

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

*Anna Šamajová*

*Fungování multidisciplinárního týmu hospice v USA*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

2019

### **Prohlášení**

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

V Olomouci dne 28. března 2019

.....

Anna Šamajová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za její odborné vedení mé bakalářské práce a cenné rady a připomínky i za velikou vstřícnost, kterou ke mně měla. Ráda bych také poděkovala Ing. Ester Danihelkové a Mgr. Petře Chovancové za velikou pomoc při hledání vhodného tématu pro tuto práci. Má veliká vděčnost také patří všem pracovníkům Hospice of Western Kentucky, kteří mi poskytli rozhovory a potřebné informace a dokumenty ke tvorbě této práce. Velmi si cením jejich ochoty a pomoci. Děkuji také svým blízkým a rodině, kteří mě velmi podpořili.

# Obsah

<b>1</b>	<b>Vymezení pojmů.....</b>	<b>8</b>
1.1	Tým a práce v týmu.....	8
1.2	Interdisciplinární, multidisciplinární přístup.....	9
1.3	Multidisciplinární tým.....	10
<b>2</b>	<b>Hospicová péče v USA .....</b>	<b>12</b>
2.1	Hospicová a paliativní péče v USA .....	12
2.2	Hospice of Western Kentucky .....	13
2.3	Úrovně péče v Hospice of Western Kentucky .....	14
2.4	Heartford House .....	15
<b>3</b>	<b>Hospic a význam fungujícího týmu v něm.....</b>	<b>16</b>
3.1	Hospic a paliativní péče .....	16
3.1.1	Hospic .....	16
3.1.2	Paliativní péče .....	17
3.2	Hospicová a paliativní péče v Hospice of Western Kentucky .....	18
3.3	Myšlenka a filosofie hospicové péče .....	19
3.4	Utrpení a strach ze smrti .....	19
3.5	Potřeby nemocného .....	20
<b>4</b>	<b>Fungování multidisciplinárního týmu v hospici .....</b>	<b>22</b>
4.1	Specifika týmu v hospici .....	22
4.2	Členové v MDT týmu v hospici a jejich role .....	23
4.3	Role klienta a rodiny v MDT .....	24
4.4	Tým v Hospice of Western Kentucky .....	25
4.5	Řízení týmu .....	27
4.6	Schopnosti pracovníků a týmu .....	28
4.6.1	Komunikace .....	28
4.6.2	Spolupráce.....	29
4.6.3	Vztahy .....	30
4.7	Podmínky organizace zabraňující syndromu vyhoření .....	30
4.8	Kritéria pro úspěšnou spolupráci v MDT.....	31
<b>5</b>	<b>Metodologie výzkumu .....</b>	<b>33</b>
5.1	Cíl výzkumu .....	33
5.2	Výzkumná metoda .....	34
5.3	Popis výzkumného souboru .....	35

5.4	Způsob zpracování dat .....	36
5.5	Etické aspekty výzkumu .....	37
<b>6</b>	<b>Výsledky výzkumu .....</b>	<b>39</b>
6.1	Náplň práce členů týmu .....	39
6.2	Organizační řízení týmů .....	41
6.3	Znaky týmu v HWK.....	42
6.4	Řešení konfliktů .....	44
6.5	Pocit respektu .....	45
6.6	Způsob komunikace .....	45
6.7	Aktivita proti syndromu vyhoření.....	46
6.8	Důležité prvky pro fungující MDT .....	48
6.9	Bariéry a možnosti spolupráce v MDT v Česku .....	49
<b>7</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>51</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>55</b>
	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>57</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>62</b>

# Úvod

Tématem této bakalářské práce je fungování multidisciplinárního týmu hospice v USA. Využiji zde poznatky, které jsem načerpala během své dvouměsíční zahraniční praxe v Hospice of Western Kentucky. Hospicová péče v USA funguje již mnohem déle než v České Republice a poskytované služby jsou tak mnohem více propracované a lépe zasazené do celkového systému, který v USA existuje.

V Hospice of Western Kentucky, kde jsem měla možnost strávit praxi, jsem pochopila, že správné fungování týmu je klíčovým prvkem pro to, aby hospic naplňoval své poslání a svou myšlenku. Řízení týmu v tamním hospici je velmi otevřené, flexibilní a v celém hospici panuje příjemná atmosféra. Proto je cílem mé bakalářské práce popsat fungování multidisciplinárního týmu v Hospice of Western Kentucky, a to jak v rámci mobilního hospice, tak jeho lůžkového zařízení Heartford House, a dále zjistit, jaké jsou bariéry a možnosti zlepšení spolupráce uvnitř obdobného týmu v České republice. Neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu je sociální pracovník, který má v týmu různé role v závislosti konkrétním hospici. Jeho úkol je významný stejně jako úkol ostatních profesionálů. Je důležité, aby společně pracovali jako tým.

Motivací pro zvolení tohoto cíle mi nebyl jen velmi dobře fungující tým v Hospice of Western Kentucky, jehož jsem byla součástí, ale také má zkušenost s přetěžovaným týmem, kdy dlouhotrvající tlak a stres vyvíjený na zaměstnance zhoršoval kvalitu péče. Správně fungující tým v hospici je proto nutný a velmi důležitý. Přesto, že je fungující multidisciplinární tým pro hospice tak zásadní, nenalezneme v české literatuře žádné tituly věnující se výhradně této problematice. V teoretické části jsem proto čerpala především z dostupné literatury týkající se hospice a ze zahraničních výzkumů, které byly provedeny. Čerpám také z literatury zabývající se týmovou prací.

K naplnění cíle této práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Data jsou získána formou polostrukturovaného rozhovoru se členy multidisciplinárního týmu v Hospice of Western Kentucky v USA. Otázky se týkaly témat jako je komunikace v týmu, náplň práce, respekt, řešení konfliktů a prevence syndromu vyhoření.

Na následujících stranách v teoretické části se budu věnovat vymezení pojmů tým, týmová práce, interdisciplinární a multidisciplinární přístup a multidisciplinární tým. Dále pak popíši organizaci Hospice of Western Kentucky a její služby tak, aby bylo

možné propojovat informace v následujícím textu se zkušenostmi z tohoto hospice. V další kapitole se budu snažit definovat hospic, paliativní péči a jejich formy a myšlenku hospicové péče s důrazem na význam multidisciplinárního týmu v hospici. Zároveň tyto informace propojím s fungováním týmu v Hospice of Western Kentucky. Poslední kapitola teoretické části se zabývá tím, jakým způsobem by měl multidisciplinární tým v hospici fungovat, aby byla jeho činnost úspěšná. V empirické části popíši metodologii výzkumu, výzkumnou otázku, výzkumný soubor, způsob zpracování dat a popis sběru dat. V poslední části této práce popíši výsledky tohoto výzkumu, diskuzi na nimi a v závěru uvedu shrnutí celé práce.

# 1 Vymezení pojmů

Tato práce se věnuje fungování multidisciplinárního týmu (dále jen MDT) v hospici. Pro pochopení toho, co správné fungování MDT v hospici znamená, je nezbytné tomuto termínu dobře rozumět. Mimo to zde vymezím pojem tým, týmová práce a jeho rozdíl od skupinové práce. Je také nutné dobře rozumět tomu, co znamená multidisciplinární přístup a interdisciplinární přístup.

## 1.1 Tým a práce v týmu

Slovo tým má původ v anglickém slově „team“ což v minulosti znamenalo „spřežení“. Může to být obrazem pro dobrou týmovou práci, protože všichni jednotliví členové se ve spřežení vydávají stejným směrem, za tím samým cílem a všichni se na práci podílejí. Kdyby se několik z nich rozhodlo jít opačným směrem, nikam by se nedostali.

Tým v dnešním slova smyslu může být definován jako: „*skupina lidí sdružená k těsné spolupráci na realizaci společného cíle*“ (Petráčková, Kraus, 1995). V rámci týmu funguje synergický efekt, který zvyšuje výkon týmu, protože členové týmu se vzájemně obohacují a inspirují, čímž dochází k větší produktivitě celého týmu. (Kolajová 2006, s.17)

Týmová práce má pro organizaci obrovský přínos. Podstatou je totiž převedení odpovědnosti na samotný tým, který tak může pracovat účinněji. Pracovníci (členové týmu) musí být dostatečně kompetentní a schopní dobře plnit své povinnosti. Manažer organizace tak nemusí mít přehled o všem, co tým koná, ale poskytuje týmu oporu, komunikuje s ním a celkově jej vede dál. (Hayes, 2005, s. 20)

Jé důležité rozlišovat mezi týmem a skupinou. Skupina je spíše formální, má daná pravidla a postupy, má svého vedoucího, který je zodpovědný za výkon skupiny. Skupina ví, jakým způsobem dosáhnout řešení. Důležité je zde motivování členů a také osobnost vedoucího. Při konfliktech rozhoduje vedoucí. Oproti tomu tým neví vždy jednoznačně, jak situaci řešit, řešení je totiž mnohem složitější. Odpovědnost za výsledek mají všichni členové týmu, využívají spíše neformální pravidla. Je zde potřeba diskuze a v případě neshod, podřízení se nebo přesvědčování. (Kolajová, 2006, s. 14)



Na rozdíl od skupiny je velikost týmu omezená, v týmu je také zásadní samotný výběr členů. Mezi členy totiž musí panovat vzájemné porozumění a spolupráce. Role musí být správně rozděleny a koordinovány. V týmu by měl panovat dynamický duch práce. (Belbin, 2013, s. 115)

Mnozí autoři (Belbin, 2013, Krüger, 2004, Meier, 2009) uvádějí, že tým je řízen samotnými členy týmu. Všichni tzv. táhnou za jeden provaz a společně dosahují cíle. Podle Krügera (2004, s. 14-15) jsou vztahy mezi členy týmu otevřené a panuje zde důvěra a zpětná vazba.

Znakem týmové práce je rovnost členů týmu, všichni mají stejná práva a povinnosti, stejně důležité postavení. Různé povahy jedinců, jejich schopnosti a zkušenosti přispívají ke prospěchu týmu. (Meier, 2009, s. 7)

Tým je opakem zastaralé hierarchicky autoritářsky uspořádané organizační kultury, která byla zakořeněná v Evropě i v Americe. Lidé na vysokém postavení ve firmě mohli vést pohodlnější život, kdežto lidé pracující na nižším postavení dělali tu nejobtížnější práci. V týmu má naopak každá práce svůj veliký význam „*Automaticky se předpokládá, že každý může něčím přispět a že stojí za to naslouchat zaměstnancům.*“ (Hayes, 2005, s. 26)

Význam týmové práce Kolajová (2006, s. 15) shrnula takto: „*Týmy většinou tvoří pilíře dobře fungujících organizací.*“

Tým je tedy v případě dobrého fungování velmi efektivní nástroj k dosahování cíle. Často řeší mnohem více komplikované záležitosti než skupina. Hospicová péče je jedním z příkladů organizace, která vyžaduje týmovou práci vzhledem k náročnosti případů a problémů, se kterými se potýká. Každý jednotlivý člen by za svou práci měl být schopen převzít zodpovědnost. Vedoucí týmu by měl být pro členy týmu oporou a umět tým vést správným směrem.

## **1.2 Interdisciplinární, multidisciplinární přístup**

V této práci často využívám pojmy interdisciplinární, popřípadě multidisciplinární, proto zde vymezím, co tyto termíny znamenají.

Slovo „inter“ znamená společně, mezi dvěma nebo více, mezi skupinami. Interdisciplinární přístup je potřebný, když se problém nachází v jakémsi meziprostoru mezi dvěma disciplínami. Je charakteristický vzájemnou inspirací, provázaností a přenosem poznatků mezi těmito disciplínami. Je tedy využíván kdy se sporná otázka nachází mezi disciplínami, a přitom není součástí ani jedné z nich. (Pstružina, nedatováno)

Oproti tomu význam slova „multi“ je mnohonásobně opakující se, zahrnující mnoho odvětví. Multidisciplinární přístup se tedy využívá, když je problém v prostoru mezi více disciplínami. (Petráčková, Kraus, 1995)

Hlavním rozdílem mezi interdisciplinárním a multidisciplinárním přístupem je tedy to, že zkoumají odlišné jevy. Multidisciplinární přístup zkoumá jevy, které vyžadují pohledy různých i spolu nesouvisících věd a oborů, zatím co interdisciplinární přístup je spojen s podobnými obory. (Pstružina, nedatováno)

V literatuře související s hospicem často nalzáme využívání obou těchto pojmů ve stejné či velmi podobném významu. Například na webových stránkách Hospice.cz jsou tato dvě slova postavena hned vedle sebe se stejným významem. Tato terminologie je využívána různými způsoby i v zahraniční literatuře, a proto není jednoduché učit přesný význam (Kodymová, 2015). Je také možné se setkat s obdobným pojmem multiprofesní (Sláma, Špinková, Kabelka, 2012).

V hospici v USA jsem se častěji setkávala s pojmem interdisciplinární tým, interdisciplinární setkání, nicméně za oběma výrazy (jak multidisciplinárním, tak interdisciplinárním týmem) se skrýval téměř totožný význam. V zásadě jsou si tyto pojmy natolik blízké, že je možné je považovat pro tuto práci za synonyma.

### **1.3 Multidisciplinární tým**

MDT lze definovat jako skupinu odborníků s odlišným vzděláním, kteří se setkávají, aby koordinovali svou práci a poskytování služeb jednomu nebo více uživatelům v určité oblasti. Svou odbornost využívají členové týmu k vyřešení problému odděleně. Při plnění úkolu se každý zaměřuje na svou odbornou oblast, v rámci níž může pracovat bez zásahu ostatních. (Nancarrow a kol., 2012, s.14)

MDT vzniká, když dvě nebo více zdravotních nebo sociálních disciplín společně pracují v týmu. V praxi jednotliví členové týmu dělají rozhodnutí v rámci rozsahu své vlastní praxe a tato rozhodnutí sdílí s ostatními členy týmu v rámci celkové péče o klienta. (Smith a kol., 2012, s. 8)

V Hospice of Western Kentucky (dále jen HWK) znamenal MDT spolupráci sociálních pracovníků, spirituálních poradců, všeobecných sester, doktorů a poradce pro pozůstalé. Tým se však neomezoval pouze na tyto členy, ale každý, kdo spolupracoval na společném cíli byl považován za součást týmu. Byli to i dobrovolníci, rodina klienta, klient samotný, ale také administrativní oddělení hospice, bez něhož by fungování nebylo možné.

## 2 Hospicová péče v USA

V této části krátce seznámím s historií hospicové a paliativní péče v USA, považuji to za důležité pro lepší pochopení tamního systému. Dále zde popíši americký HWK, kde jsem strávila svou dvouměsíční zahraniční praxi a z něhož jsem získala data pro tuto práci. Je zde také vymezeno specializované zařízení Heartford House, které je součástí HWK. Věnovat se těmto tématům již v této kapitole považuji za nutné především proto, že v následujících kapitolách propojuji teorii se zkušenostmi z USA, a je tedy nezbytné mít o těchto skutečnostech povědomí.

