rámci dalšího vzdělávání se pak předpokládá absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče.¹⁰⁹

4.5 Ošetrovatel/ka – pečovatel/ka

Úkolem této profese je zajistit tzv. biologické potřeby pacientů, tj. pomáhají s hygienou, podávají stravu, poskytují bazální stimulaci a polohování. V lůžkových hospicích tráví s pacienty možná nejvíce času z celého multidisciplinárního týmu.¹¹⁰ Přesto bývají často opomíjenými členy týmu, s ohledem na jejich nižší vzdělání a kompetence.

Jejich pracovní náplň je vymezena § 116 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zde je pracovník v sociálních službách (PSS) charakterizován jako ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči spočívající „*v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb... pečovatelskou činností v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistází pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.*“¹¹¹

Dle tohoto zákona je víceméně jedinou významnou podmínkou k výkonu tohoto zaměstnání bezúhonnost a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Požadované je pak následné vzdělávání v rozsahu min. 24 hod. ročně.

¹⁰⁹ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 24.

¹¹⁰ Srov. ELIHOVÁ, M. *Sociální práce. Aktuální otázky*, s. 183–184.

¹¹¹ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 116 [online]. Citováno 13. 4. 2023.

4.6 Sociální pracovník

V hospicové péči hraje osoba sociálního pracovníka významnou roli. Je většinou první, s nímž se pacient nebo jeho blízcí setkají. Pomáhá utvářet první dojem, který pacient a rodina při kontaktu s hospicem získají. Sociální pracovník bývá záštitou a podporou pro pacienta, jeho rodinu a často i pro hospicový tým. Sociální pracovník v hospici poskytuje vlastně krizovou intervenci, protože se setkává s lidmi, nalézajícími se v těžké životní situaci. Je proto dobré, pokud má aspoň minimální výcvik v krizové intervenci a je schopen tuto podporu poskytovat.¹¹² Sociální pracovník dále koordinuje zapůjčování pomůcek, zajišťuje služby např. osobní asistenci či terénní poradenství, což je zvláště důležité v případě mobilních hospiců.

Sociální pracovník vlastně reprezentuje instituci, v níž pracuje. Jeho hlavní devízou – kromě vzdělání – jsou komunikační kompetence, protože často musí navazovat i vztahy, které jsou důležité pro efektivní plnění jeho poslání (např. spolupráce s notářem, advokátem apod.).¹¹³

V rámci paliativní týmové péče by sociální pracovník měl plnit také roli spojovacího článku či mediátora mezi zastoupenými profesemi. V některých týmech nebo v počátcích spolupráce nebývá komunikace úplně snadná – např. lékař je uvyklý na spíše hierarchické rozhodování, řízení a akceptování jiných názorů pro něj není jednoduché. Stejně tak pozice pečovatele bývá v nemocničním prostředí často podceňována; je proto nutné, aby sociální pracovník neustále usměrňoval i koordinoval komunikaci a spolupráci týmu.¹¹⁴ Mimo jiné platí pro sociálního pracovníka v hospici – stejně jako pro ostatní zastoupené profese, že v první řadě je vyžadována „hospicová“ etika a až poté specifická odbornost.¹¹⁵

Sociální pracovník je pro fungování multidisciplinárního týmu klíčovou postavou. Požadavky na jeho osobu jsou dost vysoké – kromě již zmíněné komunikace se očekává silná empatie a porozumění, diskrétnost, pochopení pro místo své i druhých kolegů v rámci týmu, a v neposlední řadě také schopnost rozpoznat blížící se konflikt a včas jej vyřešit.¹¹⁶ Rozhodně neplatí, že se jedná především o administrativní pozici, jakkoliv byrokracie zaujímá velkou část pracovní doby.

Co se konkrétní práce s pacientem týče – na základě prvotního šetření sociálního pracovníka bývá stanoven plán péče o pacienta. Zpracovává ho paliativní tým ve spolupráci s pacientem a jeho rodinou. Plán se pravidelně reviduje, s ohledem na měnící se situaci a potřeby pacienta. Plán se snaží maximálně předvídat vývoj onemocnění a předcházet event. krizovým situacím.¹¹⁷

Součástí problematiky je rodinná situace pacienta, jeho finanční a životní pozice, dostupnost domácího vybavení a péče. Velmi často je potřeba, aby sociální pracovník pomohl pacientovi a jeho rodině s administrativními požadavky při vyřizování např.

¹¹² Srov. ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: Aktuální otázky*, s. 182.

¹¹³ Srov. APGAR, D. *Social Work ASWB*, s. 164.

¹¹⁴ Srov. STUDENT, J.-Ch., MÜHLUM, A. STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 53.

¹¹⁵ Srov. tamtéž s. 53–54.

¹¹⁶ Srov. APGAR, D. *Social Work ASWB*, s. 165.

¹¹⁷ Srov. *O organizaci paliativní péče*, s. 44.

příspěvku na péči, dlouhodobého ošetrovného či s žádostí a náležitostmi žádosti o přijetí do tzv. kamenného hospice.

Plán péče je koncipován na základě aktuálního stavu a potřeb pacienta, s přihlédnutím k jeho preferencím z hlediska kulturního nebo náboženského. Sociální pracovník musí průběžně sledovat poskytování péče v domácím prostředí a event. informovat o možnostech odlehčovací služby nebo respitního pobytu tak, aby se pečující osoby zcela nevyčerpaly.¹¹⁸

Sociální pracovník, stejně jako každý jiný člen týmu, může správnou komunikací zlepšit poslední fáze života umírajícího pacienta a jeho rodiny. Sice se součástí jejich života stává jen na krátkou dobu, ale přesto by měl zajistit několik základních věcí. V první řadě je potřeba pacienta i rodinu průběžně připravovat na nevratné změny, které nastanou. Je důležité smysluplně využít čas a pokusit se zajistit všechna přání a potřeby pacienta.

Co se odbornosti týče, předpokládá se vysokoškolské vzdělání v oblasti sociální práce, psychologie apod., nejméně čtyřtýdenní praxe na oddělení paliativní péče v lůžkovém nebo ambulantním hospici a odborný výcvik v telefonické a osobní krizové intervenci.¹¹⁹

4.7 Duchovní

„Cílem duchovní péče není to, že pacientovi poskytneme odpovědi na jeho poslední otázky, ani to, že se pacient obrátí na víru.“¹²⁰

Duchovní péče o pacienty v terminální fázi onemocnění bývá často podceňovaná a vnímaná jako vhodná a potřebná pouze u nábožensky aktivních pacientů. Péče o spirituální rozměr pacientů je přitom součástí péče, kterou se zavazují poskytovat hospice a paliativní týmy. Duchovní rozměr člověka nelze redukovat pouze na náboženskou stránku, spadá sem také oblast existenciální a etická.

Člověk v terminální fázi svého života se musí vyrovnat s řadou skutečností a situací. Musí akceptovat, že je odkázaný na péči a pomoc svého okolí, vyrovnat se s obavami, jak stráví zbytek svého života, odpustit těm, kteří mu (možná) nějak ublížili a přijmout svou aktuální situaci. Tyto existenciální a spirituální otázky si klade většina lidí; ne každý je ale schopen o nich hovořit.¹²¹

Pokud je umírající starší člověk, bývají tyto rozhovory trochu jednodušší, protože senioři obecně mají vyšší potřebu vyprávět o svém životě, hodnotit ho a vyrovnávat se s ním. Úlohou člena týmu, který s pacientem rozhovor vede, je tento příběh vyslechnout a pomoci pacientovi nalézt „integritu“ jeho života.¹²²

¹¹⁸ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 20–21.

¹¹⁹ Srov. *tamtéž*, s. 24.

¹²⁰ Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, s. 67.

¹²¹ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče* [online]. Citováno 5. dubna 2023.

¹²² Srov. URBAN, D. *Charitativní práce se seniory*, s. 50.

V multidisciplinárním (hospicovém) týmu má proto své místo duchovní, jakožto odborník na spirituální oblast. Ta se může týkat jak pacienta a jeho rodiny, tak i členů týmu a zaměstnanců. Cílem duchovního provázení je poskytnutí bezpečného prostoru k sdílení obav a strachu z utrpení, umírání a smrti. Samozřejmostí je nabídnutí modlitby či nějakého liturgického úkonu (svátost pomazání nemocných), pokud si to pacient přeje a duchovní má k takovému úkonu pověření a vzdělání.¹²³

Někteří odborníci hovoří o tzv. horizontální a vertikální spiritualitě. Horizontální spiritualita zahrnuje náš každodenní život – naše blízké, vzájemné vztahy, vyznávané hodnoty, zkrátka realitu všedního dne. Vertikální spiritualita je zakotvení v náboženské, religiózní oblasti, ve víře ve „vyšší dobro“.¹²⁴

Jako u ostatních disciplín, i v oblasti spirituální je základem rozhovor s pacientem. Měl by pamatovat na tři základní roviny:

nehodnotit a nesoudit pacientovu spiritualitu či dokonce osobnost. Snad v případech rizikových druhů spirituality (sekty apod.) lze pacienta opatrně upozornit, pokud je vhodná situace, ale je potřeba to pečlivě zvážit;

akceptovat celou osobnost pacienta ve všech rovinách, aby duchovní získal jeho důvěru;

poskytnout bezpečný prostor pro emoce, protože takový rozhovor někdy může být jedinou možností, jak pacient ventiluje své emoce.¹²⁵

V posledních letech se v nemocnicích a léčebných zařízeních běžně setkáváme s nemocničními kaplany. Jsou to duchovní různých církví, muži i ženy. Tyto osoby jsou oficiálně pověřeny církví k výkonu této služby, v intencích svého vyznání. Kaplani bývají součástí tzv. paliativních týmů a jsou k dispozici pacientům, jejich rodinám i zaměstnancům. Kromě výše zmíněných aktivit slouží také zádušní mše či bohoslužby v rámci vzpomínkových setkání.

Konkrétně v ČR jsou nemocniční kaplani sdruženi v Asociaci nemocničních kaplanů a ve své činnosti jsou vázáni etickým kodexem. V něm se mj. píše, že kaplan „*Při poskytování duchovní péče respektuje základní lidská práva svých klientů a prokazuje všem úctu bez ohledu na jejich národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. (...) Je-li členem multidisciplinárního týmu, uvědomuje si vlastní profesionální identitu, zachovává hranice svých profesních kompetencí a váží si přínosu ostatních členů týmu. (...) Duchovní péči poskytuje s individuálním přístupem ke klientovi a reaguje na jeho skutečné existenciální, duchovní a náboženské potřeby. Jedná s autentickou lidskou blízkostí, při níž uplatňuje aktivní naslouchání a empatický rozhovor.*“¹²⁶

V rámci multidisciplinárního týmu je duchovní odborníkem, který citlivě hodnotí a reaguje na existenciální potřeby, otázky pacienta i jeho okolí. Je vhodné, aby znal pacientovy představy, názory na život a smrt, jeho postoje a přesvědčení, odpuštění či

¹²³ Srov. MARKOVÁ, A., a kol. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy*, s. 140–141.

¹²⁴ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 289.

¹²⁵ Srov. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 42–44.

