

Jihočeská universita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta

Bakalářská práce

**ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA
V MULTIDISCIPLINÁRNÍM HOSPICOVÉM TÝMU**

Autor práce: Erika Lišková
Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Ehrlichová
Studijní program: Sociální a charitativní práce

2022

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 14. března 2022.

Erika Lišková

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Magdaleně Ehrlichové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

Úvod.....	5
1. Hospicová paliativní péče	7
1.1 Paliativní péče	7
1.1.1 Vymezení pojmu paliativní péče	7
1.1.2 Formy paliativní péče	8
1.2 Hospicová péče	9
1.2.1 Formy hospicové péče	11
1.3 Problematika financování hospicové paliativní péče	12
2. Sociální práce v hospici.....	14
2.1 Základní potřeby umírajících	14
2.2 Sociální práce s umírajícími	16
2.3 Sociální práce s rodinnými příslušníky a pozůstalými.....	17
2.3.1 Sociální práce s rodinnými příslušníky.....	17
2.3.2 Sociální práce s pozůstalými.....	18
2.4 Činnost sociálního pracovníka v hospici.....	20
3. Multidisciplinární tým	21
3.1 Základní principy multidisciplinární spolupráce.....	21
3.2 Multidisciplinární spolupráce v hospici	22
3.2.1 Členové MDT v hospici.....	23
3.3 Role sociálního pracovníka v MDT v hospici.....	25
4. Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu domácího hospice sv. Markéty	27
4.1 Charakteristika organizace	27
4.2 MDT v domácím hospici sv. Markéty	27
4.3 Role sociální pracovníce v MDT v domácím hospici sv. Markéty.....	29
4.3.1 Náplň práce sociální pracovníce v domácím hospici sv. Markéty. 29	
4.3.2 Postavení sociální pracovníce v MDT domácího hospice sv. Markéty.....	30
Závěr.....	32
Seznam literatury	34
Seznam zkratk	36
ABSTRAKT	37
ABSTRACT	38

Úvod

Péče o nemocné a umírající doprovází lidstvo ve všech historických obdobích, i když se značně lišila v jednotlivých etapách. Záleželo na filozofickém myšlení a medicínských znalostech konkrétní doby. Vzniku moderní hospicové a paliativní péče předcházela vývoj od středověkého léčení a budování špitálů významnými ženami středověku, přes charitativní aspekty devatenáctého století.¹ Solidarita byla v lidech silně zakořeněna díky náboženství, které pronikalo hluboko do oblasti společenské praxe člověka.

Dříve byla smrt považována za přirozenou součást života. Se smrtí se rodiny setkávaly častěji než jak je tomu dnes. Ještě v počátcích 20. století, kdy byla horší dostupnost lékařské péče, zvláště na venkově, i hlubší spirituální vnímání lidského života, umožňovaly, že lidé běžně umírali doma, v blízkosti svých drahých. V dnešní době se stala smrt medicínskou záležitostí zdravotnických a sociálních zařízení. Moderní lékařské vybavení dokáže bojovat se závažnými onemocněními, proto nahlížení na smrt začalo být nežádoucí a vnímáno jako prohra či selhání lékařské péče. Smrti jsme se začali bát a v době jejího příchodu začali spoléhat na záchranu života a bojovat za oddálení smrti všemožnými dostupnými prostředky.

Umírající, doprovázející a truchlící jsou skupinou, která se může zdát v sociální práci potlačovanou. Důvodem je pohled na smrt a umírání postmoderní doby. Zatímco v tradiční společnosti bylo umírání součástí každodenního života, spjaté s vírou, společenstvím a rituály, dnes se na smrt nahlíží jako na něco nechtěného, co je třeba odsunout stranou a eliminovat ze života. Přitom dnešní člověk vidí a sleduje smrt mnohonásobně častěji, i když bez osobního kontaktu. Nic není tak jisté jako smrt. Umět se na ni připravit a podpořit umírající a jejich blízké v této těžké chvíli, by mohlo lidem pomoci změnit pohled na smrt, která nemá být něco ošklivého, co je třeba vytlačit, ale uvědomit si naši křehkost a zranitelnost. Úcta k člověku, brát umírajícího stále jako lidskou bytost, vyžaduje sociální citění. Proto součástí sociální práce je pomoci této skupině lidí v jejich krizové situaci a nenechat je na jejich těžké cestě samotné. Postup, s jakým přistupuje sociální práce k umírání, zármutku a smrti, je zásadní pro míru humánnosti a sociálního citění společnosti. Ten, kdo umírá, nechce být na této těžké cestě opuštěný.