### 2.1 Hospicová a paliativní péče v USA

Myšlenka hospicové péče se do USA dostala z Anglie. V roce 1963 Florence Wald (pozdější děkanka School of Nursing v Yale) pozvala do USA Cecile Saundersovou, zakladatelku světového hospicového hnutí a prvního hospice sv. Kryštofa v Anglii, aby provedla školení na hospicovou péči. Tato návštěva Cecile Saundersové nakonec vedla k vytvoření prvního Amerického hospice v Branfordu, který začal poskytovat služby v roce 1973. Na rozdíl od hospicové péče v Anglii se v USA kladl velký důraz na domácí péči. Zpočátku se v péči angažovaly hlavně všeobecné sestry, kaplani a psychosociální profese<sup>1</sup>, později také lékaři. V té době převládal postoj ke smrti jako něčemu nežádoucímu a hospice tak vznikaly na bázi dobrovolnosti, kdy všichni podílející se na péči dělali svou práci dobrovolně, bez nároku na odměnu. I proto má dnes dobrovolnictví v hospicích v USA velikou váhu. (Connor, 2007, s. 90)

V roce 1978 byla založena National Hospice Organization, která vytvořila první standardy hospicové péče. V roce 1999 se přejmenovala na National Hospice and Palliative Care Organization. Iniciátoři hospicového hnutí v USA již od počátku pracovali na vytvoření legislativy vedoucí k vytvoření systému krytí nákladů hospicové péče. V roce 1982 byl vytvořen Hospice Medicare Benefit (druh nároku na financování ze zdravotního pojištění). Fungoval tak, že když byla péče o pacienta dražší, než bylo určeno, hospic neměl nárok na doplatek. Jestliže však péče o pacienta stála méně, měl hospic nárok na to ponechat si celou částku. Aby měl hospic nárok na tento příspěvek,

---

<sup>1</sup> Pracovníci poskytující psychosociální podporu, většinou to bývají sociální pracovníci, ale jsou to také terapeuti v oblasti duševního zdraví a případoví pracovníci.

musel pečovat o terminálně nemocné klienty s prognózou menší než šest měsíců. Tyto pacienty, kteří přežili déle, musel znovu přezkoumat. Dále musel splnit administrativní požadavky, jako určení řídicího orgánu, tvoření plánu péče, vytvoření interdisciplinárního týmu, určení primáře, využití dobrovolníků a další. Hospic také musel mít jádro zaměstnanců a to doktora, všeobecnou sestru, poradce a sociálního pracovníka a poskytovat další služby jako respitní, pečovatelské, nebo terapeutické služby. (Connor, 2007, s.91)

Vyskytovaly se problémy s určením délky života nevléčitelného klienta i problémy s nedostatkem kvalitního vzdělání lékařů, sociálních pracovníků, všeobecných sester i spirituálních poradců v oblasti péče o pacienta i rodinu během umírání, stále však byla jejich péče lepší, než v běžných zdravotnických zařízeních. Existoval předpoklad, že hospicové péče v USA bude časem ubývat, faktem však je, že stále roste a rozvíjí se. (Connor, 2007, s. 96–99)

## **2.2 Hospice of Western Kentucky**

HWK byl založen v roce 1978 v městě Owensboro. Stejně jako mnohé jiné hospice v USA, se také tento vyvinul původně z dobrovolnické organizace poskytované ve volném čase několika všeobecnými sestrami a dalšími odborníky, v profesionálního poskytovatele hospicové a paliativní péče.

HWK je nezisková organizace certifikovaná pojištěním Medicare a Medicaid. Je členem National Hospice and Palliative Care Organization, Kentucky Hospice and Palliative Care a Kentucky Hospice Network (Hospice of Western Kentucky, About us, [online]). Nyní má hospic kolem 90 zaměstnanců a 160 dobrovolníků. Denně pečují o 90 až 130 klientů. Organizace sídlí v budově na kraji města Owensboro a poskytuje domácí hospicovou péči na poměrně rozsáhlém území kolem města. Kromě domácí hospicové péče poskytuje služby ve specializovaném lůžkovém zařízení Heartford House fungujícím od roku 2015.

Posláním HWK je pomocí týmového přístupu poskytovat zdravotní, emocionální, sociální spirituální péči a péči zaměřenou na zklidnění jednotlivcům a jejich rodinám na konci jejich života. (Hospice Admission Booklet, nedatováno, s.1)

## 2.3 Úrovně péče v Hospice of Western Kentucky

HWK (Volunteer training manual, nedatováno) poskytuje své služby na čtyřech úrovních. Jednou z nich je tzv. Routine Home Care. Je to péče poskytovaná v domovech klientů nebo jejich rodinných příslušníků, a to přerušovaně, dle jejich potřeby. V praxi to vypadá tak, že klienta navštěvuje MDT hospice. Nejčastěji je to všeobecná sestra, která jej musí navštívit minimálně jednou týdně. Sociální pracovník a spirituální poradce pak navštěvuje klienta minimálně jednou měsíčně, mnohdy to však bývá častěji. Vždy vycházejí z potřeb klienta.

Další úrovní péče je General Inpatient Care. Tato péče se poskytuje v případě rozvinutí nepřiměřené bolesti, či jiných akutních nebo chronických symptomů, které se nedaří držet pod kontrolou, a komplikují tak péči. Poskytuje se ve specializovaném zařízení Heartford House, který byl zřízen především pro tyto účely, v nemocnici, nebo v jiném ošetrovatelském zařízení.

Inpatient Respite Care<sup>2</sup> se poskytuje klientům, o něž pečuje jiná osoba (zpravidla rodinný příslušník). Nárok na tuto péče vzniká každých třicet dní. Klient má možnost strávit celkem pět dní v zařízení Heartford House, či jiném zařízení, kde mu bude zajištěna neustálá péče. Respitní péče slouží k zajištění nutného odpočinku pečující osobě.

Poslední úrovní péče je Continuous Home Care. Tento servis je zajišťován klientovi po dobu krizové situace v domě klienta. Pracovníci hospice zajišťují minimální denní osmihodinovou péče. Tento druh péče nebývá moc často využíván, a to především proto, že v situacích krize bývá klient často odvezen do zařízení Heartford House.

V HWK jsem nejčastěji jezdila se sociálními pracovníky do domovů klientů (byli to tedy Routine Home Care pacienti) a také jsem navštěvovala klienty umístěné v zařízení Heartford House, kteří tam byli buď v rámci respitní péče (Inpatient Respite Care), nebo kvůli nekontrolovatelně zhoršeným symptomům (General Inpatient Care). Ať byli klienti v jakékoli úrovni péče, stále byli klienti HWK. Na každou úroveň péče získává hospic jinou částku z pojištění Medicare, proto klienta „přehazují“ v rámci administrativy do různých úrovní v závislosti na tom, jakou úroveň péče zrovna potřebuje.

---

<sup>2</sup> U nás je to odlehčovací péče.

## 2.4 Heartford House

Již několikrát jsem zmínila zařízení Heartford House. Jedná se o specializované lůžkové zařízení HWK fungující od roku 2015. Od pracovníků hospice jsem se dozvěděla, že bylo vybudované v reakci na situace, kdy klienti vyžadovali akutní úpravu léčby z důvodu zhoršení symptomů nemoci a péče jim tak musela být poskytnuta v nemocnici, což jejich stav zpravidla zhoršilo. Poskytnout kvalitní péče v jejich domovech často, kvůli vzdálenosti a časové náročnosti nebylo možné.

Zařízení Heartford House poskytuje péči především klientům, k nimž došlo ke zhoršení symptomů, které rodina není schopna doma zvládnout. Je také využíváno k respitní péči, na kterou má klient nárok na pět dní, každý měsíc. Dalším, zpravidla výjimečným, důvodem pro pobyt v tomto zařízení je placený pobyt klientů, o něž nemá kdo pečovat 24 hodin denně a zároveň není možné, či žádané, aby byl umístěn do jiného ošetrovatelského domu (nursing home). (Hospice of Western Kentucky[online])

Heartford House má kapacitu třinácti lůžek ve dvanácti samostatných pokojích. Celé zařízení je postaveno tak, aby byl z každého pokoje výhled do zahrady nebo na rybník u zařízení, budova zároveň působí velmi klidně a domácky. Vybavení a prostory jsou upraveny takovým způsobem, aby se klient co nejvíce cítil jako doma. V budově je k dispozici meditační místnost, společenská místnost a kuchyňka pro klienty a jejich rodiny.

Klientům je zajištěna celodenní péče všeobecných sester, pečovatelek, sociální pracovnice a spirituálního poradce. Ti všichni patří do multidisciplinárního týmu, který pečuje o klienty na tomto místě. Navíc se v zařízení často nacházejí dobrovolníci a poradce pro pozůstalé. V Heartford House je veškerý zdravotní materiál potřebný k péči.

Byla jsem svědkem toho, že rodiny klientů mohou do zařízení kdykoli přijít navštívit svého blízkého či u něj i přespat. Často se stává, že stav klienta se vzhledem ke zhoršování jeho onemocnění nezlepší a v zařízení i zemře. Péče je zde opravdu důstojná, měla jsem příležitost vidět veškerý personál od uklízečky po vedoucí, jak respektují každého klienta a nedělají nic, co by mohlo narušit jeho komfort. V Heartford House mají pracovníci často větší příležitost hovořit s rodinou o jejich situaci, obavách a nejasnostech.

## **3 Hospic a význam fungujícího týmu v něm**

Tato kapitola se věnuje uvedením do tématu hospice a paliativní péče a objasňuje význam multidisciplinárního týmu uvnitř. Budu zde definovat hospic a paliativní péči a uvedu typy hospicové péče v ČR a úrovně paliativní péče. Vysvětlím také, jak vypadá hospicová a paliativní péče v HWK. Budu se také věnovat myšlence a cílům hospice, protože pro jejich naplňování je tým nezbytný. Zdůrazním zde význam MDT při zmírňování strachu a utrpení, které může klient a jeho rodina prožívat. Nakonec popíši potřeby, které MDT pomáhá naplňovat.

### **3.1 Hospic a paliativní péče**

Definice těchto pojmů není zcela jednotná, přesné pojmenování významu těchto slov se liší i napříč Evropou. V Evropských standardech paliativní péče (Radbruch, Payne a kol, 2009) můžeme nalézt různou terminologii, která se používá v různých zemích. V oblasti péče o umírající se můžeme setkat s pojmy jako thanatologie, podpůrná péče, kontinuální péče a další.

#### **3.1.1 Hospic**

Existuje mnoho způsobů, jak definovat hospic. Obecně lze říci, že hospic je určen pro terminálně nemocné, umírající osoby a jejich blízké. Například organizace Hospice UK (2011 [online]) tvrdí, že hospic nabízí rozsáhlou osobní péči, která pohlíží na člověka v jeho celistvosti. Věnují se naplňování fyzických, emocionálních, spirituálních i sociálních potřeb člověka. Je poskytována multiprofesním týmem složeným z různých profesí a dobrovolníků. Péče je poskytována jak v domácnostech, tak v budovách hospice a podporují i pečující osoby, rodinu pacienta a blízké přátele během nemoci, ale i po úmrtí dané osoby prostřednictvím poradenství pro pozůstalé.

Hospicová péče se poskytuje v různých formách. Marie Svatošová (2003, s. 127-131), zakladatelka prvního českého hospice v Červeném Kostelci, uvádí tři formy hospicové péče v České republice. Domácí hospicová péče v domově samotného klienta je označována jako nejideálnější, avšak pokud chybí dostatečné rodinné zázemí, dosah odborné pomoci nebo je péče o klienta za hranicí možností, které rodina má, stává



se tato forma nemožnou. Další formou, kterou Svatošová uvádí je stacionární hospicová péče, která znamená, že klient denně dojíždí do hospice z různých důvodů (léčebných, psychologických, azylových). Mohou sem patřit i klienti, kteří chtějí strávit své poslední dny v hospici. Poslední formou je lůžková hospicová péče pro klienty, kteří z různých důvodů nemohou využít předchozí formy. Nemocný nemusí na daném lůžku zemřít, může využít krátkodobý pobyt kdykoli si myslí, že to potřebuje. Návštěvy mohou přicházet 24 hodin denně. Hospic klade důraz na kvalitu služeb a upravuje režim dne a prostory vzhledem k individuálním potřebám nemocného.

### 3.1.2 Paliativní péče

Paliativní péče chápe umírání jako součást života a umírání každý jedinec prožívá individuálním způsobem. Respektuje přání, potřeby a hodnoty klienta i jeho rodiny. Je založená na multiprofesní spolupráci, takže v sobě propojuje zdravotní, sociální, psychologické i spirituální aspekty, aby mohla účinně nabízet všestrannou oporu zainteresovaným osobám v jejich zármutku a truchlení i po smrti blízkého. (Sláma, Špinková, Kabelka 2013, s. 5)

V zákoně č. 372/2011 Sb. V §5 nalezneme definici paliativní péče, která je označována jako druh zdravotní péče, jejímž účelem je: „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“ Může být poskytována ve vlastním sociálním prostředí klienta, tedy v domově klienta.

Obecně lze říci, že paliativní péče je využívána všude tam, kde léčba nevede k definitivnímu uzdravení člověka, začíná tam, kde končí kurativní péče. Jedná se o léčbu zaměřenou na kvalitu života. (Tomeš, 2015, s. 13, Vorlíček a kol., 2004)

Častým problémem v poskytování paliativní péče je neochota zdravotních pojišťoven hradit část péče zahrnující psychosociální a duchovní aspekty, která je ovšem nedílnou součástí paliativní péče. Paliativní péče je téměř srovnatelně drahá, jako péče kurativní není to však všeobecně známo, a tak setkává se tak s nepochopením kdy je považována za méně profesionální a významnou (Vorlíček a kol., 2004, s. 28). Nyní probíhá pilotní projekt VZP, který má za cíl zjištění nákladů na domácí paliativní péči a její přínos pro klienta a společnost. Výsledky rozhodnou o tom, zda bude zařazena do veřejného zdravotního pojištění (Domácí hospic [online]). Ministerstvo zdravotnictví roce 2018 také spustilo projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích, kde stále umírá největší

počet nemocných. Cílem tohoto projektu je vytvořit v nemocnicích paliativní tým a zjednodušit tak klientům přístup k těmto službám (MZ [online]). V poslední době je také snaha o zavádění paliativní péče do domovů pro seniory (Koubová, 2018 [online]).

Z výše uvedeného vyplývá, že hospicová a paliativní péče mají velmi podobný význam. Igor Tomeš (2015, s. 13) uvádí, že paliativní péče se více zaměřuje na pacienta a řešení jeho zdravotních aspektů, které na něj mají dlouhodobý efekt, kdežto hospic podporuje více okolí pacienta tedy i rodinu a věnuje se i dalším aspektům péče, a to v samotné terminální fázi života.

### **3.2 Hospicová a paliativní péče v Hospice of Western Kentucky**

HWK nabízí jak hospicovou, tak i paliativní péči. Hospicová péče je určena klientům, jejichž prognóza života je menší než šest měsíců, trpí nevléčitelným onemocněním a jejich kurativní péče je ukončená. Na hospic je odkázán svým doktorem. O klienta a jeho rodinu pečuje celý tým odborníků hospice, včetně dobrovolníků a poradce pro pozůstalé. Návštěvy týmu jsou mnohem častější a intenzivnější, než je tomu u paliativní péče. Cílem je zajistit komfort a kvalitu života. (Hospice of Western Kentucky Policy, 2010)

Do poměrně nového programu paliativní péče v HWK je zařazen klient, který taktéž trpí nevléčitelným onemocněním, avšak stále vyžaduje kurativní péči nebo pokud jeho nemoc postupuje pomalu. Péče zahrnuje především návštěvy všeobecné sestry, v případě nutnosti však může přijít i sociální pracovník, či spirituální poradce. Návštěvy zahrnují farmakologickou intervenci, edukaci o nemoci a léčbě a plánování budoucnosti. Cílem je snížit počet hospitalizací, snížit infekčnost onemocnění, vyhnout se chybám v medikaci, úspěšné řešení bolesti a úzkosti, zmírnit spirituální a emoční distres a zlepšit celkovou kvalitu života. (Hospice of Western Kentucky Policy, 2010)

Paliativní péče se pak poskytuje, dokud naplňuje potřeby jedince, tedy dokud jedinec v nějaké míře využívá kurativní péči či se jeho stav výrazně nezhoršuje a intenzivnější péči tudíž nepotřebuje. Dá se říci, že se jedná o tzv. integrovaný model paliativní péče, ve kterém se léčba využívá pouze v té míře, ve které ještě prospívá jedinci, a k ní má k dispozici paliativní péči, která se stává postupem času dominantnější (Loučka, 2014,

[online]). Poté, zpravidla když dojde ke zhoršení stavu a kurativní péče se ukončí, jedinec plynule přejde do hospicové péče.