¹²⁶ Srov. *Etický kodex nemocničního kaplana* [online]. Citováno 26. března 2023.

víru v posmrtný život. V rámci podpory je vhodné prožívat s nemocným i jeho rodinou jak duchovní, tak náboženské rituály a praktiky spojené s jeho vírou či kulturou. Pokud je pacient členem nějaké církve či společenství, je vhodné mu zprostředkovat kontakt s příslušným duchovním. V okamžiku úmrtí pacienta (nebo bezprostředně před tím) je vhodné citlivě reagovat na jeho situaci a pokud je to možné, akceptovat jeho event. náboženské nebo spirituální praktiky.¹²⁷

4.8 Psycholog

V hospicové péči se klade velký důraz na komunikaci, ať už s pacientem či jeho rodinou a blízkými. V nejčastějším kontaktu je s nimi sestra, jejímž úkolem by mělo být vyhodnocení situace a event. odhalení problémů, s nimiž se pacient potýká. Na jejich řešení by se ovšem měl podílet odborník, např. psycholog. Ten může pacientovi pomoci vyrovnat se s vlastními emocemi, s novou situací či navázat vztahy s těmi, kteří pacienta obklopují. Existuje mnoho teorií týkajících se reakcí pacienta na oznámení nepříznivé situace. V hospicové péči je asi nejznámější teorie 5 fází podle Kübler-Rossové, tj. popření, vztek, smlouvání, deprese a vyrovnání. Tento model může pomoci pečujícím pochopit chování pacienta, jakkoliv jednotlivé fáze na sebe nutně nemusí navazovat v tomto pořadí, ani nemusí všechny skutečně nastat.¹²⁸

V dnešní době, kdy je téma umírání a smrti víceméně vytlačeno z veřejného prostoru, má psycholog i v hospicové péči širší pole působnosti v práci s pacienty a pozůstalými. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že přibývá pacientů v terminálním stadiu nemoci, kteří si svou situaci zcela odmítají připustit, a namísto přirozeného způsobu přijetí konečnosti lidského života bývají medikováni léky na zklidnění a potlačení vnímání. V takových případech je práce psychologa o to komplikovanější, protože je mj. limitován časem, který pacientovi zbývá.

Psycholog se může věnovat nejen pacientovi, ale následně, po jeho úmrtí, i pozůstalým, a to zvláště v situaci, kdy se potýkají s tzv. komplikovaným truchlením.

Podle některých zdrojů by psycholog mohl – kromě výše uvedeného – také pracovat s dobrovolníky, věnovat se osvětové činnosti a samozřejmě dále rozvíjet své kompetence či rozšiřovat vědomosti.

Je žádoucí, aby psycholog byl členem multidisciplinárního týmu a mohl pravidelně vyhodnocovat, dokumentovat nastalé komplikace a reakce pacientů i jejich rodinných příslušníků, např. stres a strach z budoucnosti. Psycholog by měl hodnotit, zda a jakým způsobem pacient i jeho rodina chápe nemoc a léčbu, zda a jak se se situací vyrovnává. Zvláště žádoucí je přítomnost psychologa v situacích, kdy se jedná o dětské pacienty či lidi s poruchami kognitivních schopností.

¹²⁷ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 21.

¹²⁸ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Paliativní péče*. [online]. Citováno 30. března 2023.

4.9 Poradce pro pozůstalé

Za klíčovou je považována péče o pacienty a rodiny bezprostředně před nebo po úmrtí pacienta. Některé hospice nabízejí služby poradce pro pozůstalé, které poskytuje pracovník s touto profesní kvalifikací (jedná se o Poradce pro pozůstalé kód 69-020-M). S touto možností je vhodné rodinu pacienta seznámit ještě před úmrtím a v případě zájmu s ní začít pracovat.¹²⁹

Osoba poradce pro pozůstalé by podle Národní soustavy povolání měla splňovat několik kritérií, např.:

- samostatné poskytování psychosociální podpory a event. krizové intervence;
- vedení poradenského rozhovoru;
- analytická a metodická činnost v individuálním a skupinovém poradenství;
- rozpoznání „komplikovaného“ truchlení;
- evidence údajů o poskytování poradenství a další.

Poradce pro pozůstalé se ve své praxi setkává s řadou problémů a situací, které vyžadují jeho etické povědomí a odbornou kompetenci. Kromě toho je potřeba, aby s pozůstalými jednal empaticky a měl dostatek zkušeností. S ohledem na snižující se počet praktikujících věřících se zvětšuje skupina „nevěřících“ truchlících, kteří nehledají pomoc a podporu ve své víře či náboženském společenství. Někteří pozůstalí ho dokonce vnímají jako „sekularizovaného“ duchovního.¹³⁰

Přijetí smrti blízkého je v rámci hospicové péče podporováno v rámci setkávání pozůstalých v různých časových horizontech. Poradenství pro pozůstalé by mělo být dostupné nejméně rok po úmrtí pacienta, v případě potřeby i delší. Obecně platí, že péče o pozůstalé je nedílnou součástí hospicové péče a je významným rituálem napomáhajícím v překonání zármutku a ztráty.¹³¹

¹²⁹ Srov. *Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*, s. 19–20.

¹³⁰ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie*, s. 139–144.

¹³¹ Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 328.

5 Etické problémy a dilemata

Etické problémy i dilemata se v sociální a zdravotnické oblasti řeší poměrně často. O etickém problému hovoříme v případě, že sice existuje správné řešení, možná dokonce několik, ovšem je potřeba vybrat jedno konkrétní.¹³² Etické dilema je definováno jako „nutná obtížná volba mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi...“¹³³ Vnímáme ho jako konflikt morálních principů, přičemž není zřejmé, jaké rozhodnutí je správné. Musíme ho ovšem učinit.

Pracovníci v paliativní péči neustále řeší různé druhy napětí, rozhodují se a reflektují své kroky. Část těchto problémů se týká jich samotných, kdy se rozhodují např. mezi profesionální a lidskou rovinou (tj. zda být jako profesionál klientům maximálně k dispozici na úkor svého osobního života), nebo mezi bezpečím (na prvním místě vyhovět požadavkům nadřízených) a rizikem (preferovat přání klientů).

5.1 Etické principy v paliativní péči

Etické problémy mohou někdy rodině, pacientovi i týmu samotnému bránit v postupu, co se plánu péče týká. Navzdory pokroku v medicíně je povaha etických dilemat relativně neměnná. Práci paliativního týmu mohou ovlivňovat následující etické principy:

Beneficence – jednání pro dobro pacienta;

Autonomie – respektování práva pacienta na určování směru jeho péče, což samozřejmě vede k úvahám o jeho rozhodovacích možnostech a schopnostech;

Nonmaleficence – vyhodnotit přínosy a ztráty, pravidlo „především neškodit...“;

Pravdivost – povinnost říkat pacientovi pravdu;

Distributivní spravedlnost – spravedlivé rozdělení a přístup ke zdrojům;

Důvěra – zachování „posvátnosti“ a diskrétnosti informací sdílených s pacientem a jeho rodinou;

Profesionální integrita – právo zdravotních profesionálů stanovit standardy péče a odmítnout jejich porušování.¹³⁴

Tyto problémy mohou způsobovat konflikty mezi členy týmu a pacientem či jeho rodinou. Je potřeba neustále pečlivě zvažovat přínosy a zátěže, průběžně navzájem komunikovat.

¹³² Srov. THOMPSON, M. *Přehled etiky*, s. 48–49.

¹³³ Srov. *Slovník cizích slov*. [online]. Citováno 26. března 2023.

¹³⁴ Srov. STARK, D. *Teamwork in Palliative Care: An Integrative Approach*, s. 421.

5.2 Etická východiska

Východiskem při rozhodování a řešení etických dilemat mohou být filosoficko-etické teorie, které se opírají o hédonismus a utilitarismus, o deontologii a etiku ctností.

Hedonismus a utilitarismus vnímají hodnotu jednání především v jeho důsledcích. Rozhodování a jednání se posuzuje výlučně podle výsledku, ne podle kroků, které k nim vedou („Účel světi prostředky.“). Tyto směry kladou velký důraz na maximalizaci dobra, tj. minimalizaci zla, bolesti, utrpení. V medicíně se jedná např. o úlevu od bolesti, pomoc, zlepšení kvality života. Správné rozhodnutí je takové, které přinese více uspokojení, než bolesti.¹³⁵

Deontologie se zaměřuje na rozhodování a jednání podle daných zásad, norem a předpisů. Správné je takové rozhodnutí, které je zcela v souladu s pravidly, s povinnostmi (zaměstnance). Ve zdravotnictví a sociálních službách se deontologie aplikuje jako povinnost a zodpovědnost vůči pacientům, kolegům a společnosti jako takové. Kritici této metody upozorňují na to, že etické je brát při rozhodování v úvahu také následky rozhodnutí, bez ohledu na to, že bylo učiněno v souladu s formálními pravidly.¹³⁶

Etika ctností se zaměřuje na osobu, která rozhodnutí činí a její charakter. Rozhodování se odvíjí od vnitřních hodnot (ctností), které pracovník zastává a které mu napomáhají v každé situaci. Na jejich základě se předpokládá, že jeho rozhodnutí budou předvídatelná a spolehlivá, že nebudou podléhat okolnostem. Ve zdravotnictví vyžaduje rozhodování podle této etiky jistou vnitřní angažovanost, empatii s pacientem. Etika ctností předpokládá, že ten, kdo se rozhoduje, se snaží být také dobrým člověkem.¹³⁷ Etice ctností se budu podrobněji věnovat v další části.

Z těchto tří základních etických teorií pak vychází další, které lze v řešení dilemat aplikovat. Situační etika vyžaduje, aby rozhodování vycházelo z konkrétní situace, etika péče zase staví do popředí vzájemné vztahy mezi pacienty a jejich rodinami, zaměřuje se na důvěru, empatii vůči ostatním, na kultivaci pečujících vztahů.¹³⁸

5.3 Etika ctností

Jak už jsem uvedla výše, ctnost chápeme jako jakousi vnitřní hodnotu. Podle Katechismu katolické církve „*Ctnost je trvalá a pevná dispozice konat dobro. Dovoluje člověku nejen konat dobré skutky, nýbrž i vydávat ze sebe to nejlepší. Ctnostná osoba všemi svými smyslovými i duchovními silami směřuje k dobru, hledá je a volí v konkrétním jednání...*“¹³⁹

¹³⁵ Srov. VÁCHA, M. *Základní etické teorie*. [online]. Citováno 12. dubna 2023.

¹³⁶ Srov. tamtéž.

¹³⁷ Srov. tamtéž.

¹³⁸ Srov. JEDLIČKOVÁ, A. *Etické aspekty v onkologii*. [online]. Citováno 11. dubna 2023.

¹³⁹ Srov. *Katechismus katolické církve*, s. 314.

Základem etiky ctností je jednající bytost, která je měřítkem správnosti jednání. Touto oblastí se zabývala celá řada filosofů; nejznámější teorie pocházejí od Aristotela, Platóna či Tomáše Akvinského. Antika vnímala ctnost ve třech rovinách:

rozum a náklonnost – podléhají vůli člověka, lze je tedy formovat a kultivovat. Pokud člověk dělá dobré věci nerad, je to známka jeho nezralosti a slabé morálky;

ctnost – je to získaná hodnota, která člověka uzpůsobuje k morálnímu chování a jednání; etické ctnosti tedy vedou k dobrému jednání. Ctnosti si lze osvojit cvičením, na základě rozumového vyhodnocení;

způsob života – tím se myslí člověk jako celek, nejde tedy jen o to, aby jednal a choval se dobře, ale aby byl jako bytost dobrý.¹⁴⁰

Pokud bychom to měli formulovat jednodušeji, ctnost je záměrná volba, ne přirozená schopnost, lze si ji osvojit a naučit. Stejně, jako lidé získávají zručnost v jiných oblastech, lze se cvikem a opakováním stát ctnostným člověkem.¹⁴¹ Požadavek na etické (ctnostné) jednání lidí všech profesí je zakotven v nejrůznějších zaměstnaneckých či profesních kodexech.

Je samozřejmé, že pokud se člen multidisciplinárního týmu ocitne před nějakým etickým problémem či dilematem, nezačne přemýšlet, podle jakého etického či filozofického principu by se měl rozhodovat. Rozhodne se podle hodnot, které přijal a rozvíjí, ale měl by vzít v úvahu také fakta a logiku. Zvážit fakta znamená klást si otázky:

- Co v dané situaci říká zákon? (Pokud je věřící, může se ptát, co říká jeho náboženství.)
- Znam skutečné motivy zúčastněných osob, vím, co se opravdu děje?
- Existují okolnosti, díky nimž je tato situace specifická, nebo je znám „precedens“, mohu se někde inspirovat?