Hospic přichází s myšlenkou, nebát se smrti a znovu ji začlenit do našich životů. Nebát se být našemu drahému oporou v poslední chvíli jeho života, protože to je nejdůležitější, co umírající potřebuje. Blízkost milovaného, vidět jeho tvář a cítit jeho dotek. Multidisciplinární tým v hospici pomáhá umírajícím a jejich rodinám přijmout realitu smrti, podporuje doprovázející v jejich nelehké situaci a laskavou péčí pomáhá umírajícím.

K sepsání bakalářské práce mě motivoval výkon školní praxe v Domácím hospici sv. Markéty ve Strakonici. V pomoci klientům v nelehké životní situaci jakou je umírání, nalézám smysl a poslání.

Cílem této bakalářské práce je vymezit roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu. Objasnit, co je obsahem sociální práce v hospici a jaká je náplň práce sociálního pracovníka v hospici. Představit, v čem se jeho práce prolíná s činností ostatních členů týmu, a popsat, jaké postavení sociální pracovník zaujímá vzhledem k ostatním členům multidisciplinárního týmu.

Jako postup k dosažení cíle jsem si zvolila rešerši literatury. V jednotlivých kapitolách se věnuji tématům hospicové péče, sociální práci v hospici a multi-

¹ Srov. KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*, Praha 2018, s. 18.

disciplinárnímu týmu v hospici. Role sociálního pracovníka je zasazena do jednotlivých kapitol, které jsou stěžejní pro objasnění cíle mé práce.

V první kapitole je vysvětlen pojem paliativní a hospicové péče a jejich rozvoj v České republice. Jsou zde popsány formy paliativní péče, přechod mezi nimi a jejich provázání s hospicovou péčí. V druhé části kapitoly je pozornost věnována legislativě, kterou se české hospice řídí. Dále jsou popsány formy hospicové péče a možnosti jejich využití. Problematické financování hospicové paliativní péče vnímám jako zásadní pro její další možný rozvoj. Aby mohla být komplexní péče o klienty poskytována na profesionální úrovni, je potřeba věnovat pozornost tématu financování a jak podpořit fungování hospicové paliativní péče. Tomuto problému se věnuji v závěru první kapitoly.

Na konci 20. století se začala rozvíjet hospicová péče v České republice. Hospicové hnutí se prvořadě rozvinulo bez účasti sociálních pracovníků, do hospicové péče se prosazovala postupně. Obor sociální práce nebyl v hospicové a paliativní péči pevně definován a své pole působnosti si tak nalézal postupně. Jaké služby nabízí sociální pracovník v hospici a co se od něj očekává, je uvedeno v druhé kapitole. Dále jsou v kapitole popsány základní potřeby umírajících a cíle sociální práce při práci s umírajícími, rodinnými příslušníky a pozůstalými.

Práce multidisciplinárního týmu sehrává v péči o klienta nepostradatelnou úlohu, a to v poskytnutí komplexní péče, která pomáhá dožít klientův život v co nejvyšší kvalitě. Třetí kapitola je zaměřena na činnost multidisciplinárního týmu v hospici, vymezuje základní principy jeho práce a dále jsou v této kapitole popsány základní činnosti jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. V poslední části kapitoly je popsáno, jaké postavení v něm připadá sociálnímu pracovníkovi.

V závěru práce představuji konkrétní příklad týmové spolupráce v Domácím hospici sv. Markéty ve Strakonících a roli sociálního pracovníka v něm.

Hlavní zdroje, o které se opírám v této bakalářské práci jsou, Bydžovský J. a kol. Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči, Kupka M. Psychosociální aspekty paliativní péče, Student J. Ch. Sociální práce v hospici a paliativní péče a Svatošová M. Hospic: Umenie sprevádzať.

Na tomto místě bych chtěla vyjasnit používání slova klient vs. pacient. Jedná-li se o člověka, kterému je nabízena zdravotní péče, jedná se o pacienta, a tak ho budu označovat i v textu mé práce, kde se věnuji péči o pacienta ze zdravotního hlediska. Budu-li však na toho samého člověka nahlížet z pohledu sociální práce, stává se klientem. Proto toto označení budu používat tam, kde o klientovi píším z pohledu sociální práce.