### **3.3 Myšlenka a filosofie hospicové péče**

Podstata hospicové péče je společná jak v České republice, tak v hospici v USA. Dle Svatošové (2003, s. 123) „*Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.*“ Vychází z úcty k životu a jedinečnosti člověka. Aby byla tato myšlenka hospice naplněna, je potřeba mít profesionální a lidský přístup a také je důležitá dobrá týmová práce všech osob podílejících se na péči.

Do hospicové péče jsou přijati všichni bez ohledu na vyznání, rasu, pohlaví, věk, sexuální orientaci, hendikep, původ a schopnost službu platit, jak uvádí Hospice of Western Kentucky. Posláním hospicové péče je pak pomoci rodině prožít s důstojností finální stádium života klienta. Hospic poskytuje péči těm, kteří se nacházejí ve finální fázi života ohrožujícího onemocnění tak, aby mohli žít tak plně a takovém pohodlí, jak je to možné. Hospic považuje život a umírání za normální proces a smrt neurychluje ani neoddaluje. Skrze své služby a pečující komunitu pomáhá pacientům a jejich rodinám připravit se na pokojnou smrt. (Hospice of Western Kentucky, About us [online])

Myšlenka hospicové péče je naplňována skrze každého pracovníka hospice, ať už toho, který se přímo podílí na péči o klienta a jeho rodinu či toho, který zajišťuje provoz hospice. Proto služby hospice musí být zajišťovány dobře fungujícím týmem, ve kterém existují pozitivní vzájemné vztahy mezi spolupracovníky.

### **3.4 Utrpení a strach ze smrti**

Utrpení a strach ze smrti je častý fenomén spojený s umíráním. Každá rodina i samotný klient o tom ví své. Dotýká se člověka v jeho celistvosti, a proto se hospicová péče snaží toto utrpení a strach zmírňovat pomocí multidisciplinárního týmu. Marková (2010, s.35) píše, že tým by měl soustředit síly ke stejnému cíli tedy ke „*kvalitnímu životu svých pacientů a jejich rodin ke zmírňování celkového utrpení nemocného.*“

Podle Elisabeth Kübler-Rossové (1992, s. 8-11) je strach ze smrti v člověku přirozeně přítomný odjakživa. Člověk se snaží sám sebe přesvědčit, že smrt se ho netýká. Způsob, jakým se lidé v minulosti loučili se svými blízkými a vypořádávali se smrtí se změnil a důsledkem je rostoucí strach.

Se smrtí se váže utrpení. Lze ho označit za „*bolest či tíseň související s událostmi, které ohrožují neporušenost nebo celistvost jedince*“ (Vorlíček a kol., 2004, s.25). Aby při péči s umírajícími bylo možné zmírňovat utrpení umírajících a jejich rodin, je paliativní péče prováděna komplexně. Je důležité oddělit utrpení od ostatních symptomů, protože utrpení prožívá člověk celý, nejen jeho psychická stránka. Každý člověk je individuální a utrpení vnímá jinak. Příčina utrpení může být fyzická, psychická, sociální nebo duchovní a může být zhoršena dalšími příčinami utrpení. K účinnému zmírňování utrpení je tedy potřebná péče multidisciplinárního týmu, který může zkoumat příčiny utrpení v různých oblastech. (Vorlíček a kol., 2004, s. 25-28)

Mnohé utrpení a strach může plynout z nevědomosti. S umíráním se váže spousta otázek, které rodině vyvstávají, obzvláště pokud nemají žádné zkušenosti s doprovázením umírajícího. Tým v HWK se při každé návštěvě klienta snažil rodinu uklidňovat, vysvětlovat, co se může dít. Mimo jiné tam každý klient a jeho rodina dostal malou tenkou knížku s názvem „Gone of my sight“, ve které byl krátce vysvětlen proces umírání a všechny změny, se kterými se může rodina v budoucnu potýkat. Klient měl vždy podporu týmu a mohl klást jakékoli dotazy a žádat pomoc. Informovanost je dobrým nástrojem ke zmírňování strachu a úzkosti.

### **3.5 Potřeby nemocného**

Při péči o umírající musíme především dbát o jejich potřeby. Abychom to dokázali, je důležité vidět klienta v jeho celistvosti a uplatňovat tzv. holistický přístup. Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR (2006) pokládá za nezbytné „*jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí.*“ Je potřeba uspokojovat potřeby klienta ve všech oblastech jeho života, tedy bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby.

Do biologických potřeb se řadí vše, co potřebuje tělo. Přijímání potravy, dýchání, zajištění chodu těla, pohybu, lékařský zákrok, pokud ho je třeba. Psychické potřeby jsou jedny z nejdůležitějších potřeb. Patří sem potřeba lidské důstojnosti a jedinečnosti. Být

respektován, komunikovat a mít pocit bezpečí. Je důležité být upřímný a obzvlášť se to týká blízkých. Lež může v klientovi vyvolat hluboké zklamání. Sociální potřeby vycházejí z předpokladu, že člověk je společenský tvor. Umírající potřebuje setkání s druhými, má potřebu dodělat nedokončené a vyřešit mnohé problémy předtím, než už toho nebude schopen. Spirituální potřeby bývají často tabu a mnozí se nesprávně domnívají, že jde o potřeby věřících. Patří zde potřeba odpuštění sám sobě i odpuštění druhým a také potřeba vědět že jeho život byl smysluplný (Svatošová, 2003, s. 21-24). Rodina a klient často potřebují v tomto těžkém období duchovní podporu. Z různých důvodů ji však nevyhledávají, proto by členové týmu měli být ochotni se o těchto otázkách bavit a měli by mít tyto otázky u sebe vyřešené, aby byli schopni dát potřebnou podporu (Parkers a kol. 2007, s. 27).

Fungující tým je pro hospic nezbytný. Tým v HWK se snažil uspokojovat všechny oblasti potřeb klienta. Spirituální péče byla nedílnou součástí a klienti tam byli mnohem otevřenější, otázkám víry, neboť téměř každý patřil do nějaké církve, či ji v minulosti navštěvoval. Častou praxí spirituálních poradců byla společná modlitba na konci návštěvy, kterou klienti i rodiny rádi přijali. V České republice mnozí klienti víru nepraktikují, či mají k Bohu nebo církvi negativní vztah. Zdá se mi, že uspokojování těchto potřeb proto může být zde pro pracovníky větší výzvou, než je tomu v USA.

## 4 Fungování multidisciplinárního týmu v hospici

Tato kapitola se zaměřuje na MDT v hospici v České republice i v USA. Bude zde popsáno, co je jeho úkolem, kdo patří do týmu a jaká je role klienta a jeho rodiny. Na základě výsledků výzkumů z oblasti MDT a dostupné literatury se budu snažit identifikovat důležité prvky, týkající se řízení týmu, schopností pracovníků a podmínek organizace, které jsou pro fungující tým důležité. V oblasti psychologie a managementu existuje mnoho informací o vedení týmů. Ne vše je aplikovatelné na hospic, pro účely této práce jsem proto vybrala jen ty informace, které považuji za důležité pro fungování týmu v hospici.

### 4.1 Specifika týmu v hospici

Tým v hospici je určitým způsobem specifický, a to nejen díky jeho multidisciplinárnímu rozměru ale především proto, že pracuje s lidmi, kteří prožívají chvíle patřící k těm nejtěžším v životě. Každodenní řešení otázek týkajících se umírání je pro tým velice náročné. Aby dokázal dobře plnit svůj úkol, musí být o tým dobře pečováno.

Již ze základní myšlenky hospice můžeme odvodit, že fungující MDT je zásadním krokem pro naplňování této myšlenky a poskytování kvalitní péče. Jak bylo již dříve řečeno, hospic pečuje o pacienta v jeho celistvosti. Umírání se týká celého člověka, zasahuje všechny jeho roviny, a proto se MDT stává základem pro péči o umírající. „*Nejdůležitější úlohou multidisciplinárního týmu je pomoci pacientovi i jeho blízkým dostat se do fáze umírání, tj. smíření, akceptace blížící se smrti.*“ (Tomeš a kol. 2015, s.17)

Podle National Hospice and Palliative Care Organization (2017, s. 2) je úlohou MDT v hospici řešit pacientovu bolest a další symptomy nemoci, a poskytovat pacientovi a rodině emocionální, psychosociální a spirituální podporu. Poskytuje léčbu a zdravotní vybavení, učí rodinu a jak pečovat o pacienta. Dává také podporu a poradenství pozůstalým, zprostředkovává odlehčovací péči a krátkodobou lůžkovou péči pacientům při zhoršení bolesti a symptomů, pokud není možné je zvládnout doma. Pokud je potřeba, má k dispozici další terapeutu.

Jak v České republice, tak v USA vytváří MDT s každým klientem plán péče, který musí stále flexibilně reagovat na potřeby a situaci klienta. Zpracovává přání a preference pacienta. Při tvorbě by měl lékař s klientem diskutovat léčebné postupy. S klientem by se vždy mělo včas hovořit o možných komplikacích, které sebou nemoc přináší a vysvětlit možnosti řešení. (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s.10-16, Hospice of Western Kentucky Policy, 2010)

Pro úspěšný a fungující tým je potřeba stanovit si cíle a principy, s nimiž členové týmu souhlasí a naplňují je. V pracovním týmu se dostává klient a jeho rodina do popředí a stávají se tak plnohodnotnými členy týmu. (Janovský, 2015, s. 8)

MDT v hospici má tedy specifický úkol a všichni členové musejí spolupracovat a plnit své role, aby tento cíl dokázali naplnit.

## **4.2 Členové v MDT týmu v hospici a jejich role**

Tým v hospici se skládá z různých profesionálů a každý z nich hraje v týmu důležitou roli. Vědomí toho, co který z profesionálů v rámci týmové práce dělá a odkazování na něj ulehčuje členům týmu práci a zlepšuje efektivnost týmu. Ve standardech paliativní péče (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s. 9) se můžeme dočíst, že základními členy týmu je doktor, všeobecná sestra a sociální pracovník. Další členové jsou také psycholog a duchovní, popřípadě další specialisté podílející se na péči. Participují též vyškolení dobrovolníci procházející supervizí.

Úkolem ošetřujícího lékaře je pravidelné hodnocení léčby tělesných symptomů, zajištění léků a pomůcek mírnění fyzických i psychických obtíží. Podle svých možností rozhoduje, zda je potřeba specializované paliativní péče. (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013 s. 8-13)

Sociální pracovník či zdravotně sociální pracovník pojmenovává psychologické a sociální potřeby pacienta a jeho blízkých. Jeho prací je „*vyhodnocení psychosociální situace klienta, plánování péče, účast na multiprofesních poradách, poradenství, administrativní spolupráce s úřady, správa finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních paliativní péče, vzdělávání, podpůrná péče o pacienta a jeho blízké, asistence při přípravě pohřbů, podpora truchlícím rodinám, plánování propuštění, účast na výběru a školení dobrovolníků, supervize.*“ (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013,

s. 8-13). Přesná náplň sociálního pracovníka se liší podle pracoviště. V HWK například neškolil dobrovolníky, tuto práci tam vykonává koordinátor dobrovolníků.

Spirituální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Respektuje klientovu náboženskou příslušnost i jeho hodnotovou orientaci. Pracovník zjišťuje názory klienta na existenciální otázky, otázky víry, jeho obavy, pocity viny a další témata tohoto typu. Je možné zprostředkovat duchovní péči. Tým by měl vždy respektovat postoje klienta k těmto otázkám. (Sláma, Špínková, Kabelka, 2013 s. 14)

Všeobecná sestra pečuje o zdravotní stránku klienta. Je často nejbližším profesionálem, protože klienta navštěvuje nejčastěji. Odpovídá klientovi na otázky a musí být schopná předat týmu získané informace o klientovi a jeho rodině. (Marková, 2010, s. 36)

Časopis sociální práce (2010) na mnohých místech zdůrazňuje nutnost existence MDT v hospici. Často je tam také zmiňována důležitost role sociálního pracovníka i duchovního v tomto týmu.

Každý člen týmu by měl vědět co přesně je náplní jeho práce a co už patří do kompetence spolupracovníka. Klient si však mnohdy nevybírá, na koho se obrátí se svými otázkami či obavami, a může se tak svěřit o svých potřebách komukoli, přestože to není primární věc, na kterou se daný odborník zaměřuje. Role pracovníků se tedy v určitých momentech prolíná a tím více je nutná dobrá komunikace mezi členy týmů, aby byla klientovi zajištěna účinná pomoc.

### **4.3 Role klienta a rodiny v MDT**

Klient je příčinou toho, proč MDT vůbec vzniká a proč by měl dobře fungovat. Není-li na prvním místě klient, pak tým zcela postrádá svůj smysl. Mnozí autoři (Marková, 2010, Parkers a kol., 2007) pokládají samotného klienta a jeho rodinu za součást týmu. *„Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární a za jeho členy by měli být cíleně považováni také členové pacientovy rodiny i sám pacient. Ten by měl mít rozhodující slovo při rozhodování o léčbě i dalších intervencích. Jedině v takovém týmu může být skutečně zachována důstojnost pacienta a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých.“* (Marková, 2010, s. 35)

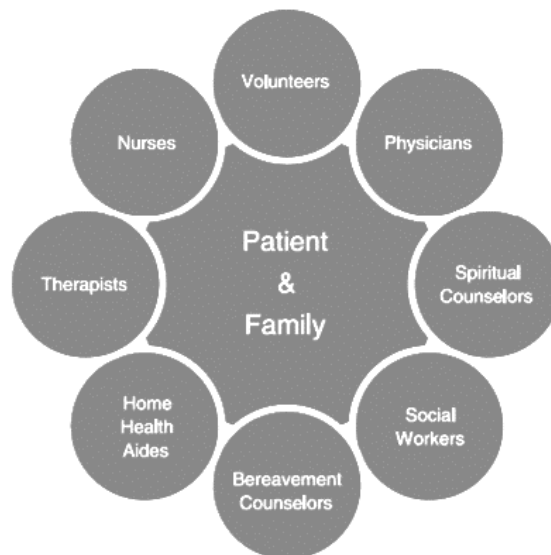


V případě nemoci je právě úkolem rodiny, aby se postarala o svého člena, avšak ne vždy je toho schopna a také ne vždy klient fungující rodinu má. Profesionální tým by měl být schopen uspokojit potřeby rodiny tam, kde na to klient a jeho rodina nestačí. Klient sám by měl být „vedoucím týmu“, pokud však není dostatečně autonomní, nastupuje na toto místo rodina. (Parkers a kol., 2007, s. 25–27)

National Hospice and Palliative Care Organization (2018, s. 2) zobrazili roli klienta a rodiny na obrázku tak že jsou ve středu pozornosti všech členů MDT. Vycházejí z jejich potřeb a přání (viz obrázek 1).

*Obrázek 1*

**FIGURE 1. INTERDISCIPLINARY TEAM**



#### **4.4 Tým v Hospice of Western Kentucky**

V USA se interdisciplinární tým obvykle skládá z pacientova lékaře, lékaře hospice nebo primáře hospice<sup>3</sup>, všeobecných sester, pečovatелů, sociálních pracovníků, poradců pro pozůstalé, duchovního nebo spirituálního poradce, dobrovolníků, kteří prošli tréníngem a popřípadě další terapeuti. (National Hospice and Palliative Care Organization, 2017, s. 2).

---

<sup>3</sup> Jedná se o překlad z anglického „medical director“.