Co se hodnot týče:

- Pokud se na základě hodnot, které vyznávám, rozhodnu tímto způsobem, a jsem přesvědčen o správnosti svého rozhodnutí, jak jsem k tomu dospěl?
- Proč se někdo rozhoduje jinak, přestože máme stejné informace?
- Znamená to, že jiné rozhodnutí než to moje, je špatné?

A konečně, logika nám pomůže formulovat i možné protiargumenty:

- Říkám, že moje rozhodnutí je správné, protože ho chci prosadit?
- Rozhoduji se opravdu na základě svých hodnot, nebo jen prosazuji svou vůli?¹⁴²

5.4 Problémy komunikace v paliativní péči

Komunikace s umírajícími pacienty je nelehká. Na jedné straně musíme respektovat, pokud někdo nechce být o svém stavu a prognóze (plně) informován, na straně druhé

¹⁴⁰ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 131–132.

¹⁴¹ Srov. *tamtéž*, s. 134–138.

¹⁴² Srov. THOMPSON, M. *Přehled etiky*, s. 17–18.

nelze opomenout, že tzv. informovaný souhlas, který je součástí smlouvy s poskytovatelem péče, smí podepsat pouze pacient, který si plně uvědomuje svou nemoc a aktuální stav. V takových problematických situacích je nutné zvláště pečlivě situaci probrat s nemocným a jeho rodinou. Vždy musíme respektovat mentální schopnosti pacienta, jeho situaci a tomu přizpůsobit množství informací i formu sdělení.¹⁴³

Sdělování pravdy pacientovi je podle průzkumů nejčastějším zdrojem problémů mezi členy týmu. Někteří členové týmu se snaží ovlivňovat své kolegy a žádají je o nesdělování pravdivých informací pacientovi a rodině, většinou z obavy, jak bude pacient reagovat, zda se nevzdá veškerých nadějí a zda to nenaruší jejich vzájemné vztahy. Pravdivé informování je součástí paliativní péče. Diskutovat lze o tom, kdy informace sdělit, kdo to udělá, jakým způsobem a jaké množství.¹⁴⁴

Tento aspekt je silně provázaný se všemi dalšími. Pokud jednáme ve prospěch pacienta (beneficence), musíme mu poskytnout dostatek pravdivých informací, aby o sobě a své léčbě mohl včas, s rozmyslem rozhodovat. Totéž platí v situaci, kdy se snažíme pacientovi „neškodit“ (nonmaleficence). Tento argument může ospravedlnit pravdivé informování, neboť sdělením pravdy můžeme zamezit vyššímu stresu pacienta. Stejně tak sem spadá předcházení možným problémům při léčbě pacienta.¹⁴⁵

Otázka důvěry a soukromí je také často sporným bodem. Intimita ve vztahu mezi pacientem a pečujícím často vyústí ve sdělování informací, které se nějak dotýkají soukromí pacienta. Pacient samozřejmě předpokládá, že pečující bude respektovat jeho soukromí a zachová důvěrnost. Někdy ovšem pacient poskytne pečujícímu takové informace, které sice on považuje za důvěrné, ale z hlediska péče mohou významně ovlivnit nebo změnit situaci. Pečující musí pečlivě zvažovat, zda lze informace sdílet s ostatními členy týmu, kolik a jakým způsobem, protože je zde významné riziko ztráty důvěry pacienta a porušení principu autonomie.¹⁴⁶

Aspekt autonomie respektuje pacienta jako partnera, i přesto, že jeho rozhodnutí mohou být v rozporu s jeho dobrem, tak, jak to vnímá lékař. Pacient, který je vnímán jako autonomní bytost, může přijmout zodpovědnost za svůj život a např. odmítnout léčbu, zvolit si lékaře či nahlížet do své dokumentace.¹⁴⁷ Jakkoliv lze pacienta respektovat jako partnera, má to svá omezení, např. není možné, aby vyžadoval formy zdravotní péče, kterou lékař v jeho případě nepovažuje za vhodnou nebo smysluplnou.¹⁴⁸

Problém (distributivní) spravedlnosti ve zdravotní péči je definovaný v souvislosti s finančními nároky. Protože finanční zdroje nejsou neomezené, lze stanovit pořadí několika způsobů:

- Princip sociální užitečnosti, kdy např. během přírodních katastrof větších rozměrů jsou ošetřováni nejdříve zdravotníci, aby se mohli zapojit do záchranných prací;
- Princip losování;

¹⁴³ Srov. JEDLIČKOVÁ, A. *Etické aspekty v onkologii*. [online]. Citováno 11. dubna 2023.

¹⁴⁴ Srov. O'DONNELL, P. *Ethical Consideration in Palliative Care: An Overview*, s. 607.

¹⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 607.

¹⁴⁶ Srov. tamtéž, s. 608.

¹⁴⁷ Srov. VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 55–57.

¹⁴⁸ Srov. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. *Etické a právní aspekty paliativní péče*. [online]. Citováno 9. dubna 2023.

- Princip neosobní volby, kdy se ošetření poskytuje chronologicky.¹⁴⁹

Jako další etický problém se může objevit střet zájmů. Ten je definován jako okolnost, která zasahuje do profesionálního uvažování a ovlivňuje neustranný úsudek, což ve výsledku může vést až k újmě způsobené pacientovi, kolegům a péči obecně. Z etických důvodů je potřeba vyhybat se vztahům nad rámec profese, aby nedošlo k „poškození“ pacientů, kteří jsou ve svém stavu velmi zranitelní a neschopní se bránit možnému zneužívání. Pacient a jeho rodina mohou někdy chybně interpretovat profesionální zájem členů týmu jako přátelství, zvláště při jisté intenzitě péče, v situaci, kdy se cítí stresováni blížící se ztrátou.¹⁵⁰

5.5 „Lékařská“ dilemata

Lékaři (zejména v urgentní medicíně) se s etickými problémy potýkají možná častěji než jiné profese. Nacházejí se v situacích, které nejsou zcela jednoznačné, ale oni musí problém nějakým způsobem vyřešit, ideálně ve prospěch pacienta, přičemž často ale neví, co to je. Stává se, že rodina pacienta v terminálním stavu i přes všechna poučení a informace zavolá záchrannou službu, protože pečující se dobře neorientují v tom, co se děje, na poslední chvíli se zalekli toho, že by pacient zemřel doma v jejich přítomnosti, nebo jsou zaskočeni průběhem umírání (nebo se občas stává, že pacient ani rodina prognózu neznají). Tato rozhodování ohledně tzv. marné léčby jsou pro lékaře ta nejobtížnější, protože musí být učiněna ve velmi krátkém čase. Vnímají, že svým zásahem prodlouží život bez jakékoliv naděje na další kvalitu, což není etické, ovšem v případech sebemenších pochybností, které se ale vyskytnou skoro vždy (a s ohledem na naléhání přítomných pečujících), bývá resuscitace zahájena. Někteří lékaři cítí, že konají, přestože vlastně neznají přání pacienta, a už se nedozví, jak on takový návrat do života jejich rukou vlastně poté vnímá, nemají už většinou žádnou zpětnou vazbu. Jak říká MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., předsedkyně České společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP: „... jak málo víme o tom, co naši pacienti cítí, jak vnímají situace, které my umíme popisovat suchou řečí lékařských zpráv. Dozvědět se to je pro nás téměř nemožné, jen nám zbývá si uvědomovat jedinečnost každého lidského osudu a náhledu a onu krátkou chvíli, která je vymezena urgentní medicíně, je provázet s respektem k jejich vidění světa. A pokud se oni sami nemohou vyjádřit a v dosahu není nikdo, kdo nám bude tlumočit jejich přání, nezbyvá nám než vzít na sebe zodpovědnost za rozhodnutí, co považujeme za dobré pro naše pacienty a doufat, že jsme se rozhodli správně...“¹⁵¹

Někdy ale zavolají záchrannou službu pečující i v situacích, kdy je pacient přijatý do domácího hospice. Záchranáři se někdy pokouší vystrašené rodině vysvětlit, že svým zásahem, resp. transportem pacienta do nemocnice, vlastně nevyslyší jeho přání zemřít doma, ale často bezvýsledně. Stává se, že takový pacient umírá v horizontu hodin.

¹⁴⁹ Srov. VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 58–59.

¹⁵⁰ Srov. O'DONNELL, P. *Ethical Consideration in Palliative Care: An Overview*, s. 610.

¹⁵¹ Srov. ŠEBLOVÁ, J. *Etická rozhodování v urgentní medicíně aneb „v nejlepšího prospěchu pro pacienta“*, s. 45–47.

5.6 Eutanázie a asistovaná sebevražda

Pokud hovoříme o umírání a konci života, je potřeba aspoň okrajově zmínit téma eutanázie. Pracovníci hospice se občas setkají i s naprostým nepochopením paliativní léčby ve smyslu požadavku na ukončení života nemocného, ať už ze strany jeho samotného, nebo členů jeho rodiny. Je velký rozdíl mezi eutanázií, tedy úmyslným ukončením lidského života, a tzv. „odstoupením od léčby“. V případě eutanázie či asistované sebevraždy se podle českého právního řádu jedná o trestný čin, kdy většinou lékař by měl buď sám aktivně ukončit život pacienta, nebo aspoň připravit takové podmínky, aby tak mohl učinit pacient sám. Naproti tomu „odstoupení od léčby“ s následkem smrti znamená i nadále nemocného a jeho rodinu provázet, poskytovat mu léčbu bolesti i duchovní či psychologickou podporu. Takové provázení v rámci paliativní péče umožňuje umírajícím i jejich blízkým připravit se na konec života a následně se vyrovnat se ztrátou blízké osoby.¹⁵²

¹⁵² Srov. KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, s. 89–90.

6 Klady a záporny multidisciplinárního týmu v hospicové péči

V předchozí části jsem se podrobně věnovala obecnému fenoménu hospice a pracovním pozicím, které jsou součástí multidisciplinárního týmu.

V této kapitole rozšiřuji pojmy hospic a multidisciplinární tým o pohledy a představy zaměstnanců působících v hospicové péči týkající se fungování multidisciplinárního týmu. Pokusím se zjistit, jak pracovníci nahlíží na funkci multidisciplinárního týmu, jaké mají představy o jeho fungování, jaké vnímají problémy a bariéry v týmu a s jakými etickými dilematy se potýkají.

Praktická část je zpracována kvalitativní formou, jelikož v kvantitativní formě by se nemuselo podařit získat od zaměstnanců dané informace v potřebné míře.

6.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce bylo zjistit, jaké klady a záporny se objevují v multidisciplinárních týmech v hospicové péči. Z tohoto důvodu jsem si vybrala zaměstnance z různých hospicových zařízení sídlících v České republice. Pro přesnější naplnění hlavního cíle jsem si stanovila další – dílčí – cíle, díky kterým můžu podrobněji zmapovat pohled zaměstnanců na danou problematiku.

Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, jak funguje multidisciplinární tým, ve kterém zaměstnanec pracuje.

Cíl 2: Zjistit, jaké vnímá pracovník silné a slabé stránky týmu.

Cíl 3: Zjistit, jak pracovník řeší etická dilemata se svým týmem.

Výzkumné okruhy otázek

Výzkumné okruhy otázek jsou sestaveny tak, abych získala detailní odpovědi na sestavené dílčí cíle práce.

VOO 1: Jaké je složení multidisciplinárních týmů?

VOO 2: Jak fungují multidisciplinární týmy?

VOO 3: Jaká pozitiva a negativa vnímají hospicoví zaměstnanci v multidisciplinárních týmech?

VOO 4: Jaká etická dilemata řeší členové multidisciplinárních týmů?

6.2 Metoda sběru dat

Pro diplomovou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Croswell tento typ výzkumu popisuje jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“¹⁵³

Hendl ve své publikaci uvádí jako nejvhodnější metodu pro sběr dat rozhovor, díky němuž lze získat velký objem dat, přestože kvalitativní výzkum pracuje s menším počtem informantů.