1. Hospicová paliativní péče

V této kapitole nejdříve vymezím pojem paliativní péče, její typy a formy, poté se zaměřím na péči hospicovou, ve které popíši hospicovou paliativní péči a formy hospicové péče. Část této kapitoly je věnována péči o pacienta v terminálním (tj. nevléčitelném, konečném) stadiu nemoci a jeho potřebám. Závěr této kapitoly věnuji problematice a legislativě v hospicové paliativní péči.

1.1 Paliativní péče

Slovo paliativní pochází z latinského slova *palliare*, což znamená „přikrýt pláštěm“. Etymologicky lze tedy vysvětlit, že úkolem paliativní péče je přikrýt hojivým pláštěm a zmírnit bolest. Poskytnout ochranný plášť těm, pro které není možná pomoc kurativní léčbou (tj. vyléčení pacienta).²

Paliativní péče se začala rozvíjet až v druhé polovině 20. století ve Spojených státech, v České republice až po roce 1989. Jedná se tedy o mladý obor s poměrně krátkou historií.³

Paliativní léčba byla dříve vnímána jako léčba nabízející se lidem v terminálním stadiu nemoci, ale později se nabízela tato péče už v dřívějším stadiu progredující (tj. postupující) nemoci.

1.1.1 Vymezení pojmu paliativní péče

V současnosti představuje paliativní péče jeden z nejdynamičtější se rozvíjejících oborů medicíny. V globálním kontextu prokázala paliativní péče, že je nedílnou součástí moderních lékařských postupů. Rozvoj paliativní péče podporuje rovnováhu mezi akutní medicínou a návaznou, dlouhodobou a terminální péčí o pacienty.⁴

Světová zdravotnická organizace v roce 2002 definovala paliativní péči jako „*přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.*“⁵

Kisvetrová vymezení pojmu paliativní péče dále rozpracovává a uvádí, že „*Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. (...) Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti. (...)*“⁶

Paliativní péče nabízí komplexní péči pacientovi, jehož nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Paliativní léčba se používá ve všech oborech lékařství. Může být poskytována onkologicky nemocným pacientům v terminální fázi života, pacientům v konečné fázi závažného nenádorového onemocnění, ale také pacientům v dlouhodobě nepříznivém a nezlepšitelném zdravotním stavu, který se zhoršuje. Primární snahou je zmírnit obtíže pacienta tak, aby nedošlo k nežádoucím účinkům na jeho celkový stav. Paliativní péče je poskytována těm, jejichž léčba se neskládá z podávání léků, které by napomohly vyléčení, ale jedná se o léčbu, která pomáhá pacientovi mírnit bolest, a tím se snaží o zkvalitnění zbývajících života.

² Srov. *O organizaci paliativní péče* [online], s. 21.

³ Srov. STANÍČKOVÁ, Z. *Paliativní péče* [online].

⁴ Srov. KABELKA, L., SLÁMA, O., LOUČKA, M. *Paliativní péče v České republice* [online], s. 5.

⁵ *O organizaci paliativní péče* [online], s. 22.

⁶ KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*, s. 13.

Pacient, který odchází ze života, si zaslouží, aby se s ním zacházelo důstojně. Pojem důstojné dožití znamená nenechat pacienta trpět nesnesitelnou bolestí, zbytečně neprodlužovat život, jsou-li vyčerpány všechny způsoby léčby, a usilovat o naplnění individuálních potřeb pacienta, které by mu napomohly k lepšímu zvládnutí své nemoci. Paliativní péče bere ohled na specifické potřeby nemocného, které vyžadují odborný přístup širokého multidisciplinárního týmu, pečujícího nejen o pacienta, ale i o jeho rodinu.

Staníčková uvádí, že paliativní péče se orientuje na pacienta, respektuje jeho přání a cíle, vždy pomáhá pacientovi, neurčuje smrt, snaží se, aby léčba pacientovi neškodila, smysluplně využívá možných prostředků, času a zdrojů a klade důraz na vhodné časování.⁷ To znamená, aby se všechny prostředky spojené s léčbou (podání léků, sdělování dalších informací o průběhu nemoci, atd.) neuskutečňovaly moc pozdě nebo moc brzy. Zajištění psychické pohody, může zdravotní stav pacienta kladně ovlivnit. Proto se v paliativní péči hledí na naplnění pacientových potřeb ve všech oblastech, tedy v biologické, psychologické, sociální i spirituální oblasti. (viz kapitola 2.1).