HWK je oproti mnohým českým hospicům, velká organizace. Má 90-130 klientů denně, o které pečuje celkem 8 týmů. Každý tým se skládá z hlavní všeobecné sestry, sociální pracovnice, spirituálního poradce a lékaře. Pokud je potřeba, dochází do domácnosti i pečovatelky, dobrovolníci, nebo poradce pro pozůstalé. Hlavní všeobecné sestry drží směny pro případ akutní potřeby příjezdu ke klientovi. Pokud zrovna hlavní všeobecná sestra službu nemá a její klient ji potřebuje, nahradí ji ta, která zrovna službu má. V celém hospici jsou pouze tři sociální pracovníci a tři spirituální pracovníci. Každý z nich patří do několika týmů.

HWK má multidisciplinární týmy pro domácí péči, jeden tým pro péči ve službě Heartford House a tým pro péči o klienty nacházejících se v jiných zařízeních (např. ošetrovatelský dům, nemocnice). Existuje tam také tzv. admission team, což je tým mající na starosti přijetí klientů do hospice, zjištění, zda do této služby patří, první návštěvy, předání prvních informací a dokumentaci spojenou s přijetím klienta. Nalezneme tam také paliativní tým oddělený od týmů hospice, složený především ze zdravotních sester. Ten poskytuje péči klientům nacházejících se v paliativním programu. Všechny tyto týmy spolu úzce spolupracují, předávají si informace a v případě potřeby si vypomáhají.

HWK využívá tzv. team approach, tedy týmový přístup. Je to model, který zahrnuje různé profesionály s různými znalostmi a dovednostmi, které se vzájemně doplňují a společně směřují ke stejnému cíli. (Duncan, Vivanti, 2013)

Všeobecná sestra koordinuje péči o klienta a je základní složkou týmu. Řeší zdravotní potřeby klienta a její rolí je pomoc s úlevou od bolesti a dalších příznaků, učí pečující osoby, jak o své blízké pečovat, ujišťuje se o tom, zda má klient k dispozici všechny zdravotní pomůcky a materiál. Celkově pomáhá klientům a rodinám lépe rozumět průběhu onemocnění a vytvářet rozhodnutí. V HWK je primářka (medical director) a další zaměstnaní lékaři hospice. Ti jsou spolu s lékařem klienta zodpovědní za zmírňování symptomů a řešení terminálního onemocnění klienta. Koordinují péči o klienta. (Hospice of Western Kentucky Policy, 2010)

Sociální pracovník poskytuje klientovi a rodině emocionální podporu, poradenství a podporu při zvládání stresu spojeného s onemocněním. Vyhledává zdroje komunity, které klientovi mohou pomoci, asistují při plánování pohřbu, umístění do ošetrovatelského domu, Heartford House atp. Nabízí informace o poslední vůli, či

určení náhradní osoby rozhodující o zdravotních otázkách v době, kdy klient již nemůže činit rozhodnutí. Spirituální poradce se věnuje poradenství v oblasti spirituálních potřeb pacienta a rodiny, zprostředkovává návštěvy kněze či je sám poskytuje, asistuje při plánování pohřbu či vzpomínkových akcí a zprostředkovává spirituální péči i celému týmu. (Hospice of Western Kentucky Policy, 2010)

Během své praxe v HWK jsem vyzorovala, že spolupráce všech osob patřících do týmu je naprosto nezbytná pro chod celé organizace. Pracovníci si toho byli vědomi a velmi pečovali o vztah v týmu a předávání informací.

## 4.5 Řízení týmu

V oblasti literatury věnující se managementu týmu můžeme najít doporučení a informace o různých typech týmu. MDT v hospici však nelze zcela zařadit do těchto typů týmů, ani to není cílem této práce. Každá organizace si sama určuje, jakým způsobem v ní bude probíhat řízení týmu. HWK má, jak jsem již dříve popsala, několik multidisciplinárních týmů. Každý člen týmu se za svou práci zodpovídá především sobě a svému týmu, má ale také nad sebou tzv. supervizora, který má funkci především organizační, kdy oznamuje týmům důležité informace, hledá možnosti edukace pracovníků, ale také zodpovídá za to, aby týmy poskytovaly dobrou péči. Nad supervizory je ještě manažer zodpovídající za práci supervizorů. Jak supervizoři, tak manažer se společně snaží reagovat na podněty týmu, aby neustále zlepšovali podmínky a kvalitu péče (viz struktura organizace v přílohách).

Manažeři týmů by měli umět a znát psychologické rozměry týmové práce a na základě těchto znalostí tým podporovat. Měli by umět povzbuzovat pozitivní rysy týmu a odvracet možné příčiny destrukce týmu. Jedním z mechanismů, jako toho dosáhnout, jsou například společné prostory pro všechny zaměstnance, jak pro vedoucí, tak těch na nižších postech. Je to výrazem toho, že jsou „všichni na jedné lodi“. K fungování týmu také přispívá neustálá snaha o rozvoj a posun organizace a zlepšování pracovních postupů. (Hayes 2005, s. 25)

Jankovský (2015) pojmenovává dva schémata péče v multidisciplinárním týmu. První je tzv. kruhová péče, která se vyznačuje rovností všech členů týmu. Klient je v popředí zájmu všech členů týmu. V druhém schématu pak hraje mnohem větší roli sociální

pracovník, který slouží jako zprostředkovatel informací pro klienta a rodinu, koordinátorem péče, který hájí zájmy klienta. Sociální pracovník tak má významné postavení v týmu. Je zde ovšem potřeba širší kvalifikace sociálního pracovníka. Pro obě schémata je důležitá všestranná komunikace, odbornost a profesionalita pracovníků, schopnost řešit spory a profesní pokora – tedy schopnost přiznat si, že se dotyčný může mýlit.

Obecně platí, že způsob, jakým se přistupuje k problémům a konfliktům v týmu, se projeví na schopnostech a efektivitě týmu. Ve vztazích mezi kolegy, nadřízenými a podřízenými by měl být respekt a všímavost, aby byli členové schopni vyjádřit své názory. Na vyšších pozicích by měli být zkušenější zaměstnanci schopní naslouchat svým podřízeným. (Parkers a kol., 2007, s. 41)

V hospicích záleží velmi na tom, kdo je obsazen do vedení organizace, jakým způsobem hospicovou péči řídí a jaké vytváří pracovní podmínky. To vše ovlivňuje výkonnost týmu, jeho efektivitu a celkovou atmosféru.

## **4.6 Schopnosti pracovníků a týmu**

Aby tým dobře fungoval, je nutné, aby jeho členové byli schopni pracovat v týmu. To nemusí být vůbec jednoduché, neboť to vyžaduje schopnost reflexe svého jednání, respektu druhých a další. V následujícím textu se budu věnovat několika klíčovým okruhům, ve kterých by tým měl pracovat.

### **4.6.1 Komunikace**

Jedním z nejčastějších oblastí problémů se kterým se může MDT setkat je komunikace. Podle Markové (2010, s.36) je důležité, aby byla komunikace partnerská. Tým by měl být schopen dobré komunikace především proto, že klient neříká všechno všem, ale vybírá si komu sdělí určité informace, proto může mít jeden pracovník více informací než jiní a měl by být schopen je předat týmu. Komunikace může probíhat písemně v dokumentaci klienta, informace by měly být přehledné a jednoznačné. Může také probíhat formou schůzky MDT. Měly by probíhat minimálně jednou týdně a to tak, že všeobecná sestra shrne stav pacienta, informuje o aktuálním stavu a ostatní mají

možnost se sdílet se svými informacemi. Mnohdy pak dochází k naplánování postupu řešení jeho situace.

Komunikace v týmu přispívá nejen k informovanosti ale také ke sdílení radosti, úspěchů. Je také možné, že v týmu dochází k nedorozumění a kvůli nim ke konfliktům. To je možné řešit pomocí znalosti osobních konfliktů, jejichž teorii zavedl klinický psycholog George Kelly. (Hayes, 2005, s. 51)

Z výsledku výzkumu spolupráce v MDT (Jünger a kol, 2007, s. 349) je patrné, že členové týmu pokládají komunikaci v týmu za důležitou. Má docházet k výměně důvěrných informací mezi členy týmu tak aby byli stále všichni informovaní o tom, co se děje. Komunikace by neměla být využívána pouze z důvodu předání nezbytných pracovních informací, ale také ke sdílení. Vzhledem ke stresovým faktorům, se kterými se členové týmu denně setkávají by měl být vytvořen prostor pro nápady, vyjádření subjektivních pocitů, spekulací, nebo také pro humor, který bývá mnohdy nezbytný pro fungování týmu.

Pro tým je taktéž důležitá týmová filosofie a pracovní atmosféra, která s komunikací souvisí. Týmovou filosofií se myslí jasnost cílů, rolí, postupů a smyslu práce, a to včetně evaluace týmové práce. Pracovní atmosféra je významným faktorem. Pozitivní postoje pracovníků, optimistický přístup a identifikace s cíli týmu přispívá ke spokojenosti a lepšímu výkonu týmu. Z výzkumu vyplývá, že je důležitá i pracovní angažovanost pracovníků, která je spojena s otevřeností a flexibilitou, vhodným prostorem pro stanovení cíle. Nejednoznačné cíle a postupy se ukazují jako nepříznivé pro spolupráci. (Jünger a kol, 2007, s. 351)

#### 4.6.2 Spolupráce

V průběhu spolupráce je nutné v týmu najít způsob, jak vyřešit zásadní faktory ovlivňující fungování týmu. Matoušková a Vrabcová (2015, s. 26) uvádí vnitřní a vnější faktory, se kterými by mělo být zacházeno tak, aby činnost týmu podporovaly a rozvíjely. Mezi vnější může patřit velikost a struktura týmu, hierarchie, schopnosti členů týmu a jejich postoje. Mezi vnitřní faktory patří týmová dynamika, interakce mezi členy jejich komunikace, spolupráce, koordinace týmu, způsob rozhodování a přijímání daných rozhodnutí. Členové týmu by podle nich měli mít jasně stanovenou roli a moc vůči klientům. Matoušková a Vrabcová považují též za nutné mít jasně stanoveného

koordinátora a facilitátora týmu. Úkolem koordinátora je vést administrativu, vytvořit prostory pro schůzky týmu, zajišťovat školení, vytvářet program. Oproti tomu facilitátor vyjednává a vede setkání týmu tak aby bylo dosaženo cíle setkání, přestavuje téma hovoru a uzavírá plán podpory.

Matoušková a Vrabcová (2015, s. 26) uvádí, že k tomu, aby MDT dobře spolupracoval, přispívá i to, že si je vědom rizik. Takovýmto rizikem může být financování, názorová kolize nebo rozdílné etické vnímání. V týmu se mohou vyskytnout systémové problémy, které je vhodné řešit například vzděláváním, změnami, supervizí či mediací. Tým by měl využívat dobrých zkušeností a z horších zkušeností by se měl poučit.

### 4.6.3 Vztahy

Vztahy uvnitř týmu jsou stejně důležité jako vztahy s pacienty a s jejich rodinami. Také tam musí být rovnováha odstupů a blízkosti. Starší a zkušenější kolegové mají povinnost sledovat do jaké míry se mladí, méně zkušení obětují pro potřeby klientů a jejich rodin, aby mohli zasáhnout v případě, kdy hrozí přepracování. Potřeba poskytnutí podpory je velmi důležitá, má se tak dít pomocí účinné komunikace a oceňování. Chápající a pozorné prostředí vytváří předpoklad podobného chování členů týmů vůči pacientům a rodinám. Vedoucí by měli vědět kdy podpořit členy týmu, kteří potřebují více času a prostoru na prožití svého zármutku. Pokud jsou respektovány tyto potřeby a schopnosti jednotlivců, tým zraje. (Parkers a kol. 2007, s.31)

## 4.7 Podmínky organizace zabraňující syndromu vyhoření

Péče o umírající je náročná a stresující, avšak přináší též zadostiučinění, které převáží nad stresem pouze v případě, že je uspokojena vlastní potřeba podpory člena týmu. *„Problémy nastanou, pokud situace a události našeho osobního života ovlivňují naši schopnost zvládat problémy a zejména naslouchat druhým a sblížovat se s nimi. Nastanou také pokud se ocitneme v situacích, které nás přinutí změnit aspekty naší vlastní zkušenosti s nějakou vážnou ztrátou, pokud nás pracovní vypětí přinutí dělit naši loajalitu mezi potřeby pacientů a požadavky instituce. Také když máme pocit, že ta část naší práce, která spočívá v péči a naslouchání, je ostatními podceňována a pokud je řízení týmu špatné.“* (Parkers a kol., 2007, s. 31)

Pokud je tým přetížen, není schopen vykonávat činnosti, které jsou velmi potřebné a hodnotné pro klienty a jejich rodiny (podpora, komunikace s rodinou, naslouchání). Vedení by mělo ve chvílích přetěžování trvat na oddychu pro členy týmu. Někdy se však v hospicích můžeme setkat s tím, že je důležitější zaplněnost lůžek nebo s tím, že se členům týmu neposkytuje dostatek času na rozloučení se s klientem. Nucení týmu ke kvantitě nikoli ke kvalitě vytváří velký tlak na jeho členy a vede k nezájmu o pacienty, podráždění vůči klientům a spolupracovníkům. Po období plné kapacity lůžek by správně mělo nastat období jen částečného zaplnění. Dobře fungující tým by měl být schopen rozhovorů se spolupracovníky během pracovní doby i přes své pracovní vytížení a vytvářet tak neformální podporu. Je také velmi důležité vhodným způsobem přijmout nové členy týmů třeba pomocí rituálů jako jsou oslavy. Pocit zájmu vede vždy ke zlepšení vztahů. (Parkers a kol., 2007, s. 34-35.)

Práce s nevléčitelně nemocnými osobami je pro členy týmu velmi emocionálně náročná. Podmínky v organizaci by měly být nastavené tak, aby tým dokázal syndromu vyhoření předcházet. Proto je důležité poskytovat případové, týmové supervize a členové týmu by měli navzájem sdílet těžké momenty práce. Pracovníci též potřebují stálé vzdělávání a měli by k tomu mít vytvořeny podmínky (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s.10-16). Formální podpora v podobě zhodnocení, vytváření podpůrných skupin, teambuilding a podobné aktivity mohou v těchto situacích také napomáhat (Parkers a kol., 2007).

Je důležité nepodcenit riziko syndromu vyhoření v týmu a podnikat k jeho prevenci aktivní kroky směřující také ke vzdělávání ohledně toho, jak jej lze předcházet. Syndrom vyhoření může vést k vyčerpání týmu a nesprávně odvedené práci.

## **4.8 Kritéria pro úspěšnou spolupráci v MDT**

Pro správně fungující tým je podstatné znát kritéria, které činnost týmu ovlivňují. Matoušková a Vrabcová (2015, s. 25) je shrnují takto: *„při zřizování multidisciplinárního týmu by neměl chybět cíl a poslání týmu, kritéria hodnocení, určení toho, kdo je manažer týmu, skladba týmu a jeho dočasnost či trvalost, priority aktivit svěřených do péče týmu, informace o organizačních vazbách týmu k jiným týmům a funkčním útvarům, systém kontroly a hodnocení týmu, garant týmu z řad liniových vedoucích, podmínky pro informační a znalostní podporu práce týmu, informace*

*o kompetencích a odpovědnosti, motivačním systému, a o obecné podpoře kultury organizace.“*

Hrdá a Lejsal (2017, s. 77–79) ve svém článku v časopise Fórum sociální práce poukázali na některé další důležité principy, které by měly v multidisciplinárním týmu existovat. Prvním principem, který jmenovali je proaktivita, tedy sdílení odpovědnosti za cíle. Vychází z faktu, že člověk sám jako kompetentní k tomu, aby inicioval setkání týmu, či vyjádřil takovou potřebu na poradě. Takováto snaha by měla být vítaná a podporovaná. Členové týmu se nemohou spoléhat na to, že ten druhý „*postřehne to, co ty*“. Druhým principem je pak věcnost. V týmu je důležité dávat konkrétní popis situace, která se děje, tak aby v týmu nastalo porozumění. „*Čas věnovaný definování problému výrazně přispívá k účinnosti spolupráce*“. Třetím principem je dialog. Je důležité, aby si pracovník nemyslel, že ví, co si jiný člen týmu myslí. Je zde důležitá otevřenost, schopnost říct věcně a jasně svůj názor, aktivní naslouchání a změna vlastního názoru. Posledním principem je efektivita jako jedna z nejdůležitějších věcí úspěšného týmu. Je potřeba mít správně zvolený cíl a na jeho základě nalézt zdroje a umět je správně využít. Pokud se problém nachází v samotném fungování týmu, je potřeba hledat řešení tam. „*MDT potřebuje prostor na řešení problémů vlastního fungování, aby mohl účinně rozvíjet své fungování.*“

Správné fungování MDT v hospici by mělo být vždy prioritou vedení hospice i samotného týmu. Celá tato kapitola měla za cíl popsat prvky, které by v týmu neměly chybět. Patří k nim definovaný cíl a role pracovníků, otázky řízení týmu a potřeb týmu. Schopnosti členů jako komunikace, spolupráce, otevřenost a profesní pokora jsou stěžejní pro práci v týmu. Podmínky v organizaci by měly co nejvíce vycházet vstříc týmu. Pokud bude v hospici vládnout dobrá pracovní atmosféra, bude sama o sobě motivovat pracovníky a zlepšovat jejich pracovní výkon.