Mezi další výhody autor řadí například možnost lepší reakce na konkrétní situace a podmínky, rozsáhlejší možnosti k hledání souvislostí, ponoření se do případů hlouběji a získání tak podrobnějších odpovědí. Nevýhody této strategie shledává především v časové náročnosti pro sběr a analýzu dat nebo v náročnosti testovat teorie a hypotézy.¹⁵⁴

Kvalitativní data dle Miovského lze získat několika metodami. V první řadě jde o rozhovor, který může být nestrukturovaný, polostrukturovaný, strukturovaný, skupinový. Dále to mohou být ohniskové skupiny či kvalifikovaný odhad. Mezi další metody řadí moderované rozhovory, pozorování, extrospektivní metody, introspektivní přístup.¹⁵⁵

V případě využití kvalitativního výzkumu je většinou sám výzkumník hlavním nástrojem této metody.¹⁵⁶

Miovský popisuje samotného výzkumníka jako nástroj k modelování situace, kdy je podle něj základním postojem flexibilní a kreativní spolupůsobení na výzkumné situaci, nikoliv manipulace s lidmi.¹⁵⁷ „*Vzájemná pozice mezi účastníky výzkumu je pozice rovnocenná. Je rovnocenná v tom smyslu, že o jednotlivých účastnících uvažujeme jako o osobách nadaných vůlí a vlastním seberealizace, přestože samozřejmě zohledňujeme také biologické determinanty lidského chování atd. Přísně však respektujeme individuální odlišnosti a necháváme dostatečný prostor, aby se tyto odlišnosti mohly projevit.*“¹⁵⁸

Pro diplomovou práci jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Díky této technice jsem získala možnost zjištění potřebných informací a na jejich základě zpracovat výzkumný závěr.

Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem je osm zaměstnanců z různých hospicových zařízení, kteří jsou součástí multidisciplinárních týmů. Jedná se o lékařku, vrchní zdravotní sestru, zdravotní sestru, která působí zároveň jako psychoterapeutka a hospicová kaplanka,

¹⁵³ Srov. CRESWELL, J. W., in. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*, s. 46.

¹⁵⁴ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*, s. 52–53.

¹⁵⁵ Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 71.

¹⁵⁶ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*, s. 61.

¹⁵⁷ Srov. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 73.

¹⁵⁸ Srov. tamtéž, s. 73.

vedoucí zařízení, sociální pracovníci, pracovníci v sociální službě, ošetřovatele, který působí zároveň jako duchovní. Dále také uvádím poradce pro pozůstalé a administrativního pracovníka.

Kritérium pro výběr výzkumného vzorku

Výběrovým vzorkem jsou pracovníci v hospicové péči, kteří jsou součástí multidisciplinárních týmů v zařízení, ve kterém působí.

Realizace sběru dat

Hendl tvrdí, že důležité je prostředí, ve kterém rozhovor probíhá. Dle autora by se mělo jednat o příjemné prostředí, ve kterém se dotazovaný cítí bezpečně.¹⁵⁹

Informanty jsem telefonicky kontaktovala a domluvili jsme se na přesném datu a času, kdy bychom mohli rozhovor realizovat. Přesné místo jsem nechala na jejich výběru. Před samotným rozhovorem jsem si od jednotlivců vyžádala výslovné potvrzení, že souhlasí s nahráváním celého rozhovoru za účelem přepisu a souhlasí s průběhem výzkumu.

Před zahájením rozhovorů jsem také předala informantům informaci o možnosti přerušeni nebo ukončení rozhovoru v případě, že by se necítili komfortně.

Všem respondentům jsem zaručila anonymitu, z tohoto důvodu v práci nezmiňuji žádná jména pracovníků ani názvy zařízení.

Rozhovory proběhly v březnu a dubnu 2023. Průměrná délka rozhovoru je 20 minut.

6.3 Analýza dat

Připravila jsem si otázky, na které respondenti odpovídali. Jedná se o 3 tematické okruhy vyplývající ze stanovených výzkumných okruhů otázek. První klíčovou oblastí je fungování multidisciplinárních týmů. Následujícím tématem jsou slabé a silné stránky z pohledu členů multidisciplinárních týmů. Poslední tematickou oblastí jsou etické problémy a dilemata, se kterými se členové týmů při práci setkávají.

Pro realizaci hloubkových individuálních rozhovorů jsem zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA), která vychází z prožité zkušenosti. Na základě doporučení Barossa (2010) začínám u stručného popisu participanta a pokračuji k provádění syntézy popsanych jevů získaných od všech participantů.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s.131.

¹⁶⁰ Srov. BARROSO J. In: LoBiondo-Wood G, Haber J, eds. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, s. 100.

6.4 Identifikace výpovědí respondentů

Pro tuto část jsem se nejprve pečlivě zaměřila na celé záznamy zjištěných skutečností, které jsem získala přepisem výzkumných dat. Následně jsem pokračovala identifikací změn ve výpovědích zkoumaných osob a jejich rozdělením do myšlenkových segmentů. V nich jsem specifikovala klíčové části prostřednictvím výpovědí účastníků a přímých vět. Všechny zmíněné významné slovní obraty vyjadřující centrální význam segmentu jsem extrahovala.¹⁶¹

6.4.1 Participant 1

Lékařka – paní A.

Paní A. pracuje na pozici **lékařky** a nejčastěji **spolupracuje se zdravotními sestrami a se sociálním pracovníkem**.

V týmu, ve kterém lékařka pracuje, jsou zastoupené další **lékařky, dále zdravotní sestry a sociální pracovnice** na částečný úvazek. Paní A. **pocit'uje nedostatečnou komplexnost týmu**, v němž by uvítala **ošetřovatele/pečovatele, duchovního a vyšší úvazek sociální pracovnice**. „...a ty pečovatelky mi tam chybí nebo aspoň občas... to může být užitečné slyšet i od nich a může nám jakákoli pečovatelka vždycky říct a bylo to tak i dřív, vlastně ty děvčata nám poskytují takovou zpětnou vazbu, že někdy člověk si to nemusí v té rodině uvědomit, že tam nějak působí a třeba to nemusí bejt vždycky dobře...“; „...já bych si fakt představovala, že by tam byl nějaký duchovní a víc toho sociála, víc těch vlastně nezdravotnických profesí. Největší gró je ta zdravotní stránka, ale právě že zdravotní stránku řešíme furt, takže by prostor byl spíš pro to, jak vnímáme vztahy v rodině, naplněnosti nějakých cílů, jestli skutečně ta péče pokrývá to, co ten člověk reálně potřebuje.“

Respondentka vnímá **důležitost zdravotní i nezdravotní stránky**. „...řekneme, že v rámci té naší služby se nejedná jenom o to, aby měli injekce, aby měli ošetřené rány a přebalený plinky, ale že bolí člověka i duše, a že tam nepomůžou léky...“

V **nekomplexnosti** zároveň vidí i **slabou stránku týmu**. „...minimálně máme toho sociála, a že ještě se nám nepodařilo do toho nějak vpravit třeba duchovní složku...“. Jako slabou stránku vnímá i složité zakomponování duchovní péče do týmu. „...i když většina týmu není věřící, tak jak jim dát, že ten daný člověk tam má nějakou roli, nějaký přínos.“

Za primární **silnou stránku** považuje paní A. především **profesionalitu celého týmu**. „...jsou to šikovný holky, myslím, že máme fakt nadstandardně kompaktní tým...“. Zároveň jako silnou stránku vnímá **pohled jiných členů multidisciplinárního týmu při řešení etických dilemat**. „...není to tak, že je jedno řešení to správné, a to druhé špatný, ale že prostě každej se na to můžeme dívat i jinak. A když to řekne někdo jiný z jiný pozice, jakože lidi, který měli do té doby pocit, že je jenom jedno správné řešení, se jim otevřela perspektiva a máme aspoň možnost se o tom bavit.“

¹⁶¹ Srov. BARROSO J. In: LoBiondo-Wood G, Haber J, eds. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, s. 116.

Respondentka vnímá **etické dilema** jako **nucení dělat něco, s čím vnitřně nesouhlasí**. „...nejde, aby mě osobně někdo přesvědčoval, abych to udělala proti své vůli.“

Ve chvíli, kdy se s etickým dilematem setká, nejčastěji ho **řeší se sestrami**, případně klinickým etikem. „...většinou dilemata řeším se sestrami, případně s klinickým etikem, když je to velké dilema.“

6.4.2 Participant 2

Vrchní zdravotní sestra – paní B.

Paní B. je součástí velkého týmu na pozici **vrchní zdravotní sestry**, kde se cítí být **spojuvatelem** celého týmu. „...svou roli vidím spíše takovou koordinovací toho ošetrovacího týmu mezi sestrami, lékařem, pacientem, rodinami...“

Respondentka pracuje v týmu, ve kterém jsou **zdravotní sestry, ošetřovatelky, sociální pracovnice, vedení organizace a duchovní**. „X sester, Y ošetřovatelů, sociální pracovnice, lékaři, pan ředitel, dietní sestra, to je spojka do kuchyně, ta také obchází pacienty. Na duchovní doprovázení pak řádové sestřičky.“

Nejčastěji spolupracuje se zdravotním i nezdravotním personálem. „Hodně pracuji se sociální pracovníci, to je taková ta kuchyň hospice, kde se to všechno vaří. Co se týká aktuálních pacientů, tak se sestrou na směně a když jsou složitosti, tak s paní doktorkou...“

Pozice, která v týmu **chybí**, je **fyzioterapeut**. „...když jsou tu pacienti, kteří jsou na tom kondičně dobře, tak se ptají po fyzioterapeutovi. Takže by bylo fajn, kdybychom měli na zavolání někoho...“

Mít psychologa v týmu za důležité považuje. Dlouhodobou pracovní zkušenost s ním ale nemají „...osobně je za důležitý považuju, ale je třeba říct, že je vzácný mít nějakého dobrého psychologa...“; „chodila jednou týdně, a i pro nás, že jsme nestihli s ní navázat v kolektivu a že jsme jí mohli málo poznat. Když je to externí pomoc, tak to taky není úplně ideální. Takže úplně praktickou dlouhodobou zkušenost s psychologem nemáme...“

Za velkou **slabinu týmu** považuje respondentka právě **nepružnost zaměstnanců**, kteří nepracují v zařízení na plný úvazek, ale pouze **externě**. „...Slabina tady toho týmu asi jenom to, že když fakt chodí někdo jenom externě, máme i pár dohodářů, takže jsou to lidi, kteří mají i jiný zaměstnání. Na jednu stranu je to krásný, oni se sem těší, protože je to něco jinýho, na druhou stranu, když potřebujeme, aby tady byli, tak oni mají závazky jinde...“

Svůj tým ovšem vnímá jako **velkou sociální podporu a silnou stránku v semknutosti**. „Máme výborný mezilidský vztahy, jsou tu lidi vysokejch kvalit, a to je vlastně ten největší benefit. I mi to děvčata hlásí, že to je to nejvíc, co je tady drží...“; „...hodně oceňujou lidi, že to vnímají mezi námi, takovou tu semknutost. Řekla bych i tu úctu, že se dostane i jim, když jí máme vzájemnou mezi sebou...“

Etické dilema pro paní B. spočívá v **hledání nějakého společného výsledku**. „Třeba infuze na konci života – dávat, nedávat. Výživu – dávat, nedávat. Aby to nebylo spíš prodlužování utrpení.“

Nejčastěji etická dilemata **řeší se zdravotním i nezdravotním personálem**. „...*etická dilemata řeším s vedoucí lékařkou, která organizuje schůze, kde jsou i lidi z péče, já, sociální pracovníce.*“

6.4.3 Participant 3

Zdravotní sestra – paní C.