Každé chronické onemocnění psychicky a sociálně traumatizuje svého nositele. Proto je součástí paliativní péče psychoterapie, která si klade za cíl zlepšení kvality života po všech stránkách. Paliace se snaží o zmírnění symptomů, proto klade důraz na dokonalou terapii bolesti.⁸

Podle světové zdravotnické organizace lze do hlavních zásad paliativní péče zahrnout:

- poskytnutí úlevy od bolesti a dalších symptomů,
- podporu života – umírání chápe jako přirozený proces, smrt neurčuje, ani neodkládá,
- péčování o psychologické a duchovní potřeby pacienta,
- podporování aktivního života až do smrti,
- podporování a nabízení rodině psychologické poradenství,
- paliativní péči lze použít i včasné fázi onemocnění s cílem prodloužení života, například chemoterapií či radioterapií.⁹

Podobně píše o podpoře paliativní medicíny i další autoři, např. Sláma et al. doplňují, že obsahem paliativní péče je, kromě výše uvedeného, i snaha zajistit takové podmínky, aby nemocný mohl prožít zbytek svého života ve společnosti svých blízkých, nabízí pomoc pozůstalým a pomáhá zvládat zármutek v době umírání, i po smrti blízkého člověka.

1.1.2 Formy paliativní péče

Kisvetrová rozděluje paliativní péči podle stupně komplexnosti na obecnou a specializovanou paliativní péči.

Obecná paliativní péče – je založena na dobré klinické praxi, která je poskytována zdravotnickým personálem s různou odborností, jako jsou ambulantní specialisté, praktičtí lékaři anebo různé ošetrovatelské týmy. Základem je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění a nastavení vhodné komplexní

⁷ Srov. STANIČKOVÁ, Z. *Paliativní péče* [online].

⁸ Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha 2014, s. 27.

⁹ Srov. *O organizaci paliativní péče* [online], s. 22 – 23.

péče (léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče, využití služeb ostatních specialistů, apod.)

Kvalita obecné paliativní péče je ovlivněna vzděláním pracovníků v oblasti paliativní péče, úrovní komunikace s pacientem a jeho rodinou, možností zvolit si místo, kde by chtěl být pacient léčen, jestli v domácím, či institucionálním prostředí. Obecná paliativní péče může být poskytována v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní, následné i dlouhodobé péče, jako jsou LDN – léčebny pro dlouhodobě nemocné, anebo domovy pro seniory.

Pracoviště *specializované na paliativní léčbu* jsou personálně složena z interdisciplinárního týmu odborníků, kteří disponují vzděláním v oblasti paliativní péče. Tento typ péče je určen pacientům, kteří trpí komplexními problémy, nejen zdravotními, ale i sociálním strádáním, psychologickými nebo duchovními problémy, které by byly těžko řešitelné v jiných zdravotnických zařízeních. K tomu je zapotřebí týmového přístupu s interdisciplinárním způsobem práce. Specializovaná paliativní péče se poskytuje například v ambulanci paliativní péče, anebo v lůžkových a v mobilních hospicích.¹⁰

Sláma et al. uvádí, že přechod obecné paliativní péče ke specializované by měl být plynulý, dále popisují základní organizační formy specializované paliativní péče:

- Mobilní specializovaná paliativní péče – paliativní péči nabízí mobilní hospice, kteří garantují trvalou dostupnou péči 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Nutná je spolupráce rodiny, která se podílí na péči o pacienta.
- Lůžkové zařízení hospicového typu – je forma lůžkové specializované paliativní péče ve zdravotnickém zařízení hospicového typu. Obdobně jako mobilní hospice poskytují komplexní zdravotní, sociální, psychologickou a spirituální péči.
- Oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotních zařízení – pečují o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a zároveň potřebují pro diagnostiku a léčbu komplement nemocnice. Oddělení paliativní péče má v nemocnicích velkou edukační roli (tj. vzdělání v oblasti paliativní péče) a slouží jako základna pro konziliární paliativní tým.
- Konziliární tým paliativní péče v rámci lůžkového zdravotnického zařízení se skládá minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen. Tým ovlivňuje kvalitu paliativní péče a přispívá k postupné edukaci.
- Denní stacionář paliativní péče – jinak jej lze také nazvat denním hospicovým stacionářem, který funguje tak, že ráno je pacient přijat a odpoledne nebo večer se vrací domů. Důvodem přijetí může být odlehčovací, psycho-terapeutická nebo rehabilitační pomoc.¹¹

1.2 Hospicová péče

Slovo hospic pochází z latinského *hospitium*, což v překladu znamená „útulek“. Již ve středověku existovaly přístřešky či útulky, kde si poutníci mohli odpočinout při dlouhé cestě. Takové zařízení vedl člověk, který rozuměl základním zdravotním dovednostem. Těhotné ženy zde mohly porodit a choří buď se uzdravit a pokračovat

¹⁰ Srov. KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*, s. 14 a 34.