## 5 Metodologie výzkumu

V této části práce vysvětlím cíl tohoto výzkumného projektu a výzkumnou otázku. Také zde popíši použitou metodu, způsob sběru dat, etické aspekty výzkumu, výběr výzkumného vzorku a způsob analýzy získaných dat.

Tento výzkum se skládá ze dvou částí. První část probíhala v USA během mé zahraniční praxe, kterou jsem absolvovala v termínu 8. 10. až 6. 12. 2018. Samotný sběr dat probíhal v říjnu a listopadu roku 2018 v HWK s pracovníky hospice a zaměřovala se na fungování tamního MDT týmu. Druhá část byla zaměřená na identifikaci bariér a možností spolupráce obdobného týmu v hospici a proběhla v České republice se dvěma sociálními pracovníky ze dvou různých mobilních hospiců. Sběr dat této části výzkumu proběhl v únoru roku 2019. Následující podkapitoly se věnují oběma výše uvedeným částem.

### 5.1 Cíl výzkumu

Během absolvování dvouměsíční praxe v HWK jsem se přesvědčila, že fungující multidisciplinární tým je stěžejní pro naplňování myšlenky hospicové péče a celkově je velice přínosný pro organizaci. Setkala jsem se s tím, že v České republice může být stále obtížné tým nepřetěžovat a opravdu v něm týmově spolupracovat.

Cílem této práce je tedy popsat fungování multidisciplinárního týmu v Hospice of Western Kentucky v mobilním hospici a jeho zařízení Heartford House a dále zjistit jaké jsou bariéry a možnosti zlepšení spolupráce uvnitř obdobného týmu v České republice. Hlavními výzkumnými otázkami jsou tedy: ***„jak funguje multidisciplinární tým v HWK a jeho zařízení Heartford House? Jaké jsou bariéry a možnosti zlepšení spolupráce uvnitř podobných týmů v České republice?“***

V návaznosti na prostudovanou literaturu jsem pro tento výzkum vytyčila tyto dílčí výzkumné otázky:

- **Co je náplní práce jednotlivých členů týmu?**
- **Jakým způsobem probíhá komunikace v týmu?**
- **Jak obvykle probíhá pracovní den členů týmu?**

- **Jaké existují aktivity týmu bránící syndromu vyhoření?**
- **Jakým způsobem se v týmu řeší problémy, konflikty?**
- **Co pokládají členové týmu za důležité pro fungující týmovou práci?**

Ke zjištění bariér a možností spolupráce, se kterými je možné se setkat v českých hospicích, jsem vedla další dva rozhovory se sociálními pracovníci pracujícími v hospicích v České republice. Dílčí výzkumné otázky této části jsou tyto:

- **S jakými bariérami ve fungování se v multidisciplinárním týmu pracovníci setkávají?**
- **Jaké jsou možnosti zlepšení spolupráce v týmu?**
- **Co pokládají pracovníci za důležité pro fungující týmovou spolupráci?**

## **5.2 Výzkumná metoda**

Pro naplnění cíle je v této práci využíván kvalitativní přístup. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu se kvalitativní výzkum zaměřuje na subjektivní dojmy, zkoumá situaci do hloubky a zohledňuje vnější vlivy ovlivňující výsledky. Výzkumník si tuto metodu volí na základě tématu, jímž se hodlá zabývat a vytvoří výzkumné otázky. (Hendl, 2008, s. 48–51)

Vlastností kvalitativního výzkumu je jeho jedinečnost, protože je prováděn v neopakovatelných situacích a kontextech. Z toho vyplývá, že je ovlivnitelný podmínkami, za jakých je tvořen. Kvalitativní výzkum je dynamický a fenomén, který zkoumá, v jeho průběhu prochází vývojem (Miovský, 2006, s.17-18). Je označován za pružný výzkum, protože výzkumník může na základě zjištěných faktů pozměnit nebo doplnit otázky (Hendl, 2008, s. 48). Jednou z nevýhod kvalitativního výzkumu je právě jeho snadná ovlivnitelnost okolními faktory. Výsledky mohou být ovlivněny například pohlavím výzkumníka, či vztahem respondenta k výzkumníkovi. Respondent se také kvůli vědomí toho, že je zkoumán, může snažit vhodněji upravit své odpovědi či chování. (Disman, 2002, s. 132-134)

V rámci kvalitativního přístupu byla v této práci pro sběr dat využita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že vyžaduje přípravu výzkumníka. Ten by měl vytvořit schéma toho, jaké otázky bude klást respondentům. Tyto okruhy otázek pak během rozhovoru může různě přesouvat

a může upravovat formu kladení otázek, rozhovor by ale měl mít pevné jádro, které musí být zodpovězeno (Miovský 2006, s. 159-160). V návaznosti na literaturu jsem se při zpracovávání podkladů pro rozhovor zaměřila na oblast náplně práce a roli členů týmu, komunikaci, aktivity týmu zaměřené proti syndromu vyhoření, řešení konfliktů, motivaci, řízení organizace a důležité prvky ve fungování MDT.

### **5.3 Popis výzkumného souboru**

Výzkumný soubor jsem vybrala pomocí metody stratifikovaného účelového výběru. Miovský (2002, s. 135) říká, že jde o cílený výběr respondentů podle jejich vlastností. Jsou to tedy osoby ochotné zapojit se do výzkumu, splňující určité kritérium. Výzkumníci využívající stratifikovaný účelový výběr rozřadí osoby podle jejich vlastností do vrstev a z těchto vrstev poté vyberou jednotlivé zástupce, se kterými vedou rozhovory.

Vlastností, která byla důležitá pro výběr respondentů v tomto výzkumu, byla jejich pracovní pozice v týmu. Mým cílem bylo získat z každé profese týmu minimálně jednoho respondenta. Vzhledem k tomu, že v HWK existuje několik týmů, které spolu úzce spolupracují, jsem vybrala respondenty z různých týmů tohoto hospice včetně dvou respondentů pracujících v týmu specializovaného zařízení Heartford House. Vrstvami, do kterých jsem potencionální respondenty rozřadila byly tedy druhy profesí (spirituální poradce, všeobecná sestra, sociální pracovník, lékařka) a jednotlivé týmy, ve kterých pracovali. Každý tým si totiž vytvářel určité specifické podmínky, ve kterých pracoval a tím se lišil od ostatních. Setkala jsem se s týmem, ve kterém nové klienty navštěvoval celý tým dohromady (tedy sociální pracovník, spirituální poradce a všeobecná sestra), jinému týmu však více vyhovovalo, když klienta navštěvoval každý zvlášť. Tyto odlišnosti mi pak daly podnět ke stratifikovanému účelovému výběru, tak aby byly výsledky co nejpřesnější.

Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá fungováním MDT v HWK, jsou mými respondenty pracovníci tohoto hospice. Sběr dat probíhal během mé praxe v tomto zařízení. Jak jsem již dříve řekla týmů v HWK pracuje několik, všechny spolu ale spolupracují, a proto jsem se rozhodla vést rozhovory s členy několika různých multidisciplinárních týmů v HWK, včetně týmu v jeho zařízení Heartford House.

V celém hospici pracuje 9 všeobecných sester. Každá z nich má k sobě sociálního pracovníka, také lékařku (primářku hospice) a spirituálního poradce. Tvoří tak tým. V hospici je tedy devět týmu a jeden samostatný tým v zařízení Heartford House. V celém hospici také pracují pouze tři sociální pracovníce a tři spirituální poradci, to znamená, že pracují ve více týmech zároveň.

V části výzkumu věnující se fungování MDT v HWK jsou mými respondenty tři sociální pracovníce, dvě všeobecné sestry, spirituální poradce a lékařka (primářka hospice). Lékařka a jedna z těchto sociálních pracovníc patří také do týmu v zařízení Heartford House.

V druhé části výzkumu, která proběhla již v České republice, a která se věnuje bariérám fungování obdobného týmu v Česku, jsou mými respondentkami dvě sociální pracovníce. První z nich má dlouholeté zkušenosti s péčí o umírající a nyní pracuje v nejmenovaném vznikajícím mobilním hospici. Druhá sociální pracovníce pracovala několik let v kamenném i mobilním hospici a nyní zakládá nový mobilní hospic v Tišnově. Ve výsledcích tohoto výzkumu jsou tyto pracovníce označeny jako *respondent 1* a *respondent 2*.

Dohromady jsem tedy získala devět respondentů pomocí stratifikovaného účelového výběru, kteří se po mém oslovení dobrovolně zapojili do tohoto výzkumu.

## **5.4 Způsob zpracování dat**

Existují různé způsoby, jak zpracovávat data získané z rozhovoru. Vždy záleží na výzkumníkovi, jakou konkrétní metodu pro svůj výzkum zvolí.

Rozhovory se členy MDT, nahrané na diktafon jsem zpracovala pomocí doslovné transkripce. Jedná se o doslovný přepis. Pomocí transkripce je možné text mnohem podrobněji zpracovat třeba pomocí zvýrazňování, vytváření seznamu, srovnávání, či přidání komentáře (Hendl, 2008, s. 208).

Takto vytvořené transkripce jsem vložila do počítačového programu MAXQDA, který umožňuje jeho další zpracování. Pro tento výzkum jsem se rozhodla data dále analyzovat pomocí otevřeného kódování. Hendl (2008, s. 247) popisuje otevřené kódování jako proces, kdy výzkumník pomalu pročítá text a identifikuje obecná témata,

důležitá pro výzkum. Postupně tyto témata konkretizuje a přidává další. Cílem je „*tematické rozkrytí textu*“ a pojmenovávání faktů, které se z textu dozvídáme. Výběr těchto faktů záleží především na výzkumníkovi.

V programu MAXQDA jsem vytvořila síť hlavních kódů a subkódů. Mezi hlavní kódy patřily:

- náplň práce členů týmu
- organizační řízení týmu
- znaky týmu HWK
- řešení konfliktů
- pocit respektu
- komunikace v týmu
- aktivity proti syndromu vyhoření
- důležité prvky pro MDT

Z rozhovorů prováděných se sociálními pracovníky v Česku to pak byly tyto kódy:

- bariéry vznikajícího týmu
- překážky ve spolupráci týmu
- důležité prvky pro spolupráci v MDT

Data jsem tedy zpracovávala nejdříve pomocí doslovné transkripce a poté pomocí počítačového softwaru MAXQDA, kde jsem vytvořila kódy a subkódy, které jsem zanalyzovala. Hlavní kódy představují důležitá témata, jimž se respondenti během rozhovoru věnovali, a subkódy označují konkrétní poznatky a názory respondentů. Výsledky této analýzy jsou popsány později.

## **5.5 Etické aspekty výzkumu**

V průběhu samotného výzkumu je důležité dodržovat etické zásady vedení rozhovorů a zpracování dat. Miovský (2002, s. 280-285) pojmenovává několik etických zásad, které by při výzkumu měly být dodrženy. První zásadou je, že daná osoba musí souhlasit s účastí na výzkumu. To se děje zpravidla pomocí písemného informovaného souhlasu podepsaného oběma stranami, kde je účastník informován o povaze výzkumu a jeho rizicích, výhodách a nevýhodách. Měla by též existovat možnost nezbytného

omezení informovaného souhlasu v případě ospravedlnitelné potřeby zamlčet či upravit informaci. Další zásadou je povinnost výzkumníka ochránit soukromí a osobní údaje účastníků. Z výzkumu by nemělo být možné danou osobu identifikovat a nesmí dojít k újmě účastníků výzkumu.

Před zahájením výzkumu jsem si vyžádala souhlas HWK s prováděním výzkumu. Rozhovory jsem vedla pouze s respondenty, kteří s účastí na výzkumu souhlasili. Před zahájením rozhovoru podepsali informovaný souhlas, který byl u amerických respondentů přeložen do angličtiny a obsahoval cíl výzkumu, výzkumnou metodu, práva a povinnosti respondenta a informace o ochraně osobních údajů. Také jsem jim sdělila, že mohou kdykoli bez udání důvodu ukončit rozhovor, či odmítnout spolupráci. Rozhovor jsem nahrávala na diktafon, o kterém byli účastníci výzkumu informováni. V prezentaci výsledků jsem se rozhodla neuvést jména účastníků, tak aby byly chráněny jejich osobní údaje. Namísto jmen jsou v prezentaci výzkumu použity jejich profese, což je také relevantnější pro tento výzkum, který se zabývá fungováním MDT. Respondenti jsou tedy označeni jako sociální pracovníce 1, sociální pracovníce 2, sociální pracovníce 3, všeobecná sestra 1, všeobecná sestra 2, spirituální poradce a lékařka. V části výzkumu prováděné v Česku jsou to respondent 1, respondent 2.

## 6 Výsledky výzkumu

Z provedeného kvalitativního výzkumu zaměřeného na fungování MDT v HWK vyšly výsledky, které popíši v této kapitole. Tyto výsledky prezentují fakta z rozhovorů, které jsem během své praxe v HWK vedla se členy MDT. V tamním hospici pracuje několik týmů a (jak bylo dříve vysvětleno) někteří pracovníci patří zároveň do několika týmů. Jsou to týmy mobilní specializované hospicové služby a jeden tým pracující v zařízení Heartford House. Výsledky výzkumu nejsou rozděleny zvláště na tým v zařízení Heartford House a HWK, tak jak je uvedeno v cíli práce a to z důvodu prolínání se těchto týmů, a tedy v podstatě totožného fungování. Rozhovory jsem vedla pracovníky obou těchto týmů. Poslední podkapitola s názvem „bariéry a možnosti spolupráce MDT v Česku“ se věnuje dříve zmíněné druhé části výzkumu, kdy jsem rozhovory pro tuto část výzkumu vedla se sociálními pracovníky mobilních hospiců v České republice.

### 6.1 Náplň práce členů týmu

Jednou z otázek, které jsem při rozhovorech kladla, se týkala náplně práce respondentů a jejich zodpovědnosti v rámci týmu. Náplň práce sociálních pracovníků byla především emociální podpora a pomoc se situací, v níž se klient a jeho rodina ocitli. Pomáhají prostřednictvím poradenství, zprostředkování zdrojů, pomoci s finančními otázkami a otázkami spojenými s pojištěním Medicare. Pomáhají také s vyřizováním dokumentů jako je living will<sup>4</sup>, DNR (do not resuscitate) atp. Také asistují při zařizování pohřbu. V případě, že má klient specifické přání nebo nedořešené záležitosti před smrtí (např. chce se setkat se synem), je sociální pracovník ten, který se snaží pomoci tyto přání splnit. Sociální pracovníce musely klienta navštívit během prvních pěti dnů po jeho přijetí a poté minimálně jednou měsíčně.