Paní C. nachází svou roli ve **zdravotnické části**: „...*je ve zdravotnictví sesterský částí na lékařském oboru...*“ a nejčastěji **spolupracuje s dalšími členy zdravotnického personálu**. „...*pracuju v rámci multidisciplinárního týmu a se sestrami a lékaři.*“

Za fungující členy v jejich týmu považuje: „... **doktorky, sestry, sociální pracovník, krizová interventka.**“

V rozhovoru nezmiňuje duchovního, jelikož **duchovní stránka není** v jejich týmu příliš **zajištěna**. „...*využíváme na požádání, teď zrovna nastoupila kaplanka, ta tam pravidelně nebude chodit, takže jak kdo potřebuje...*“. Zároveň zmiňuje, že se dosud **nesetkala s potřebou** spolupráce s duchovním. „...*na mě to tak působí, ale mě se osobně nestal žádný problém, kterej bych musela velmi řešit, nebo by byl přesah do toho, že by to bylo k otevření...*“

Respondentka by **ocenila**, kdyby se obsadila pozice alespoň ještě jedné **sociální pracovníce** a nemusela přebírat kompetence za nezdravotního pracovníka. „...*no já nevím, ten sociální pracovník, na tom je prostě potřeba hodně zapracovat, protože si myslím, že není postižená takovou zdravotnickou myšlenkou, a že nevidí ty katastrofy, co se můžou stát... jakože třeba, když jsou čerstvý stehy, tak já si hned přehrávám, spíš než jako sociální...*“; „*spíš se soustředím na to zdravotní, takže mi třeba chybí, že neumím ještě takhle tak přemýšlet...*“

Jako **největší problém** týmu vnímá **nedodržování kompetencí** členů týmů. „...*no takhle slabý jsou, že tam se hodně přejímají role a že to tam není úplně fixně daný... že to tam každej, má co se týká koho a prolínají se kompetence...*“

Zároveň jako **pozitivum vidí přátelské vztahy** na pracovišti. „*Myslím, že se spolupracuje a zároveň to vidím, jako to je pozitivum. My jsme i kámošky...*“

Mezi nejsložitější **etická dilemata** řadí ta, ve kterých musí mít **emoce pod kontrolou** a **oddělit osobní náhled** na situaci od profesního. „...*etický dilema, s tím bojuju jako člověk, asi každé den, ale v práci etické dilema určitě udržet na uzdě emoce... to je pro mě někdy osobně těžký a vidět tam určitej nadhled nad každým případem a nesoudit jenom podle sebe nebo svého rozhodnutí...*“

Pokud se dostane do vnitřního konfliktu, nejčastěji **řeší dilema s ostatním zdravotnickým personálem**. „...*řeším to s lékařkou nebo s jinými sestrami...*“

6.4.4 Participant 4

Zdravotní sestra, psychoterapeutka, hospicová kaplanka – paní D.

Paní D. působí v hospici domácím i lůžkovém na několika pozicích. Zaštiťuje **zdravotní část, duchovní a zároveň i psychologickou část**. Svou prioritní roli vidí jako

hospicová kaplanka. „...mám roli pracovníka pro duchovní péči a tady v mobilním hospici jsem také vedená jako psychoterapeut, nebo ten, kdo se stará o psychické problémy těch klientů a, no a v lůžkovém, jsem také všeobecná sestra. Mám také kurz nemocničního kaplana, takže bych to tu prioritou viděla jako hospicový kaplan, když bych to tak měla říct...“

Mezi své kolegy z týmu řadí: „**tak my máme zdravotní sestry, lékaře, psychoterapeuta, duchovního, sociální pracovníce, další sociální pracovníce...**“

Svou roli duchovního vnímá jako důležitou nejen pro věřící, ale i nevěřící. „...kaplan, nebo pracovník zabývající se duchovní péčí nebo spirituální péčí vlastně je pro každého člověka, nejenom pro věřící. Tam jde o to, hledat potřeby spirituální a ty jsou často v rozmezí, jak říkám, toho života, že třeba hledat a ptát se, co je pro toho nemocného důležité. Často to bývá rodina, nebo zdraví, a tak z toho vycházet a hledat, jak tyhle potřeby můžeme nějak jakoby posilovat. Co je vnitřním zdrojem jejich síly. No, a hlavně ten kaplan má přinášet naději, nebo nějak hledat také smysl života, a to nakolik ten pacient se s nemocí smiřuje, anebo nesmiřuje, tak si myslím, že to patří běžně do doprovázení v paliativní a hospicové péči, kterému se věnují i ty sestry...“

Přestože respondentka je psychoterapeut, zamýšlí se nad faktem, že **nezastupuje ale roli psychologa**, kterého by v jejím multidisciplinárním týmu ocenila. „...já jsem psychoterapeut, ale teď mě napadá, že já nejsem psycholog...“; „...nejsem psycholog, takže někdy možná by nám třeba pomohlo mít nějakého externího psychologa, který by k našim otázkám, otázkám něco řekl a něco s ním zkonzultovat...“

To je možná jeden z důvodů, proč se na paní D. obracejí ostatní členové týmu se svými osobními problémy. „Jo, v tom lůžkovém hospici taky vlastně se obracejí a je to na takové úrovni vycházející z toho lidského, že by ti zaměstnanci hledali něco, v první řadě nepotřebují to duchovní, ale takové to lidské. Třeba, něco, co je tíží, tak se nějak svěřit osobně, třeba jedna kolegyně se rozchází s partnerem, tak potřebuje to sdělovat.“

Za silnou stránku považuje dobře fungující zdravotní tým. „...mně se líbí, že máme to tady tak nastavené, máme i výborný tým, sesterský tým je tady moc dobrý, ty sestry to dělají s takovou motivací, vnímají, že ti pacienti jsou na konci svého života a teď je nějak doprovázet v tom, aby se s tím smířili, nebo aby ten jejich život byl co nejkvalitnější...“

Zároveň silnou stránkou je i **dobrá komunikace** mezi členy týmu. „...když si předáváme pacienty, tak hned, vedle těch ošetrovatelských věcí, jestli má bolesti, nebo jestli zvrací, nebo jí, co proti tomu, tak hnedka mluvíme o tom, jak ten pacient, v jaké je fázi, jo...“

Další silnou stránkou je pro respondentku **důvěra mezi kolegy**. „...my si hodně rozumíme, důvěřujeme, když v něčem třeba, tak si voláme, radíme si navzájem v té službě, to je myslím taky taková silná stránka, ta důvěra, že nemáme problém si zavolat, co by tomu pacientovi pomohlo a nemáme z toho obavu...“

Za slabou stránku nic nepovažuje.

Často se však setkává s **osobním prolínáním rolí**. „...já si musím dávat pozor a třeba, v tom se, přiznám, často chybuju, že jako zdravotní sestra jsem nastavena věci řešit. Jakože tomu nemocnému udělat nějaké ty intervence, říká, že má bolesti...“; „...v té

roli duchovního nebo i té podpory psychické tam je potřeba naslouchat více a nechávat to taky na tom pacientovi, co on chce, nechávat mu tu svobodu, takže tam, jsem nakloněna k tomu to řešit za toho pacienta, nebo spíš mu předkládat nějaké už konkrétní rady a recepty, a to v roli duchovního a terapeuta není na místě...“

Za největší **etický problém**, se kterým se setkává, považuje, když pacient žádá **eutanázii**. *„Mě napadá etický problém často, se kterými se setkáváme, myslím si, že hlavně v lůžkovém hospici jsem se s tím setkala, že ti lidé třeba nechtějí už žít, už nevidí ten smysl a prostě chtějí ten život ukončit a žádají: „Já už bych chtěl ten život ukončit, může se dát injekce zvířeti, tak proč bych já nemohl dostat injekci. „Takže to vidím jako takový problém...“*

Mezi **dilemata** řadí i **různé pohledy na danou situaci** jak ze strany rodiny, tak ze strany nemocného, týmu a určení jasné **priority**. *„...jsem se setkala s tím, že někdy rodina má trochu jiné očekávání, jiné představy, co by viděli u toho nemocného jako dobro a ten nemocný také má jiné představy, nebo co on vidí pro sebe jako dobré. A že tam se to střetává a teď vlastně, komu dát přednost, je potřeba, abychom dali přednost tomu nemocnému...“*

Paní D. se v případě dilemat **obrací na sestru či lékařku**. *„Se sestrou to nejčastěji řeším nebo s lékařkou.“*

5.4.5 Participant 5

Ošetřovatelka – paní E.

Respondentka je v domácím hospici na pozici ošetřovatelky. *„...já dělám pracovníka v sociálních službách a dělám ošetřovatelskou práci...“*

Nejčastěji **spolupracuje se sociální pracovníci**, v kontaktu je i se zdravotnickou částí týmu, jehož práci se nechává inspirovat. *„...nejčastěji spolupracuji se svojí sociální pracovníci, ale i se sestřičkami, že se třeba doptávám na nějaký věci, poslouchám jejich zážitky, kterejma se nechávám inspirovat, aby člověk tak nějak věděl i z té druhé profese, kdy už jsou nějaké hranice v tom, na co si třeba dát pozor nebo jak komunikují s klientama.“*

Všechny **ostatní členy multidisciplinárního týmu považuje za nepostradatelné**. *„...máme tady vedoucí, se kterou se pravidelně bavíme a která obhospodařovala různé naše potřeby, a to je poměrně důležitou složkou našeho týmu, druhou máme tady sociální pracovníci, to je taky klíčový pracovník v našem baráku, dál tu máme moje kolegyně, to jsou další pracovníci v sociálních službách, a pak jsou tu zdravotní sestřičky, což je ta čtvrtá pozice, pak se tady občas jako mihne ajťák, občas vidím i doktora...“*

Kaplana ani **duchovního** paní E. nevyužívá ani **nereflektuje**, že by ho **potřeboval někdo z klientů**. *„...kaplan tak jak funguje v organizaci, tak po mně ho žádné klient nechce, žádný z klientů, ke kterým jezdím, tak s ním jako úzce nespolečuje...“*

Služby **psychologa by ale ve svém týmu uvítala**. *„...si nejsem vědomá toho, že by tady byl nějaký psycholog...“*; *„Jakoby k současnému stavu se kvůli sekularizaci v Čechách, tak si myslím a zároveň vzhledem k tomu, jak se začínají konečně vážně brát emoce, tak si třeba myslím že pozice psychologa je extrémně ještě pořád podhodnocená“*

a zároveň hrozne dôležitá, myslím si zároveň že psychologové samozrejme nejakým svým spôsobom môžu riešiť treba spirituálnu krízu alebo spirituálne potreby u svojich klientů, ale práve jenom predmet jejich zájmu je psyché... “

Pani E. cíti ve svém týmu **nedostatečnou komunikaci v rámci předávání informací**. „...u nás si myslím, že to tkví v tom, že máme hodně platform, skrze který si předávat informace, za což teda částečně můžu i já... takže se nám trošku tříští pozornost a zároveň my se spolu vlastně nescházíme organizovaně, takže tam je komunikace často pracovní, když se potkáme u jídla, tak je tam lidská, ale není řízená... “

Oproti tomu mezi **silné stránky týmu** řadí především **spolehlivost a důvěru**, kterou má ke svým kolegům. „...a co se týče silných stránek týmu, tak si vlastně myslím, že člověk ví, že se... no můžem opřít, víme, že si za sebou stojíme, není to práce, kde bychom měli strach z toho, že něco pokazíme, a ještě bude průser v práci... samozřejmě, že to nevede k tomu, že bereme věci na lehkou váhu, ale ta opora v koležích a důvěra je jedna ze základů nějakého funkčního kolektivu... když se tu sejdeme, tak se můžem opřít i psychicky... “

Respondentka s kolegy řeší spíše oblast péče o klienta, s **etickými dilematy se moc nepotýká**. „...já etických dilemat vlastně až tolik řešit nemusím, já maximálně řeším to, když nestíhám, tak jestli mám u jednoho klienta tak moc zrychlit, protože ten druhý bude potřebovat péči včas anebo jestli zvládne, když tam prostě přijedu o trochu dýl... “

6.4.6 Participant 6

Ošetřovatel, kněz – pan F.