¹¹ Srov. SLÁMA O., KABELKA L., VORLÍČEK J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, Praha 2011, s. 31 – 32.

v cestě nebo v klidu zemřít. Tento typ hospice časem zanikl a až v 18. století znovu ožil jako místo, kde mohli umírající dožít s ohledem na specifickou formu péče.¹²

V České republice začala hospicové hnutí propagovat v 90. letech 20. století MUDr. Marie Svatošová v rámci domácí zdravotní péče, v roce 1996 se jí podařilo otevřít první český hospic. Další hospice jej následovaly. Hospice u nás zakládají sdružení a církevní organizace, obecně prospěšné společnosti a příspěvkové organizace regionální samosprávy.¹³

Dnes jsou hospice zřizovány soukromoprávními subjekty a o jejich působnosti rozhodují dva státní resorty, Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Hlavní legislativní prameny, kterými se hospice řídí, jsou Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve kterém § 44a uvádí, že hospic poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stadiu, a to ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dále hospic nabízí služby i osobám blízkým a poskytuje další navazující služby, stanovené jinými právními předpisy.¹⁴ Podle zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, se podle § 13 hradí zdravotní péče poskytnuta pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení.¹⁵ Dále poskytuje odlehčovací služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 44. Podle téhož zákona § 37 je vykonávána poradenská služba zajišťující základní poradenství ohledně možných příspěvků a služeb.

Kisvetrová hospicovou péči definovala jako péči, která se „zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní. Doma, v rámci denní péče či v hospici se pečuje o osobu, která se nachází na konci svého života, stejně jako o ty, kdo tuto osobu milují. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj.“¹⁶

Hospicová péče je jednou z forem paliativní péče, kterou poskytuje multidisciplinární tým (nabízí lékařskou, ošetrovatelskou, rehabilitačně-ošetrovatelskou péči a poradenskou činnost) nevléčitelně nemocným pacientům v preterminálním a terminálním stavu, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby.¹⁷ V hospicové péči se zohledňují bio-psycho-spirito-sociální potřeby klienta, obdobně jako je tomu i u paliativní péče.

Hospic nemusí být chápán pouze jako institut, ale rovněž jako typ péče, se specifickým přístupem k umírajícímu, při kterém se klade důraz na odstranění fyzického strádání, i na zmírnění duchovních strastí, spojených s blížící se smrtí.¹⁸ Hospic tedy poskytuje kromě zdravotních služeb i výraznou sociální podporu pacientovi a jeho rodině. Smrt a umírání je zde považováno za normální proces, smrt se nesnaží urychlit, ale usiluje se o maximální kvalitu života až do konce.¹⁹

¹² Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 30.

¹³ Srov. TOMEŠ I., DRAGOMIRECKÁ E., SEDLÁROVÁ K., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, Praha 2015, s.39 – 40.

¹⁴ Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

¹⁵ Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁶ KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*, s. 15.

¹⁷ Srov. TOMEŠ I., DRAGOMIRECKÁ E., SEDLÁROVÁ K., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 38.

¹⁸ Srov. Tamtéž, s. 13 – 14.

¹⁹ Srov. Tamtéž, s. 38 – 39.

Základní myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, a v posledních chvílích života nezůstane sám.²⁰

Svatošová o hospici uvádí, že je to místo, kde se léčí. Nikoliv však nemoc, ale celá lidská bytost, která je ve své podstatě spirituální. Léčí se člověk, který se učí nalézt úctu k sobě samému. Naskytuje se zde prostor pro nalezení pokory, ztráty egoismu a sobectví. Západní civilizace se v průběhu sekularizace stala slepou vůči hodnotám, která je neschopna rozpoznat podstatné věci. Honba za úspěchem a ziskem přináší otroctví, ve kterém nejvíce trpí láska, vděk a tolerance. Léčí se zde ne jen pacient, ale celá jeho rodina. Lidé si v prostředí hospice začínají uvědomovat žebříček hodnot.²¹

1.2.1 Formy hospicové péče

Podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče se rozlišují tři typy hospicové péče – lůžkový hospic, domácí hospic a denní hospicový stacionář.