*„Poskytuji emocionální servis pacientům a jejich rodinám. Pomáháme jim spojit je se zdroji v jejich komunitě. Pomáháme s vyřízením plné moci, když nemohou dělat rozhodnutí co se týče jejich péče, nebo léčby. Pomáháme jim s jakýmkoli problémy jako jsou finanční starosti, plánování pohřbu. Snažíme se jim pomoci vypořádat*

---

<sup>4</sup> V ČR je to institut dříve vysloveného přání.

*se s problémy spojenými se zármutkem a ztrátou a taky být podporou té rodině, jejichž blízký je terminálně nemocný.“ (Sociální pracovnice 1)*

Sestra navštěvuje klienty hned následující den po jejich přijetí do hospice a poté minimálně jednou týdně. Klienti je tedy spolu s pečovatelkami, které docházejí i dvakrát týdně pomoci s hygienou, vídávají nejčastěji. Pečují o zdravotní stránku klienta.

*„Jako sestra v týmu poskytuji zdravotní péči pro pacienty. Při návštěvách zkontroluji jejich životně důležité funkce, poslouchám srdce a ujistím se, že mají takovou kvalitu života, jakou mohou mít, že se cítí komfortně, bez bolesti a jejich zdravotní potřeby jsou naplněny.“ (Sestra 2)*

Spirituální poradce uspokojuje spirituální potřeby klienta. Hovoří s nimi o strachu ze smrti a o víře v Boha, pokud klient věří. Celkově klienta povzbuzuje, aby se dokázal smířit s umíráním.

*„Mluvím s lidmi na jejich spirituální úrovni. Třeba co si myslí o Bohu – možná nevěří v Boha, ale řešíme cokoli, co patří do tohoto rámce. Mluvíme o tom, jaké pocity mají ze smrti, jestli se bojí smrti a takové věci. Snažím se jim dát povzbuzující rady a někdy se modlíme. Obvykle jakkoli spirituálně žijí, je to cesta, kterou použijeme k povzbuzení a pomoci k překlenutí tohoto těžkého období.“ (Spirituální poradce)*

Primářka hospice (dále jen lékařka) je zodpovědná za zdravotní péči o pacienty. Dává souhlas s přijetím klienta do hospice a posuzuje, zda jeho stav vyžaduje hospicovou péči. Kvůli benefitům pojištění Medicare provádí každých devadesát dní šetření u klienta, kde zjišťuje, zda stále splňuje podmínky pro hospic. Je lékařkou asi třetiny pacientů celého hospice. Klienti tedy nemusí mít lékařku hospice. Řeší problémové zdravotní situace u klientů, například pokud se symptomy nedaří držet pod kontrolou. V případě potřeby také konzultuje situaci s rodinou a klientem.

*„Největší část mé zodpovědnosti je se ujistit, že jednotlivci, kteří jsou v naší péči k nám stále patří, a že jsou vhodným způsobem zdravotně řízeni. Takže mým úkolem je hlavně ujistit se, že pacienti jsou vhodní pro hospic, říct, že jsou vhodní a poté řádné zdravotní ošetření vzhledem k jejich cílům.“ (Lékařka)*



Je důležité také říct, že v určitém bodě se zodpovědnost jednotlivých členů týmů překrývá. Je to známka toho, že pracují jako tým. Sociální pracovníce, někdy popisují rodině, s jakými známkami umírání se mohou setkat, nebo všeobecné sestry například často poskytují i emociální podporu.

## 6.2 Organizační řízení týmů

V rámci týmu v hospici figurují tzv. supervizoři. V HWK jsou to dvě bývalé všeobecné sestry hospice. Ty mají za úkol starat se o sociální pracovníce, pečovatelky a všeobecné sestry. Dohlízejí na jejich práci, setkávají se s administrativními pracovníci hospice a podílejí se na řízení a změnách na základě podnětů týmů. Zjišťují aktuální podmínky pro poskytování hospicové péče a informují o nich členy týmu. Tým se na ně může obracet s nejasnostmi a mohou je požádat o pomoc. Spirituálním poradcům v hospici dělá supervizora poradce pro pozůstalé.

*„Když potřebuji změnit svůj denní plán, potřebuju pauzu nebo když potřebuju pomoci, tak oni (supervizoři) jsou ti, za kterými jdu. Můžu jim říct: potřebuju pomoc dalšího sociálního pracovníka, protože jsem unavená. Nebo jdu za nimi, když mám nějaké otázky.“* (Sociální pracovníce 1)

Nadřízený těmto supervizorům je klinický supervizor. Ten zodpovídá za práci supervizorů a spolupracuje s nimi. V HWK je také hlavní výkonný ředitel<sup>5</sup>, který je hlavou celého hospice a zodpovídá se správní radě hospice.

*„Správní rada je volena naší komunitou (hospicem) a oni zodpovídají za dodržování pravidel za to, že hospic funguje a finančně je na tom tak jak by měl být.“* (Sociální pracovníce 1)

V HWK je také hlavní finanční ředitel<sup>6</sup>, kterému se pracovníci zodpovídají ve finančních otázkách. Často s ním pracovníci pracují, pokud se například snaží splnit přání klientovi, které vyžaduje nějaký finanční obnos. V samotném týmu chybí psycholog. Tuto roli zastává společně sociální pracovník, spirituální poradce a poradce pro pozůstalé.

---

<sup>5</sup> Jde o překlad tzv. CEO, chief executive officer.

<sup>6</sup> Jde o překlad tzv. CFO, chief financial offices.

*„Sdílím tuhle zodpovědnost se sociálními pracovníci a poradcem pro pozůstalé. Hodně emocionální práce dělají sociální pracovníci. Já toho dělám hodně v oblasti spirituality a poradce pro pozůstalé to má na starosti poté, co pacienti zemřou. Ale je to tak blízce propojené, že mnohdy, když jdu k pacientovi a on chce mluvit o emocionálních problémech, které má, pak se o to postarám.“ (Spirituální poradce)*

V HWK pracuje také tým zdravotníků jejichž úkolem je přijímání klientů. Jejich prací je v případě zájmu o hospic dojet za klientem, zhodnotit jeho zdravotní stav, zda je či není pro hospic vhodný, a získat souhlas lékařky pro přijetí. Tito zdravotníci (zpravidla všeobecné sestry) denně vyjíždějí za klienty, vysvětlují jim, co je to hospic, podepisují s nimi smlouvy a poskytují základní informace.

Týmů, složených ze sociálního pracovníka, všeobecné sestry, spirituálního pracovníka a lékařky (primářky hospice), je dohromady devět. Sociální pracovníci jsou tři a jedna z nich pracuje v týmu v zařízení Heartford House a navštěvuje také klienty umístěné v ošetrovatelských domech a nemocnici. Spirituální pracovníci jsou také tři a hlavních všeobecných sester je devět s tím, že jedna z nich má klienty společně se sociální pracovníci v ošetrovatelských domech a dalších zařízeních.

### **6.3 Znaký týmu v HWK**

Z rozhovorů s respondenty vyplynuly určité znaky, které charakterizují MDT v HWK. Jedním ze znaků je společný cíl pracovníků, díky němuž fungují jako tým.

*„Stojíme vedle sebe, ale snažíme se dosáhnout stejného cíle“ (Všeobecná sestra 1)*

Mnozí respondenti též zdůrazňovali fakt, že je jejich tým flexibilní. V případech, kdy někdo z daného týmu nemůže ke klientovi z nějakých důvodů dorazit, jej může zastoupit někdo z jiného týmu. Flexibilita se ukázala jako vlastnost nezbytná pro tým. Každé ráno se mohlo ukázat, že den proběhne úplně jinak, než bylo v plánu. Tým vždy vychází z potřeb klienta.

*„Když měl jeden můj klient spirituálního poradce, který byl zrovna na dovolené, a něco od něj potřeboval, pak můžu zavolat spirituálního poradce, který ani není v tom samém týmu, aby přišel a zastoupil ho.“ (Všeobecná sestra 1)*

Mnohdy se také stává, že jeden pracovník má spoustu práce, protože jej najednou potřebuje více klientů a situaci sám nezvládá. V takovýchto případech mu často pomáhají pracovníci z jiných týmu, kteří nemají zrovna tolik práce. Jsou tedy schopni si pomáhat.

Členové týmu často jezdívají ke klientovi spolu s jiným členem. Například všeobecná sestra se sociálním pracovníkem, nebo spirituálním poradcem. Bývá to v případech, kdy buďto potřebují oba s klientem něco řešit, nebo když potřebuje jeden z nich podporu vzhledem k situaci klienta. Některé týmy také jezdily k novým klientům vždy společně jako jeden tým, aby se takto všichni představili klientovi a rodině.

Jako velice silný znak týmu v tomto hospici se ukázala rodinná atmosféra. Tu bylo možné pocítit kdykoli byl tým pohromadě. Projevovala se především humorem členů týmu, drobnými aktivitami v rámci kanceláře, kdy se tu a tam na něčem stole objevilo něco hezkého, nebo legračního. Členové týmu si byli vzájemně oporou. Tato atmosféra vládla i při návštěvách klientů, klient a jeho rodina byli považováni za součást této velké rodiny.

*„Máme tady skvělou týmovou atmosféru. Jsme jako rodina, rádi se navzájem škádlíme. Myslím si, že to je to, co vytváří naše klidné prostředí. A spolupracujeme díky tomu dobře. Je to opravdu mimořádné.“* (Spirituální poradce)

*„Někdy pořádáme společné jídlo, jako vánoční večírek, a vždy se sejdeme a jsme jako jedna velká rodina. Zní to šíleně, ale mám dojem, že každý z nás je součástí jedné velké rodiny. Mám to ráda.“* (Sociální pracovnice 3)

Mnozí pracovníci spolu mají velmi dobré vztahy i mimo práci. Setkávají se na společné večere, navštěvují se a jezdí spolu na rodinné výlety. Někteří chodí do stejné církve, takže se pravidelně vídají.

Dalším znakem MDT (ale také samotného hospice) je schopnost reagovat na situace a přizpůsobovat se jim. Nastane-li v týmu problém, sejdou se a danou záležitost řeší, dokud nenaleznou postup, jak situaci vyřešit, nebo dokud nezjistí co přesně se musí změnit. Během rozhovorů respondenti často zmiňovali problémy, kterými se v minulosti hospic potýkal a které jsou již vyřešeny na základě změny fungování.

*„Když jsem sem poprvé přišla, byl zrovna nově postaven Heartford House. A objevil se veliký konflikt, protože najednou vznikl další tým v této budově, který si nárokoval pacienty, kteří do něj přišli. Tým domácí části hospice však o ty pacienty pečoval mnohem dříve a dlouho je znal. Najednou však nemohli za nimi, protože si je nárokoval Heartford House. Takže to chvíli trvalo, než se tyto dva týmy shodli. Heartford House musel zjistit, že musí nechat tým domácí péče přicházet k těmto klientům. Pro toho pacienta to bylo důležité držet za ruku tu všeobecnou sestru, kterou tak dlouho znal. Tým domácí péče zase musel zjistit, že Heartford House je pro pacienty velmi důležitý. Proběhla spousta setkání řešících tuto situaci a teambuilding. Teď už pracují jako jeden tým, společně.“ (Sociální pracovník 2)*

Pracovníci mají též silnou motivaci pro práci v této oblasti. Někteří z nich si práci v hospici sami nevybrali, ale jakmile tam začali pracovat, poznali, že je to jejich poslání a pocítovali naplnění. Jejich motivací, je často poskytnout co největší komfort klientovi ve fázi umírání.

*„Tak, aby bylo umírání stejně krásné jako zrození.“ (Lékařka)*

## **6.4 Řešení konfliktů**

Týmy v HWK se vyznačují zralostí v řešení konfliktů. Hospic celkově vytváří prostředí, kde vznikají nezávislé týmy, které jsou schopné tyto věci samostatně řešit. Překvapivý fakt, se kterým jsem se v rozhovorech setkala, bylo tvrzení všech respondentů, že se v týmu s většími konflikty nikdy nesetkali. Pokud se přeci jen s někým nepohodli, řešili to většinou tím, že nad vzniklou situací přemýšleli a snažili se pochopit toho s kým měli problém, nebo tento problém otevřeně řešili s daným člověkem. Všichni respondenti vnímali velkou potřebu dohodnout se, protože všem šlo na prvním místě o klienta a jeho komfort.

*„Nejsem konfrontační typ, ale musím zjistit, co se děje. Někdy lidi jen sedí a nikdo o tom nemluví a pocity jsou horší a vzniká zlost a další takové věci, pak se lidi urazí a jen to roste. Já se snažím konfrontovat se situací a snažit se uklidnit, vyřešit to tak, jak je to možné.“ (Lékařka)*

Za důležité proto, aby konflikty nevznikaly považovali respondenti především otevřenost, schopnost uznat vlastní chybu, schopnost přiznat si, že nejsou odborníky

na všechno a to, že druhý může mít pravdu. Také se objevoval názor, že je důležitá sebereflexe a čestnost. Kdyby přeci jen vznikl problém, který žádná strana není schopna řešit, mají možnost jít za svými supervizory, kteří jsou schopni jim „nastavit zrcadlo“.

*„Myslím, že jsme docela otevřená skupina lidí, která je schopná prostě vyjádřit své znepokojení. Můžu jít k nějakému členu mého týmu a zeptat se, kde je problém. Když vidím, že to nejde, můžu jít za svým supervizorem.“* (Sociální pracovnice 2)

Mnozí respondenti též referovali o tom, že je v této oblasti práce důležité se respektovat a být schopni se dohodnout, odhodit svou pýchu a ambice proto, aby společně poskytovali dobrou péči klientům. Opět se tedy ukázala myšlenka společného cíle, silně zakořeněná ve členech týmu.

## **6.5 Pocit respektu**

Všichni respondenti řekli, že se cítí v týmu respektováni a nezbytní pro tým. Někteří to potvrdili i zkušeností z minulosti, kdy nebylo dostatek pracovníků v dané oblasti a hospic si tak začal těchto profesí vážit. Každý člen týmu si je vědom důležitosti jeho profese i ostatních profesí. Jsou si vědomi toho, že mají své jedinečné schopnosti, ale nestačí na všechno, a je tedy potřeba týmové práce. Členové týmu mají pocit, že jsou si všichni rovni, a tato myšlenka je potvrzována chováním a vzájemnými vztahy všech osob pracujících v hospici.

*„Myslím, že je to hodně tím, že mám ráda vzdělávání a sdílení se. Cítím, že jsem brána více jako ta na jejich úrovni, a ne tak, že já jsem doktor a ty jsi sestra.“* (Lékařka)

*„My všichni máme své vlastní dary, které používáme. Je tady opravdu dobrá blízká rodinná atmosféra se spoustou lásky a respektu k druhým. Jsme velmi různorodí a je to tak hezké, když se potkáme a dáme ty odlišnosti dohromady, abychom vytvořili jeden tým.“* (Spirituální poradce)

## **6.6 Způsob komunikace**

Jedna z otázek kladených respondentům byla, jakým způsobem si předávají informace a vzájemně komunikují. Převažujícím způsobem komunikace bylo telefonování, kterým se sdělovaly především aktuální otázky, které bylo potřeba řešit. Nedílnou součástí

komunikace bylo také každodenní zapisování do karty klienta v počítačovém systému. Důležité informace se často sdělovaly mailem. Někteří respondenti preferují přímou komunikaci, kdy je menší pravděpodobnost, že dojde k nedorozumění.