Pan F. vidí primárně svou roli v týmu na místě **ošetřovatele**. Dle individuální situace však dokáže promítnou svou **duchovní službu** do péče. „...prostě svoji roli vidím jednak v té ošetřovatelské službě a jednak v té kněžské a duchovní službě, tady. Já jsem na prvním místě ošetřovatel, ale pokud ty lidi projeví zájem o duchovní službu, nebo pokud jsou věřící, tak se snažím s nima mluvit i na rovině duchovní a prostě, když odchází nebo jsou v tom finálním stádiu a jsou věřící, tak se s nima modlím, anebo potom přicházím a uděluju svátost pomazání nemocných... “

Ve své **zdvojené roli vidí spíše výhodu**. „...jsou velmi překvapení, že vůbec katolický kněz dělá nějakou takovou službu, jo. Prostě ošetřovatele, dvanáctky, plný úvazek a tak dál, jo. To je prostě i mezi kněžskými takové, prostě něco, co je nezvyklé, co je nové, co je prostě, nechci říct úplně ojedinělé, ale svým způsobem asi jo. Asi tak, neobvyklé. Ti pacienti, ty rodiny, když se to dozví, tak jsou určitě překvapení a někteří chtějí o těch duchovních věcech mluvit, pacienti jsou rádi a jsou vděční, že jako kněz tam jsem... “

V rámci ošetřovatelské péče je **nejčastěji v kontaktu s dalšími ošetřovateli a se zdravotní sestrou**, jako duchovní s **řadovými sestrami**. „No, určitě s ošetřovateli a se zdravotní sestrou. Prostě to jsou primární lidi, se kterými já tady jsem. Protože já jsem tady placen a pracovní zařazení je ošetřovatel, v první řadě. Jako duchovní pak s řeholními sestrami... “

Tyto pracovníky zmiňuje i při **popisu multidisciplinárního týmu**, ve kterém pracuje. „... Vrchní sestra, staniční sestra a dvě řeholní sestry. Já ani nevím... “

Pan F. zastupuje **duchovní složku** týmu, **zajištění psychologické složky nepovažuje za důležité**. „Nemyslím si, že jsou nějaké situace, které by byly tak těžké, že by člověk potřeboval psychologa, to je jedna věc. Druhá věc, myslím si, že prostě tu psychohygienu všichni máme nějakým způsobem doma...“; „Já jsem tady dva roky, ale zatím jsem se nepotkal s nějakou situací, že by to bylo tak náročné, že by člověk potřeboval to nějakým způsobem zpracovat s nějakým odborníkem nebo tak...“

Silnou stránkou multidisciplinárního týmu, kterého je pan F. součástí, je dle jeho názoru **dobrý kolektiv** spolupracovníků, který ovšem nevnímá jako samozřejmost. „...silné stránky je určitě kolektiv, protože to je prostě něco, co je velkým darem, myslím si pro všechny lidi, protože jsme tady věřící i nevěřící...“

Slabou stránku vidí spíše ve své roli **kněze**, kde **nevnímá takovou potřebnost ze strany klientů**. „Slabé stránky vnímám to, že vlastně mnoho lidí není věřících a tu službu kněze tak nějak úplně nepotřebují...“

Z okruhu **etických dilemat se s žádnými nesetkává**. „Ne! Vůbec, vůbec, vůbec. Všechno je tak lidsky na rovinu, asi tak...“

Nikdy se nedostal do vnitřního konfliktu ani **nikdy žádné etické dilema neřešil**. „...prostě do takové situace jsem se nikdy nedostal a myslím si, že prostě asi se ani nedostanu...“

Za jediné dilema považuje otázku **eutanázie**, kterou však má jasně vyřešenou a nemyslí si, že by toto dilema někdy měl v budoucnu řešit. „...takové dilema například je otázka eutanazie, možná jo, ale myslím, že tady otázka eutanazie se nikdy nebude řešit, protože tady je to prostě jasně daný...“

6.4.7 Participant 7

Sociální pracovnice – paní G.

Paní G. pracuje v hospicovém zařízení **jako sociální pracovnice a spolupracuje s celým multidisciplinárním týmem v zařízení**. „...asi s celým multidisciplinárním týmem, to znamená s lékařem, se středním zdravotnickým personálem, s pracovníky v přímé obslužné péči, s lékaři, s panem ředitelem, se všema... a podle potřeby je přizván i **pastorační asistent**, ten tam tedy nebývá pravidelně...“

Ve svém týmu však **nemají zastoupeného psychologa** a podle respondentky dokáže jeho roli **nahradit zdravotní personál**. „Psychologa nemáme přímo v týmu, ale myslím si, že někteří naši lékaři i sestřičky jsou natolik vybaveni, že dokážou zastoupit i tuhle tu roli...“

Zároveň potvrzuje, že do multidisciplinárního týmu **pozice psychologa patří**, ale je **nahraditelná** například duchovním. „...určitě patří do multidisciplinárního týmu, protože ve chvíli, kdy se u pacienta podaří po přijetí zaléčit ta fyzická bolest, tak s ním můžeme pracovat dál a tam vyplouvají na povrch někdy ty problémy, který si člověk s sebou životem nese, a když se ten jeho život uzavírá, tak řada lidí bilancuje a pokud tam mají nějaké nedořešené věci, tak jsou vděční, když si někdo najde ten čas a může s nimi popovídat. A to má buď třeba ten lékař, i třeba o víkend, nebo když tu někdy přespává

do druhého dne, tak si najde čas, nebo i řádová sestřička a s tím člověkem, nechá ho vypovídat a pak to třeba sdělí ostatním členům... “

Výjimkou je však pro respondentku **dětský psycholog**, kterého by paní G. **uvítala** alespoň částečně. „...*třeba dětský psycholog, ale to je hodně individuální. Protože řada našich pacientů není jenom v důchodovém věku, ale jsou to třeba maminky od malých dětí a pak třeba tu rodinu nasměrovat, anebo se sami poradit, jak s těmi dětmi pracovat... “*

Mezi **silnou vlastnost** týmu řadí **komunikaci a kontinuitu** v předávání informací mezi členy týmu. „...*silný stránky, že se scházíme pravidelně, každý den ráno, a každého pacienta, kdy se o něm podrobněji bavíme. A to se děje i na několika úrovních, že takhle si předávají hlášení i sestřičky, když končí směnu, tak předávají hlášení další směně, tak si myslím, že tam, že ta kontinuita tam funguje... “*

S tím se však pro respondentku pojí i slabá stránka, kdy se řeší aktuální pacienti, a **cítí potřebu i zpětné vazby** ohledně nevyřešených případů. „...*my někdy možná nemáme zpětnou vazbu, jak situaci, kterou jsme chtěli nějak vyřešit, tak pak už se třeba nesejdeme a neřekneme si, jak to dopadlo... “*

Jako velké **etické dilema** vnímá respondentka především **rozhodování mezi potřebami pacienta a potřebami rodiny**. „...*přijde pacient a má nějaké potíže a teď my řešíme, jestli mírnit ty jeho potíže, ale lékař ví, že když nasadí léky na tyhle konkrétní obtíže, že ten člověk bude víc spát a nebude vnímat, když za ním přijde rodina. A rodina si zase přeje, aby ten člověk byl v bdělém stavu, aby s ním mohli ještě trošku komunikovat. A teď tam řešíme, jak to vybalancovat... “*

Pokud se s etickým dilematem setká, **řeší ho především se zdravotnickým personálem**. „...*jdu za kolegy, tedy lékař, sestřička, která je ten den ve službě, vrchní sestra... “*

6.4.8 Participant 8

Ředitel zařízení – pan H.

Pan H., jako vedoucí celého zařízení, vidí svou **roli manažerskou** „...*tak přirozeně, aby se udržela struktura, aby udržel se funkční systém, tak musí fungovat hierarchicky od shora... “*. Svou pozici přirovnává k indiánskému přísloví: „*Vezmi si poučení od stromu – ten snáší žár slunce, aby ostatním přinášel svěží stín. “*

Pro efektivnost **fungování týmu** se snaží být v **kontaktu** s každým zaměstnancem. „...*neméně důležité pro mě, abych si udržel nějaký přímý kontakt se všemi kolegy a pracovníky, protože, pak hrozí obrovská, obrovské riziko izolace a ztráty reálného pohledu na věc... “*

Podle respondenta by měl mít dobře fungující multidisciplinární tým tyto vlastnosti: „...*kompaktní, sevřený, hodnotový, jedním směrem kráčející tým. “*

Z vedoucí pozice, ze které řídí lůžkový i domácí hospice, vnímá jednotnost v cílové skupině, **rozdílnost v prostředí a náročnosti**. „*V domácích hospicích je to svým způsobem těžší, protože ta sestra je u toho pacienta obvykle sama a nemůže se jí hned rychle poradit, jasně, má u sebe telefon, ale je to něco jiného, než když v tom lůžkovém*

zařízení mohou být dva nebo tři a ještě jim může stát za zády, nebo je vedle v místnosti lékař. “

Za **slabinu** multidisciplinárního týmu v hospicové péči považuje pan H. především **nezájem o tento obor**. „*To, že jsme jakoby okrajovým oborem, o který není celospolečenský zájem, lékaři ani sestry si tady nevybudují prestiž. To je slabinou, s kterou nejsme, s tou věcnou podstatou, úplně schopni nic dělat. Podobně jako absolventi lékařských fakult a zdravotnických středních škol nebo i těch vyšších, když z nich vzejdou mladí lékaři a sestřičky, tak zcela přirozeně nejsou osobnostně vyzrálí na to, a čest všem nemnohým výjimkám, pracovat v hospicovém zařízení...*“. Pan H. se domnívá, že neatraktivita oboru je v **nízkém finančním ohodnocení** v rámci neziskové služby. „*...ti, kteří si chtějí vydělat balík peněz, tak také nesměřují do hospicového prostředí, protože jsou to neziskovky...*“

Z pohledu respondenta z těchto slabin zároveň **vychází i silná stránka**, v podobě **personálního obsazení**. „*...mzdová hladina je nižší než ve veřejné sféře, ale výměnou za to tedy přicházejí lidi, kteří mají přesto důvod tady pracovat...*“; „*zkrátka to, co nelze koupit, lze u nás získat v pozici zaměstnance, a to není málo.*“

Přestože pan H. je spíše v pozici řídicí, vnímá **etická dilemata ve prospěch pacienta** stejně citlivě jako jeho zaměstnanci pracující v přímé péči. „*...vždy na paměti mít prospěch a dobro pacienta, to jsou klíčové medicínské dovednosti, které se učí už v prváku na fakultách, že prvním a hlavním úkolem lékaře budoucího je neškodit...*“. Zároveň jako manažer se potýká i s jiným druhem etických dilemat, a to především v **personální rovině**. „*...etika se tvoří a udržuje zároveň a přímo úměrně s tím, jak vyzrálý a kompaktní je ten tým. Nesmí to být soubor jedinců, no.*“

Pokud se respondent s takovým etickým dilematem setká, řeší ho „po biblicku“. „*Tam jsou tři stupně. První je, že to proberu mezi čtyřma očima s tím člověkem, když to pomůže super, když to nepomůže, přiberu si k tomu dalšího z kolegů, obvykle jeho nadřízeného a už před dalšíma očima to vyřešíme. Nepomůže-li ani to, pak je to na shledanou...*“

6.4.9 Participant 9

Poradce pro pozůstalé – paní I.