A *Lůžkový hospic*

Do lůžkového hospice jsou pacienti přijímáni, trpí-li nevléčitelným onemocněním, a které jejich progredující choroba ohrožuje na životě. Postup onemocnění je nezastavitelný a v dohledné době vede ke smrti. Proto pacientům musí být poskytnuta intenzivní paliativní péče a léčba.

Přijetí do lůžkového hospice určuje lékař, podle naléhavosti zdravotního stavu nemocného. Podmínkou je plný informovaný souhlas nemocného, kterým dává najevo, že je mu známa jeho situace. Tento souhlas umožňuje snadnější cestu pro zahájení terapeutického působení, jehož cílem je provést umírajícího člověka v závěrečné velmi nelehké etapě jeho života a umožnit mu dojít ke klidu a smíření.²²

Pro hospic je typická rodinná atmosféra. Návštěvy nejsou časově omezeny, a proto je každý pokoj vybaven sociálním lůžkem pro rodinné příslušníky, kteří u nemocného mohou zůstat tak dlouho, jak pacient potřebuje. Nemocného ošetřuje personál, záleží na návštěvě, jestli se chce na ošetřování podílet anebo pacienta pouze doprovázet.²³

Denní režim je volný, čímž se liší od nemocnice. Vždy záleží na individuálních potřebách pacienta, které jsou důležité pro zlepšení kvality života v době umírání.

B *Domácí hospic (mobilní hospic)*

Umožňuje dožít umírajícím lidem svůj život ve vlastním domově a strávit tak poslední chvíle života v rodinném kruhu, kde se mohou spolehnout na podporu rodiny. Domácí hospic proto nabízí svoji pomoc nejen nemocným, ale i pečujícím a podporuje je v jejich péči o nemocného. Klientům je poskytnuta komplexní domácí péče a nabízí psychickou, zdravotnickou i ošetrovatelskou pomoc.²⁴ Hospic odpovědně přejímá a ručí za celostní péči o umírajícího člověka a jeho nejbližší. Domácí hospic je odpovědný za péči a odbornou léčbu bolesti.²⁵ Tým pracovníků hospice dle potřeby navštěvuje pacienta doma, a to 7 dní v týdnu, 24 hodin denně.

²⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzat'*, Bratislava 2001, s. 24.

²¹ Srov. Tamtéž, s. 31.

²² Srov. Tamtéž, s. 34.

²³ Srov. Tamtéž, s. 41 – 45.

²⁴ Srov. KUPKA, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 31.

²⁵ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, Praha 2006, s. 95.

Pečovat o umírajícího v domácím prostředí se může časem stát pro rodinu velmi náročnou záležitostí. Existuje proto možnost využití denního hospicového stacionáře.

C Denní hospicový stacionář

Jedná se o zařízení, do kterého dochází pacient formou denních návštěv, v odpoledních nebo večerních hodinách se vrací domů. Tento typ péče je určen pouze pro pacienty v blízké dojezdové vzdálenosti hospice.

Cílem denního stacionáře je poskytnout těžce nemocným a umírajícím možnost rozvíjet a aktivizovat své momentální schopnosti, aby mohli objevit sami sebe a zůstat sami sebou v chráněném prostředí.

Denní hospicový stacionář může mít rehabilitační charakter, protože pomáhá znovu navracet těžce nemocné do společenských vztahů, umožňuje nové vztahy s lidmi v podobné situaci, posiluje sebevědomí u nemocných, aby se mohli cítit jako plnohodnotní členové společnosti a vrací umírajícím lidem část kontroly nad vlastní situací. Tyto nabízené možnosti posilují u umírajících pocit vlastní hodnoty a navrácí jim určitou důvěru do budoucna, i když to však neznamená uzdravení se ze stávající nemoci.²⁶

Důvodů využití denního stacionáře může být několik. Například léčení bolesti, kterou není možné zvládnout doma, nebo nastavení jiného postupu paliativní léčby. Náročná péče o nemocného může vést k vyčerpání rodiny. Stacionární hospicová péče proto slouží i jako prevence k zabránění konfliktních situací, ale i jako místo, kde se pacient nemusí bát otevřené komunikace o svých pocitech, které mohou být v rodině problémovou bariérou.²⁷

1.3 Problematika financování hospicové paliativní péče

Hospice se nachází na rozmezí mezi zdravotnickým a sociálním zařízením. V české legislativě chybí koncepční přístup v nazírání na oblast hospicové paliativní péče jako na oblast poskytování zdravotní a sociální péče současně.²⁸ O působnosti hospiců rozhodují dva státní resorty MZ a MPSV. Chybí mezi nimi koordinace a pravidla pro společné financování hospiců ze státního rozpočtu.