*„Každou návštěvu musím dokumentovat a zapsat, co jsme na návštěvě udělali. Jestliže nedokumentuješ, znamená to, že se to nestalo.“ (Všeobecná sestra 2)*

Tým se setkává každé ráno na tzv. „huddle“ (shromáždění), kdy se všechny týmy setkají v budově hospice a debatují spolu o potřebách klientů a novinkách. V jednotlivých týmech poté proberou, koho musí navštívit a domluví se, zda pojedou k někomu společně. Tímto způsobem si naplánují den a vzájemně si předají informace. Mimo tato ranní setkání se tým potká každých čtrnáct dní ve čtvrtek na setkání interdisciplinárního týmu<sup>7</sup> společně s lékařkou hospice. V tyto čtvrtky probírají všechny klienty, jejich zdravotní stav a aktuální problémy. Probíhá to tak, že všeobecné sestry shrnou zdravotní stav klienta a ostatní členové týmu poté mohou přidávat další informace. Toto setkání slouží především k tomu, aby se celý tým sjednotil v péči o klienta a znal jeho aktuální situaci. Interdisciplinárních týmových setkáních se účastní i koordinátorka dobrovolníků, poradce pro pozůstalé, pečovatelky a některé administrativní pracovnice hospice. Ve středy v týdny, kdy zrovna daný tým nemá toto setkání s lékařkou, se setkávají se svým týmem bez lékařky a taktéž mezi sebou sdílí informace o klientech (tato setkání označují jako IDG, tj. interdisciplinary group).

*„Můj tým se setkal s lékařkou minulý čtvrtek, takže tento týden ve středu ráno, jsme mluvili specificky o pacientech, které mají moje všeobecné sestry. Mluví o tom, jestli klienti nemají nějaký trvajících problém, který musí být tento týden vyřešen, nebo o dalších věcech, na kterých musíme pracovat. To by mělo být v popředí, dát vědět, jak se věci vyvíjejí nebo jestli se pacient nezhoršil.“ (Sociální pracovnice 1)*

## **6.7 Aktivity proti syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření může snadno narušit dobrou spolupráci v týmu, je proto důležité, aby organizace zamezovala jeho vzniku, a také aby s ním členové týmu uměli bojovat. Respondenti často mluvili o aktivitách, které HWK pro své zaměstnance koná. Bývají to společná tradiční setkání pořádané asi jednou za tři měsíce, kde je vždy dobré

---

<sup>7</sup> Překlad z IDT (interdisciplinary team) meeting.

občerstvení, volná zábava a možnost účastnit se menší aktivity v podobě kvízu atd. Příkladem může být Halloween večírek, kam zaměstnanci dorazili v převlecích. Týmy také jednou za čas před prací pořádají společné snídaně v nějaké z restaurací ve městě. Každé pondělí ráno se týmy v budově hospice sejdou o něco dříve, aby zavzpomínaly na klienty, kteří během minulého týdne zemřeli, a také se za ně pomodlily.

*„Pondělní setkání pořádáme proto, že se vypořádáváme se spoustou situací spojených se smrtí a umíráním. Je to způsob vzpomínání, modlitby za ty, kteří zemřeli. Je to ale také způsob, jak se vypořádat se zármutkem, nebo vyhořením. Dává nám to příležitost vzpomínat na druhé a na ty, kteří nám třeba byli velmi blízcí a my o ně dlouho pečovali. Můžeme o nich mluvit v momentě, když sdělí, že někdo z nich zemřel. Můžeme zmínit zábavné příběhy, smutné příběhy, věci, na které si vzpomínáme. Je to způsob, jak si pomoci, když jsme o někoho dlouho pečovali.“ (Všeobecná sestra 2)*

Významným pomocníkem v boji proti syndromu vyhoření týmu je humor, který je v HWK hojně využíván.

*„Myslím si, že protože mám dobrý smysl pro humor, i když je to trošku černý humor, tak se tady hodně smějeme. Lidé jsou překvapení tím, že jsme tak šťastní.“ (Lékařka)*

Co se týče individuálního zvládnání pracovního stresu, respondenti často mluvili o tom, že mnohdy po prožití těžkého okamžiku potřebují jen chvíli času, aby si utříbili myšlenky. Hospic jim v takovýchto chvílích byl schopen poskytnout pár dní volna, nebo chvíli na odpočinek. Členové týmu často v těžkých chvílích nacházejí oporu u svých spolupracovníků, se kterými si mohou promluvit a kteří jim poskytnou oporu. Pracovníci také mohou využít psychologické péče poradce pro pozůstalé, který jim nabízí oporu.

*„Náš poradce pro pozůstalé nabízí poradenství členům hospice, protože ví, že můžeme jednoduše vyhořet, a to on nechce. Takže nám dovoluje jít do jeho kanceláře a popovídat si s ním o tom. Když se blížíme vyhoření, frustrování nebo naštvání můžeme vyslovit naše pocity a on pak dá konstruktivní rady pro to, jak se vypořádat s vyhořením a jak mu předcházet. To hodně pomáhá.“ (Sociální pracovník 3)*

Respondenti také předcházejí syndromu vyhoření vlastními zálibami, kterým se věnují mimo práci. Někomu pomáhá hudba, jinému zahradničení, cvičení nebo práce na farmě.

Musejí být schopni oddělovat svůj profesní život od soukromého. Pět ze sedmi respondentů uvedlo, že jim velmi pomáhá osobní modlitba a víra v Boha.

*„Moje víra má hodně co dělat s tím, jak se vypořádávám s problémy. Já věřím v Boha, věřím, že modlitba je velká věc, která pomáhá se přes to přenést. Pak si myslím, že pomáhá mluvit s někým, komu opravdu věříš. Je tady několik takových lidí v hospici. Jsou to velmi silní lidé a rozumí tomu, čím si procházím a já rozumím tomu, čím si prochází oni.“* (Spirituální poradce)

## 6.8 Důležité prvky pro fungující MDT

Respondentům jsem také položila otázku, co považují ve svém týmu za důležité pro to, aby dobře fungoval. Častými odpověďmi byla schopnost spolupracovat. Považovali za důležité umět dělat kompromisy. To vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Překážkou mohou být přílišné ambice a sobeckost. Zdůrazňovali také nutnost nechat členy týmu dělat to, k čemu mají schopnosti a znalosti.

*„Nemůžeš být příliš nezávislá samostatná osoba, tedy musíš, ale neměl bys chtít všechno dělat sám. O tom ta práce je. Musíš být schopen pracovat s ostatními, spolupracovat. Měl bys být ochoten sdílet s ostatními, co se děje, být schopen akceptovat to, když s tebou ostatní nesouhlasí a taky o tom s nimi mluvit. Takže si myslím, že to je velká součást fungujícího týmu.“* (Sociální pracovník 3)

Mnozí respondenti považovali za důležité „nechat členy týmu dělat svou práci“, a to především tak, aby nebyli neustále někým kontrolováni, zda svou práci dělají dobře. Jednoduše je to tedy vědomí samostatnosti a zodpovědnosti členů týmu. Dalším často zmiňovaným prvkem fungujícího týmu byla diverzita disciplín v týmu. Všichni respondenti pochopitelně považují multidisciplinaritu za nedílnou součást týmu v hospici.

*„Myslím si, že je důležité mít tyto různé disciplíny, protože když se potýkáš s terminálním onemocněním, neřešíš jen fyzickou bolest, ale i emoční bolest, a častokrát je to spirituální bolest. Lidé se bojí konce svého života, nebo vztahu s vyšší mocí, takže potřebují pomoc s péčí. Třeba pečovatelky bývají s klienty obvykle častěji než kdokoli jiný, takže ony opravdu vytvářejí vztahy s rodinami. A mít všechny tyto vrstvy systému podpory je hodně důležité pro celý tým.“* (Všeobecná sestra 1)



V neposlední řadě respondenti označili za důležité také mít společné poslání. Tím posláním má být především skvělá péče o klienta v závěru jeho života, zaměřená na kvalitu a komfort.

*„Všichni bychom měli být řízeni společným posláním. Je důležité, aby lidé odcházeli v pokoji a v lásce, protože je to o lásce a mnozí lidé o tom nemluví. Je to přirozená součást života, takže pomáhat, aby se nebáli.“ (Všeobecná sestra 2)*

## **6.9 Bariéry a možnosti spolupráce v MDT v Česku**

Vzhledem k tomu, že obě respondentky aktuálně pracují ve vznikajícím MDT v mobilním hospici, budu se v tomto odstavci věnovat tomu, s jakými problémy se ve svých vznikajících týmech potýkají. Jedním ze základních problémů považují obě respondentky sehnání potřebných profesionálů do týmu, ať už je to lékař, či všeobecná sestra. Dalším zásadním bodem při budování týmu je správné rozdělení rolí a kompetencí a celkové přijetí nastaveného modelu spolupráce všemi členy týmu. Zpočátku fungování nového týmu v mobilním hospici je také častou otázkou samotná existence a sehnání financí. Pracovníci musí zpočátku mnohdy pracovat téměř zadarmo na základně vlastní vnitřní motivace.

*„Nyní pracujeme na rozdělení rolí v týmu, kdo co bude dělat. V minulosti si zdravotníci sami vyhodnocovali, koho přijmou. Nyní jim do toho vchází sociální pracovník, takže je potřeba se v tomto sladit, protože nebyli zvyklí na vstup sociálního pracovníka“ (Respondentka 1)*

Největšími překážkami bránícími v dobré spolupráci v týmu označily respondentky především uzavřenost a malou důvěru. Schopnost otevřít se je velmi důležitá pro to, aby se tým dokázal vzájemně podpořit. Otevřenost v týmu také zlepšuje otevřenost v projevení emocí při návštěvách klientů, kteří mohou projevený zájem v tomto období velmi potřebovat. V týmu je také potřebná důvěra ve smyslu možnosti se spolehnout na podporu dalšími členy týmu.

*„Bojíme se dát najevo emoce, jak co vnímáme, co nás rozčílí, co nás rozpláče, co nás rozesměje. Vnímám to jako specifikum českého zdravotnictví, vnímala jsem to tam, kde jsem pracovala předtím. Takže se prostě neotevřeme tak nějak do hloubky. V tomhle*

*vnímám potřebu té otevřenosti, nehrát si na hrdinu, vyslovit to, že z toho mám strach a přijmout nabídnutou oporu. Na tom musíme pracovat.“ (Respondentka 2)*

Pro dobrou spolupráci v týmu je podle respondentek důležitá možnost nalézt oporu u spolupracovníků a starost o sebe navzájem. Také jsou důležité samotné osobnosti pracovníků, schopnost se dohodnout a společný cíl.

*„Hodně dělají osobnosti v týmu, to že dokážeme spolupracovat a dohodnout se, a spojuje nás to jedno, že chceme udělat tu péči dobře tak, aby ten člověk dožil důstojně až do konce.“ (Respondentka 1)*

Řízení týmu by mělo být podle respondentky pevné, tak aby byly nastaveny potřebné hranice a jistota v tom, v jaké situaci se, na koho obrátit a podobně. Také by však mělo dávat potřebnou svobodu týmům tak, aby pracovníci dokázali reagovat na aktuální potřeby klientů.

*„Nemůžu sestřičce říct jako pevné pravidlo, nemůžeš být na té návštěvě tak dlouho, protože ještě tady máš další dvě návštěvy. Musíme vědět, že když se něco při návštěvě stane a sestřička vnímá, že tam potřebuje zůstat, že může někomu zatelefonovat, aby ji v té další návštěvě zastoupil.“ (Respondentka 2)*

Nejčastějšími potřebami pro správné fungování v začínajícím týmu je nastavení pravidel a rolí jednotlivých členů, sehnání nezbytných profesionálů a vyřešení finančních otázek. Během práce se tým může setkávat s nedostatečnou otevřeností a vzájemnou důvěrou členů týmů. Spolupráci v týmu zlepšuje společný cíl, schopnost se dohodnout, vzájemná opora členů týmu, možnost se na sebe spolehnout a pevné a zároveň otevřené řízení.

## 7 Diskuze

Výzkum této bakalářské práce se zaměřuje na popis fungování MDT v konkrétním hospici v USA v rámci samotného mobilního hospice i jeho specializovaného lůžkového zařízení Heartford House a dále na zjištění možností spolupráce, případně bariér pro fungování obdobného týmu v českých hospicích. Tento kvalitativní výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů se sedmi pracovníky HWK a dvěma sociálními pracovníky českých mobilních hospiců.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy bylo: *jak funguje multidisciplinární tým v HWK a jeho zařízení Heartford House? Jaké jsou bariéry a možnosti zlepšení spolupráce uvnitř podobných týmů v České republice?* Cíl této práce se mi s pomocí výzkumných otázek podařilo naplnit. V HWK jsem potkala spoustu ochotných pracovníků, kteří mi poskytli rozhovor a díky jejich otevřeným odpovědím, se mi podařilo tyto výzkumné otázky zodpovědět. Výzkumné otázky týkající se bariér ve fungování týmu v hospici byly zodpovězeny jen částečně vzhledem k individuálnímu vnímání sociálních pracovníků. Domnívám se, že pro komplexnější zodpovězení této otázky je zapotřebí hlubšího zkoumání i formou kvantitativního šetření, což vzhledem k rozsahu této práce nebylo možné, avšak toto může být námětem pro další výzkumné šetření.

Podrobný popis odpovědí respondentů je možné nalézt v předešlé kapitole. Zde se zaměřím na shrnutí závěrů výzkumu a jejich konfrontaci s dostupnou literaturou. Ve výsledcích výzkumu této bakalářské práce, se ukázalo, že významnou roli ve fungování tamního týmu je komunikace, spolupráce, jasné rozdělení rolí, samostatnost pracovníků, společný cíl a celkově rodinná atmosféra spojená s dobrým řízením těchto týmů. Vesměs všechny tyto prvky zazněly v teoretické části jako důležité pro fungování týmu.

V literatuře zabývající se hospicem se je možné nalézt kratší části zabývající se MDT v hospici. V těchto částech se lze dozvědět, že tým si potřebuje nastavit jasný cíl a principy, které mají naplňovat všichni členové týmu (Jankovský 2015, s.8), dále rozdělení rolí tak, aby každý z týmu věděl, kdo co dělá a odkazoval na něj, s tím, že v MDT v hospici by neměl chybět doktor, všeobecná sestra, sociální pracovník a další členové jako je psycholog a duchovní (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s. 9). Pacient a rodina by měli být též součástí týmu a pozornost celého týmu by měla směřovat na ně (National hospice and Palliative Care Organization 2018, s. 2). V týmu

by měla být pozornost věnována také na řešení konfliktů, vzájemné vztahy mezi podřízenými i nadřízenými by měly být plné respektu a všímavosti. Členové týmu by měli mít možnost vyjadřovat své názory (Parkers a kol., 2007, s.41). Je také důležité, aby v týmu existovala partnerská komunikace, spojená s dobrým vedením dokumentace a častými schůzkami MDT (Marková 2010, s. 36). Kromě spolupráce pracovníků jsou také velmi důležité takové vztahy, které poskytují podporu a pochopení. Vedoucí by měli dbát o to, aby tým nebyl přetěžován a v případě nutnosti ponechat členům týmu chvíli volna, aby nedošlo k syndromu vyhoření. Vedoucí by též měl poskytovat možnost supervize, teambuilding a podobné aktivity (Parkers a kol. 2007, s. 31-35).

Neexistuje velké množství výzkumů, které by se zabývaly fungováním multidisciplinárního týmu přímo v hospici. V zahraniční literatuře je možné nalézt větší množství takových titulů, například z výzkumu zabývajícím se úspěšnou spoluprací multidisciplinárního paliativního týmu (Jünger a kol., 2007, s. 351) vyšlo, že je pro dobré fungování týmu je důležitá pracovní atmosféra, jasně stanovené rozdělení rolí, postupů. K výkonu též přispívá optimistický přístup, identifikace s cíli a pracovní angažovanost pracovníků spojená s otevřeností a flexibilitou.