Paní I. je na pozici **poradce pro pozůstalé** v domácí hospicové péči. „*Svou roli vnímám spíše tedy poradenskou...*“

Nejčastější **spolupráci** má navázanou se **sociální pracovníci**. „*Nejčastěji spolupracuji se sociální pracovníci a mohu s ní konkrétní klienty probrat, protože s nimi je jako první v kontaktu nebo je už zná z hospicové péče...*“

V multidisciplinárním týmu, ve kterém pracuje, zmiňuje pozice: „*...zdravotní sestry, lékaři, vedení se sociální pracovníci, údržbář, ošetřovatelky.*“

Duchovní ani psychologickou složku v týmu nemají zastoupenou, jelikož po nich není poptávka. „*Za tu dobu si pamatují, že byla od dvou klientů poptávka po duchovním. Tu kolegyně řeší individuálně zprostředkováním kontaktu. A pokud je potřeba,*“

oslovujeme kolegyni, která má psychologický výcvik a terapeutický výcvik, ale poptávka po těchto službách je taky minimální... “

Význam těchto dvou pozic vidí ve chvíli, kdy by **se nejednalo o externí pracovníky**. *„Možná pokud by byli častěji s námi v kontaktu, pokud by to nebyli spolupracovníci na DPP, možná by je třeba více využívali spolupracovníci, ale klienti si myslím, že tuhle potřebu nemají.“*

Respondentka **nepocit'uje absenci určité pozice** v týmu, ve kterém pracuje.

Jako **silnou stránku** vnímá poradkyně především **přátelskost a kolegiální** na pracovišti. *„Silná stránka je za mě, když se podaří najít takové kolegy, kteří se dobře znají a mají se rádi i mimo.“*

Za **slabou stránku** paní I. považuje, pokud se objeví velká **osobnostní diference** člena týmu od ostatních. *„Slabá stránka je, když některá kolegyně do týmu úplně nezapadne, ale s tím se snažíme taky pracovat.“*

Co se týká **etických dilemat**, na pozici poradce **se s nimi neseťkává** často. Pokud ano, tak v rámci **udržení hranice svých kompetencí**. *„Myslím, že je neřešíme úplně často nebo intenzivně. Jen pokud třeba truchlení toho pozůstalého má příznaky, že by se mohlo jednat o komplikovaný truchlení, tak snažit se udržet si ty hranice, kdy to spadá ještě do její kompetence a kdy už je to na odkazování k jiným odborníkům.“*

6.4.10 Participant 10

Administrativní pracovník – paní J.

Paní J. je v organizaci na pozici **administrativního pracovníka**. Přestože se členy multidisciplinárního týmu denně spolupracuje, vnímá se spíše jako **podporovatel týmu** než začleněný zaměstnanec. *„Ze své pozice se cítím mimo multidisciplinární tým, zní mi to příliš odborně z hlediska zdravotní a sociální péče a tam já se zdám mimo kruh, teda moje pozice. Pokud bych měla se měla zhluboka zamyslet a ta role by tam měla být přeci jen, tak bych ji viděla jako podporovatel týmu.“*

Respondentka by v celkovém týmu uvítala **pozici výkonného manažera**. *„Pocit'uji, že celkově v tomto týmu chybí pozice provozního/operačního manažera, který by věděl, jak ta dennodenní činnost funguje, a co je kde potřeba, vlastně výkonný manažer...“*

Z této úvahy pracovníci vyšla zároveň **slabá stránka**, kterou vnímá v **týmu fungujícím bez systému se špatně rozdělenými kompetencemi**. *„...tak slabinu vidím v jisté nesystematičnosti a třeba ve špatně ukotvených pravomocích...“*

Silnou stránku nachází v **kvalitě osobností** jejích kolegů. *„...pozitiva i přes to všechno je tu hodně srdcařů, kteří mají prostě povahu ten tým táhnout.“*

V rámci své administrativní agendy se do **etických dilemat nedostává**. Pokud by však nějaké etické dilema řešit musela, obrátila by se primárně na jinou administrativní kolegyni.

7 Reflexe výzkumu

Celý výzkum je podložený výsledky šetření, které byly získány metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem tohoto šetření bylo zjistit, s jakými klady a zápory se potýkají multidisciplinární týmy z hospicových zařízení. Pro objektivní posouzení bylo třeba provést rozhovory s jednotlivými členy multidisciplinárních týmů, kteří pracují na odlišných pozicích v organizacích poskytující hospicovou péči.

Všechny jednotlivé rozhovory byly při analýze dat rozčleněny do výzkumných okruhů. Následné komparace a vyhodnocení výzkumného šetření proběhly na základě klíčových oblastí vyplývajících ze subjektivních názorů respondentů (složení multidisciplinárního týmu, fungování multidisciplinárního týmu, silné a slabé stránky týmu, etická dilemata a jejich řešení).

V rámci finální části výzkumného řízení seskupují segmenty zahrnující centrální významy každého účastníka. Tím vzniká předběžná syntéza seskupovaných významných segmentů pro jednotlivé účastníky, kteří se zaměřují na podstatu zkoumaného jevu. Výsledkem závěrečné syntézy významových segmentů, které se objevují u všech účastníků, je popis jejich fungování v multidisciplinárním týmu.¹⁶²

Mezi nejčastěji zmiňované pozice, se kterými jednotliví respondenti pracují, bez ohledu na jejich roli v **multidisciplinárním týmu**, jsou zdravotní sestry a sociální pracovník. Spolupráce paní A. a paní I. nejvíce spočívá v kombinaci se zdravotnickým i nezdravotnickým personálem. Paní C., pan F. a paní D. zmiňují nejčastější spolupráci především se stejnou pozicí. Spolupráci se sociálním pracovníkem zdůrazňuje paní I., paní E. a paní B. Všichni tři respondenti vnímají sociálního pracovníka jako toho, který má přehled z důvodu vyřizování prvních kontaktů. Student považuje tuto pozici za klíčovou. S tímto faktem souhlasí i autorka Elich popisující pozici hospicového sociálního pracovníka (mimo jiné) jako osobu, která utváří první dojem na pacienta i rodinu. Sociální pracovnice – paní G. – uvádí, že její spolupráce je s celým multidisciplinárním týmem, kam řadí: lékaře, střední zdravotnický personál, pracovníky v přímé obslužné práci, vedení. Jediná paní J. se jako člen multidisciplinárního týmu necítí, přestože administrativní pracovník hraje v týmu stejně důležitou roli. To potvrzují i autoři Reith & Payen ve své publikaci *Social work in end-of-life and palliative care*.

Vzhledem k tomu, že pan F. má svou pozici v týmu i jako duchovní, v této roli má navázanou spolupráci primárně s řeholními sestrami. Přestože pozice kaplana patří do multidisciplinárního týmu, ne ve všech zařízeních je tato role zastoupena či využívána. Kubelka popisuje duchovního v multidisciplinárním týmu jako odborníka na spirituální oblast, který dokáže poskytnout bezpečný prostor ke sdílení strachu z utrpení, umírání i smrti. Přesto v některých zařízeních tato pozice není nikým zastoupena. Výjimkou nejsou ani pracoviště, kde pracuje paní C., paní I., paní E. a paní A. Zde odborníka na spirituální oblast nemají vůbec. Jako důvod udávají nevyužití nebo nízkou poptávku od pacientů či zaměstnanců. Respondentka A. by ale doplnění této pozice velice ocenila. Naopak paní G. a paní B. zmiňují využití této služby primárně pacienty. Pan F. svou

¹⁶² Srov. Barroso J. In: LoBiondo-Wood G, Haber J, eds. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, s. 125.

duchovní službu poskytuje výhradně jen pacientům, jelikož by mu pak v pracovním prostředí nebylo příjemné s kolegy pracovat. Naopak paní D., která zastává i roli kaplanky, vypráví o vlastní iniciativě organizovat pro své kolegy akce spojené s duchovní péčí, jelikož její službu využijí jak pacienti, tak i kolegové.

Žádný z respondentů nemá ve svém týmu začleněného psychologa. Paní I. má v týmu pouze externí krizovou interventku, paní D. mající psychoterapeutický výcvik se necítí být v roli psychologa. Paní A. vnímá potřebu péče o pacienty nejen fyzickou, ale i duševní, kterou by dle jejího názoru psycholog mohl zajistit. Paní E. by psychologa v týmu také využila, ale spíše v rámci své psychohygieny, zatím využívá alespoň supervize. Parkes et al. považují supervizi jako prevenci proti patologickým jevům, které jsou u pracovníků v pomáhajících profesích časté, např. syndrom pomocníka, syndrom vyhoření. Pan F. psychologa v týmu nepostrádá. Z pohledu paní G. dokáží tuto pozici nahradit lékaři či sestřičky, spíše by uvítala externího dětského psychologa například v rámci pozůstalostní péče.

Paní B. by svůj multidisciplinární tým spíše doplnila o fyzioterapeuta než o psychologa. Paní J. chybí v zařízení řídicí pozice. Zdravotní sestra paní C. a paní A. postrádají ve svých týmech rozšířenější práci sociálního pracovníka, paní A. chybí i pozice ošetřovatelek. Paní I. a pan F. vidí své multidisciplinární týmy jako kompletní.

V souvislosti s nedostatečným obsazením určitých pozic v hospicové péči se pan H., jako ředitel zařízení, obecně zmiňuje o jedné z velkých slabin, a to o nízkém finančním ohodnocení v neziskové sféře, která dělá tento obor méně atraktivním. Nikdo z respondentů však tuto **slabou stránku**, která se v multidisciplinárním týmu může objevovat, nezmiňuje. Pro paní A. je největší problém již výše zmíněná nekomplexnost týmu. Paní B. vidí slabou stránku v nepružnosti externích zaměstnanců. Respondentka paní G. by byla ráda, kdyby se k ní dostávala častěji zpětná vazba. Psycholožka N. Hayesová považuje zpětnou vazbu za oblast, která je důležitá především pro vývoj týmu a jeho další činnosti. Slabinou týmu pro paní C. je nedodržování kompetencí. Stejnou slabinu vnímá ve svém týmu i paní J. z pozice administrativního zaměstnance. Žádnou slabou stránku týmu nepocituje paní D. Pan F. v rámci ošetrovatelské péče nepocituje také žádnou slabou stránku v týmu. Tu vidí spíše v roli kněze, kterou vnímá jako nepotřebnou ze strany klientů. Paní E. vnímá jako největší slabinu komunikaci mezi jednotlivými členy.

Naopak komunikace je v týmu paní D. a v týmu paní G. jednou ze **silných stránek**. Dle Jankovského je pro dobře fungující tým komunikace nezbytná. Autor dále zmiňuje, že je třeba fungování týmu posilovat a rozvíjet důvěru mezi členy. A právě důvěru řadí většina respondentů mezi další silné stránky svého týmu. Tu má ve své kolegy i respondentka paní E., pro kterou je důležité, že se na kolegy může spolehnout. Velká sociální podpora a semknutost je i u paní B., která vnímá své kolegy jako osoby vysokých kvalit, stejně jako paní A. Tato respondentka vyzdvihuje profesionalitu celého týmu. Jako silný klad vnímá pan F. a paní I. kolegiální a dobrý kolektiv, ve kterém mohou pracovat. Stejně tak pan H. a paní J. odkazují na kvalitu osobností personálního obsazení.

Lencionci zmiňuje nedůvěru jako jeden z pěti problémů, který se může vyskytnout v týmu. Pokud je tým funkční, nemusí mít jeho členové strach ukázat svou zranitelnost nebo obavy. Z výpovědí vychází, že v žádném týmu respondentů se tento problém pravděpodobně neobjevuje.

Díky této přednosti se mohou respondenti na své kolegy obrátit nejenom v oblasti péče, ale také i při řešení **etických problémů a dilemat**, se kterými se pracovníci v pomáhajících profesích setkávají velmi často.

Pohled jiných členů multidisciplinárního týmu při řešení etických dilemat je důležitý pro paní A., přestože nejčastěji o řešení etického dilematu přemýšlí jako lékařka společně se zdravotními sestrami. Je zcela přirozené, že každá pozice má jiný náhled na etická dilemata. To potvrzuje i paní B., která se stejně jako paní A. v případě potřeby obrací na zdravotnickou i nezdravotnickou část týmu. Naopak paní C., paní D. i paní G. řeší případná dilemata s kolegy, kteří jsou na stejné pozici jako oni. Tito pracovníci se nejčastěji setkávají s etickým dilematem eutanázie, oddělení osobního náhledu na danou problematiku od profesionálního či stanovení priorit potřeb pacienta a potřeb rodiny. Paní I. se často s etickými dilematy neseťkává. Pokud ano, jedná se spíše o udržení hranic svých kompetencí, ve chvíli, kdy poradenská činnost pro pozůstalého nestačí a je třeba péče dalších odborníků. Paní J. ani pan F. se s etickými dilematy na své pozici neseťkávají.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se pokusila přiblížit situaci paliativní péče především v prostředí domácího hospice. Mým cílem bylo teoreticky popsat a následně podpořit praktickým výzkumem činnost, práci a smysl multidisciplinárního hospicového týmu, který bývá popisován jako nezbytná součást specializované paliativní péče. Měl by poskytovat umírajícím všestrannou pomoc a podporu v poslední fázi života a jejich rodinám pak i následnou péči v době po úmrtí jejich blízkého.