Zdravotní složka paliativní péče je hrazena zdravotními pojišťovkami. Náklady na kompletní hospicovou péči (lékařskou, ošetrovatelskou a veškeré služby) jsou díky zdravotním pojišťovnám pokryty z 50-60%. Úhrada sociální složky je v této péči stále nedořešena. Část je hrazena z příspěvku na péči, ze kterého si klient hradí služby hospice (ten však přináší problematiku včasného vyplácení příspěvku. Pacienti, kteří splňují všechny potřebné náležitosti k poskytnutí příspěvku je často nestihnou vyčerpat, protože zemřou dříve, než se je podaří schválit a rodina tak přichází o výrazný zdroj příjmu).²⁹ Výše za úhradu poskytovaných služeb je úměrná příjmu klienta tak, aby byla hospicová péče dostupná každému, kdo o ni požádá. Pro úplné pokrytí výdajů hospice je tak nutné zajistit další způsoby financování. Hospice jsou dále financovány z dotací MPSV, v některých případech přispívají kraje a obce. Důležitou část financování tvoří dary od sponzorů, nadací a fyzických osob.

Zatím je neochota českých pojišťoven více podpořit financování hospicové a paliativní péče vzhledem k legislativě a stanoveným podmínkám financování. Asociace hospiců se proto aktuálně snaží prosadit do legislativy novou formu terénní

²⁶ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 98 – 99.

²⁷ Srov. KUPKA, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 32.

²⁸ Srov. TOMEŠ I., DRAGOMIRECKÁ E., SEDLÁROVÁ K., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 49 – 50.

²⁹ Srov. Tamtéž, s. 50.

paliativní péče a zajistit její financování. Vede další jednání s MZ a zdravotními pojišťovnami o možných jiných způsobech úhrad tak, aby bylo možné u klientů rozvinout skutečnou komplexní paliativní péči.³⁰

³⁰ Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online].

2. Sociální práce v hospici

Hospicová sociální práce se zabývá celostní, biopsychosociální perspektivou klienta, ve které je zohledněna celá osoba v jejím životě a životní situaci. Sociální práce v hospici je v kompetenci především sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního týmu, který zajišťuje klientům kvalitní celostní péči.³¹

Mezi charakteristické oblasti sociální práce v hospici patří:

- Podpora umírajících a jejich nejbližších – přijmout situaci umírání a podporovat komunikaci (sdělovat svá přání, pocity i obavy, aby bylo možné společně projít procesem umírání až dokonce).
- Poskytnutí umírajícím materiální, finanční, pečovatelské, lékařské a komunikační prostředky pomoci.
- Doprovázení a podpora pozůstalých, pomáhat jim s lepším zvládnutím všedního života.

Sociální práce v hospici se nevěnuje pouze umírajícím, jejich rodinám a truchlícím, ale dále prezentuje zájmy hospice na veřejnosti. Snaží se přivést smrt a umírání zpět do povědomí veřejnosti, rozšiřuje myšlenky hospice prostřednictvím kontaktů s jinými službami, nemocnicemi, domy s pečovatelskou službou či pečovatelskými službami, školkami, školami, pohřebními službami, církevními farnostmi i politickými stranami a působí edukačně.³²

2.1 Základní potřeby umírajících

Hospicovou péčí využívají klienti v terminálním stadiu nemoci, kdy se v dohledné době předpokládá smrt klienta. Péče je nabízena v době posledních dnů, týdnů, maximálně měsíců života. S tím souvisí péče, která je klientům poskytována. Jedná se o celostní přístup složený z péče o zdravotní, sociální, duševní a duchovní stránku umírajícího. Nelze některou složku vyzdvihnout před ostatními, protože v závěru života jsou všechny stejně důležité, umožňují klientům kvalitně dožít. Péči klientům poskytují pracovníci multidisciplinárního týmu hospice, na základě jejich individuálních potřeb.

Potřeby lidí se v průběhu života mění, u těžce nemocných se hledí na naplnění potřeb biologických, sociálních, psychologických a spirituálních. Ze začátku mohou být důležité potřeby biologické, v poslední fázi života se do popředí zájmu dostávají potřeby duchovní.³³

Umírání dává možnost k přehodnocení žebříčku hodnot. Když se tato příležitost správně pochopí, může se nemoc stát tím nejnplodnějším a nejcennějším úsekem života. Oduštění křivd může být vrcholným bodem, který dá zpětně smysl předcházejícímu životu.³⁴ Co si umírající pacient nejvíc přeje, po čem nejvíce touží a potřebuje, je láska a naděje.³⁵ Pozitivní emocionální stimuly mohou napomoci ke zlepšení zdravotního stavu a pozitivně ovlivnit práh bolestivosti.³⁶

³¹ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 110.