Všechny tyto prvky se objevují v MDT v HWK. Respondenti často zmiňovali dobrou pracovní atmosféru, otevřenost a optimistický přístup. V celé organizaci byly tyto prvky patrné již po krátké době v ní strávené. Optimistický přístup se objevoval i v některých momentech během rozhovoru formou vtipných poznámek. Humor byl v týmech HWK velmi silným povzbuzujícím faktorem.

V literatuře zabývajícím se managementem týmu je popsáno, že je řízen samotnými členy, kteří jsou si rovní a funguje mezi nimi důvěra a zpětná vazba (Belbin, 2013, Krüger, 2004, Meier, 2009). V týmu má každý své individuální schopnosti, se kterými může přispět. V organizaci by také neměla chybět neustálá snaha o rozvoj a zlepšení, protože to přispívá k fungování týmu (Hayes, 2005, s. 25-26).

Kritéria pro fungující týmovou práci popsané v literatuře se tedy v týmu HWK ukázaly jako splněné. Výsledky výzkumu se nezdají být příliš překvapivé, spíše potvrzují, že existence těchto prvků uvnitř týmu popsaných v literatuře, pomáhá v jeho fungování a popisuje konkrétní způsob fungování týmu v HWK. V rozhovorech se často objevovaly zmínky o tom, jak týmy pracovaly kdysi a jak se to nyní zlepšily. Vypovídá to o neustálém rozvoji celého hospice. Jako poněkud překvapivý fakt plynoucí

z rozhovorů je velice silný pocit sounáležitosti pracovníků s hospicem a také to, že pracovníci mají mezi sebou osoby, se kterými mohou důvěrně probrat své pocity a problémy, cítí-li se jimi přehlčeni. Tato pomoc členů týmů jim velice pomáhá ve zvládnání různých situací. Je možné, že tento fakt přispívá k vytváření oné „rodinné atmosféry“, pro kterou respondenti v rozhovorech někdy nedokázali najít slova a která je mnohdy velmi dojímalá. Z tohoto výzkumu se také ukázal jako klíčový výběr pracovníků do hospice, kdy každý pracovník musel splňovat mnohé osobnostní předpoklady pro to, aby v hospici mohl pracovat. Díky pečlivému výběru pracovníků se předcházelo vzniku různých konfliktů a dařilo se vytvářet dobré vztahy. Specifický způsob řízení napomáhá celému týmu i hospici poskytovat kvalitní péči.

Co se týče bariér ve fungování týmu v ČR, respondentky tvrdí, že hlavními bariérami v týmu byly nedostatečná otevřenost a důvěra v týmu. Pro dobrou spolupráci je podle nich důležitá vzájemná opora členů týmu, schopnost se na ně spolehnout a nastavená pravidla spojená i s dostatečnou svobodou pro pracovníky, aby mohli svou práci vykonávat v dostatečné kvalitě. Z literatury je možné se dozvědět nejen to, jak by mělo vypadat správné nastavení týmu, ale autoři obvykle upozorňují i na to, k čemu může vést neexistence těchto prvků. Například Parkers a kol. (2007, s. 31) zdůrazňuje potřebu, aby vedoucí týmů pečovali o tým, jinak by mohlo dojít k syndromu vyhoření. Za bariéru ve fungování týmu je tedy možné označit chybějící prvek v týmu (například nedostatečné rozdělení rolí, či nesdílení společného cíle), který je důležitý pro týmovou práci.

Z tohoto výzkumu vyplynulo, že dobré fungování MDT je velice podstatnou součástí poskytování hospicové a paliativní péče. Slabinou tohoto výzkumu může být jeho příliš široké zaměření. Ve fungování týmu hraje roli velké množství aspektů z různých oborů, například psychologie, manažerství, personalistiky a dalších. Tato práce tedy poskytuje jakýsi neúplný průřez těmito oblastmi, které v týmu působí, avšak na kterém dá vybudovat dobře fungující tým. Dle mého názoru se mi v rámci samotného výzkumu podařilo dobře splnit cíl výzkumu, tedy popsat fungování MDT v HWK a rovněž se mi podařilo zachytit prvky, na kterých je postavená dobrá spolupráce týmů v HWK. Určitou roli během získávání a zpracování dat určitě hrála jazyková a kulturní bariéra. Přestože jsem s vedením rozhovorů, jejich překladem a zpracováním neměla větší problémy, je pravděpodobné, že jsem některé myšlenky nepochopila správně, či je vůbec nezaregistrovala. I tak se však domnívám, že je tento výzkum do značné míry

originální, neboť výzkumy na obdobné téma nejsou v literatuře příliš časté, a navíc přináší zkušenost ze zahraničí. Velikým přínosem této práce může být také to, že popisuje konkrétní zařízení, ve kterém multidisciplinární tým opravdu funguje. Výzkum může sloužit jako zdroj inspirace pro to, co je v MDT hospice důležité a jak by měla spolupráce uvnitř vypadat. Myslím, že je tato práce také užitečným zdrojem pro získání poznatků přínosných pro poskytovatele hospicové a paliativní péče.

## Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje fungování multidisciplinárního týmu v hospici v USA, ve kterém jsem strávila svou dvouměsíční praxi. Jejím cílem je popsat fungování MDT v HWK, a to jak v rámci mobilního hospice, tak jeho specializovaného lůžkového zařízení Heartford House, a dále zjistit, jaké jsou bariéry a možnosti zlepšení spolupráce uvnitř obdobného týmu v České republice.

Teoretická část této práce se zaměřuje na seznámení s pojmy relevantními k tématu a základními teoriemi zaměřenými na fungování týmu. První kapitola se soustředí na vysvětlení pojmů používaných v této práci, jako je tým, interdisciplinární a multidisciplinární přístup a multidisciplinární tým. Další kapitola se zaměřuje na seznámení s hospicovou a paliativní péčí v USA, a především na popis HWK jeho služeb a týmů, ve kterém proběhl výzkum. Třetí kapitola vysvětluje hospicovou a paliativní péči a poukazuje na důležitost fungujícího MDT v rámci této péče. Taktéž je tam popsána hospicová a paliativní péče v HWK. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na samotné fungování MDT v hospici, a to především na to v čem je tým v hospici specifický, kdo patří do takovéhoho týmu, jaká by měla být role rodiny a klienta v rámci týmu a na to, jak konkrétně vypadá tým v HWK. Dále se zaměřuje na jednotlivé aspekty fungujícího týmu, jimiž jsou řízení týmu a schopnosti pracovníků. Zbývá se také tím, jaké by měly být podmínky v organizaci a kritérii pro úspěšnou spolupráci v týmu.

V empirické části je popsána metodologie výzkumu zaměřující se na cíl výzkumu, výzkumnou metodu, podrobný popis výzkumného souboru, způsob, jakým byla data zpracována a etické aspekty výzkumu. Metoda použitá v této práci je kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum se skládá ze dvou částí. První část se zaměřuje na fungování MDT a rozhovory na toto téma jsem vedla se sedmi pracovníky MDT v HWK. Respondenty byly dvě zdravotní sestry, tři sociální pracovníci, spirituální poradce a lékařka. Druhá část rozhovoru se věnovala bariérám a možnostem spolupráce takovéhoho týmu a proběhla v České republice se dvěma sociálními pracovníky dvou odlišných mobilních hospiců. Dále jsou pak popsány výsledky výzkumu a diskuze.

MDT v HWK funguje velmi dobře. Výsledky výzkumu ukazují, že členové týmu mají velmi dobrou spolupráci, každý si je vědom své role v týmu a ví na koho se s čím obrátit. Cítí se být respektováni, jejich komunikace je otevřená a případné konflikty jsou řešeny efektivně především proto, že mají společný cíl, kterým je komfort klienta v závěrečné fázi jeho života. Tým se pravidelně setkává každé ráno před výjezdem za klienty a na interdisciplinárních setkáních, kde si spolu s doktorkou ujasňují, stav klienta a jeho aktuální potřeby. Vedení hospice často pořádá společné akce pro všechny zaměstnance, kde jde především o budování vzájemných vztahů a odpočinek. Členové týmu si jsou vzájemně podporou v situacích, kdy se necítí dobře. V týmech panuje příjemná rodinná atmosféra a členové týmu oplývají specifickým druhem humoru, který i přes obtížnost práce v této oblasti přináší pracovníkům optimismus.

Bariérou ve fungování MDT podle výsledků výzkumu často bývá neschopnost pracovníků se otevřít a sdílet se se svými pocity a také nedostatečná opora v týmu. Pro zlepšení spolupráce v týmu považují respondentky za důležité mít správně rozděleny role a schopnost se na tým spolehnout. Také uvedly pevné a zároveň svobodné řízení, kdy mají být daná pravidla nastavující hranice, avšak kde by pracovníci měli mít svobodu v tom, jak si svou práci rozvrhnou a co je potřeba vzhledem k individuálním potřebám klienta.

Tato bakalářská práce tedy pomocí rešerše literatury v teoretické části a kvalitativního výzkumu konaného v hospici v USA podává obraz o důležitosti správného fungování MDT v hospici a o prvcích, které tvoří správně fungující tým a zároveň bariérách, se kterými se týmy v hospici mohou setkávat. Nevýhodou této práce je široký záběr tématu, avšak její kladnou stránkou je přinesení nových poznatků ze zahraničí do České republiky. Tato práce může posloužit k inspiraci pro vylepšení fungování MDT v hospicích v České republice. Pro další zkoumání bych doporučila provést výzkum, který by se zabýval MDT v hospicích České republiky, který by mapoval dobrou praxi a zároveň nedostatky v týmové spolupráci. Taktéž bych doporučila zkoumání konkrétnějších oblastí ve fungování MDT hospice, například samotný systém řízení a rozdělení rolí v takovýchto týmech.



## Seznam literatury

BELBIN, Meredith. 2013. *Nové obzory týmů*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 1. vyd. 144 s. ISBN 978-80-7357-893-0.

CONNOR, Stephen, R. 2007. Development of Hospice and Palliative Care in United States. *Journal of Death&Dying*.

DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7

DOMÁČÍ HOSPIC. Mobilní specializovaná paliativní péče. [online]. [cit. 2-3-2019]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pecce-v%C2%A0nemocnic\\_14847\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pecce-v%C2%A0nemocnic_14847_3801_1.html)

DUNCAN, E. a G. VIVANTI. 2013. Team Approach. In: VOLKMAR, F.R. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer. New York, NY. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3>.

ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. 2006. Společnost sociálních pracovníků ČR. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>

HAYES, Nicky. 2005. *Psychologie týmové práce*. Strategie efektivního vedení týmu. Praha: Portál. 1.vydání. 192 s. ISBN 80-7178-983-6

HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-485-4

HOSPICE ADMISSION BOOKLET. Nedatováno. Hospice of Western Kentucky.

HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY. About us. *Hospiceofwky.org*[online]. [cit. 13.2.2019]. Dostupné z: [https://www.hospiceofwky.org/about/about\\_us.html](https://www.hospiceofwky.org/about/about_us.html)

HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY. The Hartford House. *Hospiceofwky.org* [online]. [cit. 13.2.2019]. Dostupné z: [https://www.hospiceofwky.org/the\\_heartford\\_house/the\\_heartford\\_house.html](https://www.hospiceofwky.org/the_heartford_house/the_heartford_house.html)

HOSPICE OF WESTERN KENTUCKY POLICY. 2010. Hospice of Western Kentucky.

HOSPICE UK. What is hospice care? Answering questions about hospice care. *Hospiceuk.org* [online]. [cit. 15. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.hospiceuk.org/about-hospice-care/what-is-hospice-care>

HOSPICE. Co je to hospic?. *Hospice.cz* [online]. 2010. [citováno 13.2. 2019]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

HRDÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. 2017. Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě – zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder. *Fórum sociální práce*, č. 2, s. 75-80. ISSN 2336-6664.

JANKOVSKÝ, Jiří. 2015. Multidisciplinární z hlediska sociálního pracovníka. *Sešit sociální práce*, č. 3, s. 8-13. ISBN 978-80-7421-088-4.

JÜNGER, S., PESTINGER, M., ELSTNER, F., KRUMM, N. a RADBRUCH, L. 2007. Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. Departement of palliative medicine, RWTH Aachen University: Aachen. *Paliative Medicine*, č. 21, s. 347-354.

KODYMOVÁ, Pavla. 2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. *Sešit sociální práce*, č. 3, s. 5-6. ISBN 978-80-7421-088-4.

KOLAJOVÁ, Lenka. 2006. *Týmová spolupráce. Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků.* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1764-6

KOUBOVÁ, Michaela. 2018. Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste. *Zdravotnický deník*. [online]. © 2018 [cit. 3-3-2019]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujících-až-vzorné-úroveň-paliativní-péče-domovech-seniory-se-různí-zájem-ale-roste/>

KRÜGER, Wolfgang. 2004. *Vedení týmů: Jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým.* Praha: Grada Publishing. 1. vyd. ISBN 80-247-0780-2.

KÜBBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1992. *Hovory s umírajícími.* Hradec Králové: Singum unitatis. ISBN-80-85439-04-2.

LOUČKA, Martin. 2014. In: *Youtube* [online]. 14. listopadu 2014. [cit. 15-2-2019] Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=Y1YkwsJIaTk> . Kanál uživatele TEDx Talks.

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

MATOUŠKOVÁ, Ivana a Dana VRABCOVÁ. 2015. Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů. *Sešit sociální práce*, č. 3, s. 21-27. ISBN 978-80-7421-088-4.

MEIER, Rolf. 2009. *Úspěšná práce s týmem*. 25 pravidel pro týmové vedoucí a členy týmu. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2308-2

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. [online]. © 2010 [cit. 2-3-2019]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v%C2%A0nemocnic\\_14847\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v%C2%A0nemocnic_14847_3801_1.html)

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

NANCARROW, S., ENDERBY, P., ARISS, S., SMITH, T., BOOTH, A., VAMPBELL, M., CANTRELL, A. a S. PARKER. 2012. *The Impact of Enhancing the Effectiveness of Interdisciplinary Team Working*. National Institute for Health Research Delivery and Organisation Program.

NATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ORGANIZATION. 2018. *Facts and Figures*. Hospice care in America. Alexandria, VA. Dostupné z: [https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2017\\_Facts\\_Figures.pdf](https://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2017_Facts_Figures.pdf)

PARKES, C. M., RELF, M. a A. COULDRICK. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.

PETRÁČKOVÁ, Věra a Jan KRAUS. *Akademický slovník cizích slov*. II. díl, L-Ž. Praha: Academia, 1995, s. 446-834. ISBN 80-200-0524-2.

PSTRUŽINA, Karel. *Atlas filosofie vědy ((Fond rozvoje MŠMT F5 1747/1999) (Fond rozvoje MŠMT F5 1588/2002)).* [citováno: 21.12.2019.] Dostupné z: <https://nb.vse.cz/kfil/win/atlas1/interdis.htm>

RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. 2009. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě.* Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-1-2

SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M. a L. KABELKA. 2013. *Standardy paliativní péče.* Česká společnost paliativní medicíny. České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

SMITH, T., CROSS, E., ARISS, S., NANCARROW, S., ENDERBY, P. a A. BLINSTOT. 2012. *Interdisciplinary management tool – Workbook.* Southampton: National Institute for Health Research Delivery and Organisation Program. Dostupné z: [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_A2\\_08-1819-214\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_A2_08-1819-214_V01.pdf)

*Sociální práce/ sociální práca.* [online]. 2010, č.2 [cit. 15-2-2019]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: [http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet\\_web-100624191633-140219132801.pdf](http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf)

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

TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁKOVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 80-85439-04-2.

VOLUNTEER TRAINING MANUAL. [nedatováno]. Hospice of Western Kentucky. [cit. 19.2.2019]

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a POSPÍŠILOVÁ, Y. 2004. *Paliativní medicína.* 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. 537 s. ISBN 8024702797.

Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4733. Dostupný také z: [http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)

# Přílohy

Příloha č. 1 Organizační struktura

## Hospice & Palliative of Western Kentucky Heartford House . Home . Palliative Care