V práci jsem uvedla silné stránky takového týmu, ke kterým odborníci řadí především všestrannost, vzájemnou podporu a pomoc jak pacientovi, tak i jednotlivým členům v rámci týmu. Za slabiny je pak možné považovat nedostatečnou komunikaci, způsobenou buď velikostí týmu, nebo třeba osobními antipatiemi členů, dále pak překračování kompetencí, možnou setrvačnost a nepružnost týmu apod. S ohledem na náplň práce multidisciplinárních hospicových týmů je potřeba dbát na prevenci syndromu vyhoření a snažit se předcházet různým hraničním jevům, ať už máme na mysli vyhoření či např. syndrom pomocníka apod. Je proto potřeba organizovat pravidelné supervize či podpůrné skupiny zaměstnanců, kde každý dostane prostor k vyjádření svých problémů, pochybností a možného zármutku. Takové setkávání týmu by mohlo být také prostorem k otevření a řešení možných etických problémů a dilemat, s nimiž se členové multidisciplinárního hospicového týmu mohou setkat.

Oslovila jsem tedy různé druhy zaměstnanců několika hospicových zařízení a požádala je o zamyšlení se nad rolí multidisciplinárního hospicového týmu v jejich práci. Většina z nich se cítí být platnými členy týmu, kteří běžně spolupracují s ostatními zastoupenými profesemi. Jakkoliv v jejich týmu nejsou zastoupeny všechny v literatuře uváděné pozice, většinou postrádají více zapojení psychologa než duchovního. Mně osobně rozhovory poskytly překvapivé zjištění, že v některých hospicích je pozice sociálního pracovníka považována za nepříliš potřebnou a za nahraditelnou jiným členem týmu. S ohledem na agendu, kterou ve své práci vykonávám já osobně, si neumím představit, že by bylo možné ji rozložit mezi kolegy, kteří navíc mají vzdělání v oblasti zdravotní, a ne sociální.

Potěšující bylo zjištění, že většina členů multidisciplinárních hospicových týmů chová ke svým kolegům důvěru a váží si jich. Pro respondenty je jejich pracovní kolektiv velkou přidanou hodnotou, která jim pomáhá snášet obtíže jejich nelehké práce a někdy i problémů v osobním životě. Přesto, že hospicová zařízení jsou neziskové organizace, které mohou své zaměstnance odměňovat spíše podprůměrnými mzdami, žádný z respondentů to neuvedl jako slabinu či negativum spojené s touto prací.

Pokud bych tedy měla srovnat teoretická východiska mé práce s praktickými výstupy, lze říci, že většina členů multidisciplinárních hospicových týmů si je vědoma silných i slabých stránek týmové práce tak, jak je popisuje odborná literatura. Slabé stránky týmové práce ale sami za sebe nepovažují za příliš významné a limitující, a naopak, silným stránkám připisují pro svůj život a práci značnou důležitost.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Praha: Zvon, 1994. ISBN 8071131113.

APGAR, D. *Social Work ASWB*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2016. ISBN 978-0-8261-3275-8.

BARROSO, J. Qualitative approaches to research. In: LoBiondo-Wood G, Haber J, eds. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 7th ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2010. ISBN: 978-0-323-44761-4.

BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu. z. ú., 2015. ISBN 978-80-905867-1-0.

DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví: Právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023. ISBN 978-80-97439-59-3.

ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: Aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. ISBN 978-80-271-9802-3.

GEHRING, R., B., OPATRNÝ, M., BIRHER, N., BAUMANN, K. *Spiritualita, etika a sociální práce*. FreiDok plus, 2021. ISBN 978-3-928969-89-5.

HALIFAXOVÁ, J. *Bytí v umírání*. Praha: Maitrea, a.s., 2015. ISBN 978-80-7500-118-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepracované vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAYES, N. *Psychologie týmové práce: Strategie efektivního vedení týmu*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-983-6.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*, Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANKOVSKÝ, J. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In *Sešit sociální práce*, č. 3, 2015. s. 9–10. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.

JUNG, C., G. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0543-9.

KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, a.s. 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.

KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6.

Katechismus katolické církve. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 978-80-7192-488-3.

KODYMOVÁ, P. Úvod. In *Sešit sociální práce*, č. 3, 2015, s. 5. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.

Kolektiv autorů. *Spiritualita v paliativní péči: Příručka pro pečující*. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., 2023. ISBN neuvedeno.

LENCIONI, P. *Overcoming the Five Dysfunctions of a Team*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2005. ISBN 0-7879-7637-7.

MARKOVÁ, A., a kol. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. Věstník MZ ČR, částka 13, ve znění platném k 30. 3. 2023.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. ISBN neuvedeno.

O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN neuvedeno.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.

O'DONNELL, P. Ethical Consideration in Palliative Care: An Overview. In *Oxford Textbook of Palliative Social Work. Section VII. Ethics*. Oxford: Oxford University Press Inc., 2011. ISBN 0199739110. S. 605–613.

OPATRŇY, A. Nemocní. In MARTÍNEK, M., a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2010. ISBN 978-80-904137-6-4. S. 140–146.

OPATRŇY, M. Pastorační práce u křesťanských poskytovatelů služeb – mezi interní supervizi a coachingem. In OPATRŇY, M., LEHNER, M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, TF JU, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4. S. 62–66.

PARKES, C., M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Praha: Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch. (eds.) *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, o.s., 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

Průvodce pro nevyléčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké. 1.vydání. Praha: Amelie, z.s., 2020. ISBN neuvedeno.

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

REITH, M., PAYNE, M. *Social work in end-of-life and palliative care*. Bristol: The Policy Press, 2009. ISBN 978-1 84742 414 3.

SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-369-7.

SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., KABELKA, L. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.

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

SOLTURA, D., L., PIOTROWSKI, L. F. Teamwork in Palliative Care: Social Work Role with Spiritual Care Professionals. In *Oxford Textbook of Palliative Social Work. Section V. Collaborations in Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press Inc., 2011. ISBN 0199739110. S. 495–501.

Standardy domácí paliativní péče: Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.

Standardy mobilní specializované paliativní péče. Praha: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019. ISBN neuvedeno.

STARK, D. Teamwork in Palliative Care: An Integrative Approach. In *Oxford Textbook of Palliative Social Work. Section V. Collaborations in Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press Inc., 2011. ISBN 0199739110. S. 415–424.

STUDENT, J.-Ch., MÜHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H & H Vyšehradská, s.r.o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.

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

THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.

URBAN, D. Charitativní práce se seniory. In OPATRŇY. M., LEHNER, M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, TF JU, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4. S. 47–51.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Vyhláška 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění platném k 30. 3. 2023.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 30. 3. 2023.

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 30. 3. 2023.

Článek v tištěných seriálových publikacích

BOHÁČKOVÁ, J. Cesta nevyhlášeného nemocného pacienta z nemocnice do domácí hospicové péče. In *Vita nostra revue*, časopis 3. lékařské fakulty UK, roč. 32, 1/2022, s. 29–33. ISSN 1212-5083.

JEDLIČKOVÁ, A. Etické aspekty v onkologii. In *Vnitřní lékařství*, č. 1/2023, (roč. 69), E3-E10. ISSN 1801–7592.

SLÁMA, O. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Paliativna medicína a liečba bolesti*, 2012; 5(1), s. 10–12. ISSN 1339-4193.

ŠEBLOVÁ, J. Etická rozhodování v urgentní medicíně aneb „v nejlepším prospěchu pro pacienta“. In *Vita nostra revue*, časopis 3. lékařské fakulty UK, roč. 26, 3/2016, s. 45–47. ISSN 1212-5083.

Elektronické dokumenty

BOWEN, L. The Multidisciplinary Team in Palliative Care: A Case Reflection [online]. In *Indian Journal of Palliative Care*. Bethesda: National Library of Medicine [cit. 19. 2.

2023]. Dostupné na WWW: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4130003/>>.

Etický kodex nemocničního kaplana [online]. Praha: Asociace nemocničních kaplanů [cit. 25. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/cs/wp-content/uploads/2022/07/Etic_kodex_2022.pdf>.

Hippokratova přísaha [online]. Wikipedie [cit. 20. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Hippokratova_p%C5%99%C3%ADsaha>.

Doporučení Rady Evropy 1418/1999, „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“, neboli Charta práv umírajících. [online]. Praha: Cesta domů [cit. 15. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <<https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psychosocialni-pracovniky/pohled-na-prava/>>.

Historie paliativní péče. [online]. Praha: Cesta domů [cit. 15. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <<https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>>.

O mobilních hospicích [online]. Praha: Fórum mobilních hospiců [cit. 10. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <<https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich>>.

PROTOPOPOVÁ, D. Nové rozdělení kompetencí pracovníků v multidisciplinárním týmu [online]. Praha: Kulatý stůl k reformě péče o duševní zdraví v České republice, 11. dubna 2017. Registrační číslo projektu: CZ.1.05/2.1.00/03.0078. [cit. 20. 4. 2023]. Dostupné na WWW: <<https://docplayer.cz/68968789-Nove-rozdeleni-kompetenci-pracovniku-v-multidisciplinarnim-tymu.html>>.

SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T. Paliativní péče: Etické a právní aspekty paliativní péče [online]. Brno: Masarykova univerzita 2020. ISSN 1802-128X [cit. 20. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html>.

Slovník cizích slov [online] [cit. 15. 4. 2023]. Dostupné na WWW: <<https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/dilema>>.

Umírání: Paliativní péče. Praha: Cesta domů [cit. 15. 2. 2023]. Dostupné na WWW: <<https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>>.

VÁCHA, M. Základní etické teorie. [online]. Praha: 3. lékařská fakulta UK. [cit. 20. 4. 2023]. Dostupné na WWW: <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-427-version1-zakladni_eticke_teorie_u3v_2018.ppt>.

Abstrakt

DOMBROVSKÁ, E. Klady a zápory hospicového multidisciplinárního týmu. České Budějovice 2023. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, hospicová péče, tým, multidisciplinární tým, etika
cností

Práce se zabývá klady a zápory hospicového multidisciplinárního týmu.

První část diplomové práce je zaměřená na teoretické pojetí paliativní a hospicové péče. Konkrétně vymezuje pojem týmu a jeho rozdělení. Dále se zaměřuje na etické problémy a dilemata, která se v hospicové péči objevují.

Následující část rozšiřuje pojem multidisciplinární tým o názory jednotlivých členů týmů, popisující slabé a silné stránky v jejich týmovém fungování. Výzkumná část se zaměřuje také na etické problémy a dilemata, se kterými se hospicovní pracovníci setkávají.

Abstract

The positives and negatives of a hospice multidisciplinary team.

Key words: Palliative Care, Hospice, Hospice Care, Team, Multidisciplinary Team, Virtue Ethics

The thesis aims to identify the positives and negatives of a hospice multidisciplinary team. The first part of the thesis focuses on an academic approach to palliative and hospice care. Specifically, it defines the concept of a team and its diversity. Moreover, it illustrates the ethical issues and dilemmas occurring in hospice care.

The second part of the thesis is interview-based research of particular members of multidisciplinary hospice care teams whose objective is to find their opinion on the possible weaknesses and strengths in their teamwork background. The research also focuses on the ethical issues and dilemmas hospice workers face.