³² Srov. Tamtéž, s. 110.

³³ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzat'*, s. 46.

³⁴ Srov. Tamtéž, s. 22.

³⁵ Srov. SIEBEROVÁ, J. *Hospic: Příběh naplněné naděje*, Praha 2016, s. 50.

³⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzat'*, s. 19.

A *Biologické potřeby*

Prvořadě musí být uspokojovány biologické potřeby. Student uvádí, že nejčastějším přáním klientů je zemřít bez bolesti.³⁷ Základní princip paliativní péče je proto tišení bolesti, tzn. zabránit jejímu návratu. Mezi biologické potřeby spadá vše, co potřebuje tělo klienta, tedy příjem potravy a tekutin, hygiena, pohyb, vylučování a spánek. Fyzický dotek je na konci života stejně důležitý jako na jeho začátku a měl by se stát součástí péče.³⁸

B *Sociální potřeby*

Klient, který je kvůli nemoci upoután na lůžko, ztrácí svůj sociální kontakt s okolím. Abstinence od běžných úkonů, ztráta společenské prestiže, ztráta role v rodině, ztráta sociálního kontaktu, které každodenně ovlivňovaly emoce, a tedy i celkový duševní stav klienta, mají za následek sociální izolovanost. Nejsilnější obavou je obava ze samoty. Nemocní mají strach, že zemřou osamoceni, bez možnosti být při umírání obklopeni svými nejbližšími.³⁹ Proto se v hospicové péči dbá na co nejčastější kontakt s rodinou a blízkými.

Umírající člověk by měl mít možnost vyslovit svá přání a obavy týkající se nadcházející smrti. Mnoho nemocných nechce svými obavami zatěžovat své nejbližší, proto zde sehrává významnou roli multidisciplinární tým, který vyslechne i ty nejnaternější obavy umírajícího.

Nemocný nacházející se na konci života by měl mít možnost projevit své city, které se nejčastěji týkají jejich nejbližších. Proto by jim měli naslouchat především členové rodiny.

Umírající často zažívají úzkost z představ o nedokončené práci a nepředaných informacích svým příbuzným. Důležité je, aby byli s klientem tyto obavy probrány a nastínila se možná řešení. Umírající je potřeba uklidnit, že po jejich odchodu bude vše zvládnuto.

Umírající by měl mít možnost se rozloučit se svými nejbližšími, ti by měli umírajícímu dovolit „odejít“.⁴⁰

C *Psychické potřeby*

Umírající vnímají jako důležité mít naplněné potřeby jistoty, bezpečí, lásky, sebeúcty a seberealizace. Pocit bezpečí a jistoty přináší pacientovi menší potřebu neustále volat ošetřovatele a domáhat se jejich péče. Člověk, který se cítí nejistě, pociťuje větší bolest. S tím souvisí problém pravdy, znát informace o svém zdravotním stavu a vědět o dalších postupech následné péče.⁴¹

Nemocný potřebuje vědět, že je milován, aby i on mohl milovat. U nemocného se často střídají emoční nálady – vztek, vzpoura, dohadování, lítost. Tyto nálady se mohou měnit i několikrát denně.⁴² Při umírání je důležité být smířený s odchodem. Být připravený odejít.⁴³

³⁷ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 37.

³⁸ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče v geriatрии*, Ostrava 2019, s. 56.

³⁹ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 36 – 37.

⁴⁰ Srov. MILEROVÁ, J. Komunikace s umírajícím, In BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, 2015, s. 32 – 33.

⁴¹ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče v geriatрии*, s. 56.

⁴² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzat'*, s. 17.

⁴³ Srov. SIEBEROVÁ, J. *Hospic: Příběh naplněné naděje*, s. 73.

Zdravotníci, ale i rodinní příslušníci, pomáhají nemocnému zbavit se napětí tím, že mu umožní se projevit (např. pláčem). Možnost vyslechnout nemocného je daleko účinnější než radit. Tím se nemocný může zbavit trápení a uvolnit se.⁴⁴

Zachovat důstojnost a úctu nemocného, přes všechnu jeho zvyšující se slabost, patří k nejvyšší hodnotě spojené s podmínkou zachovat kvalitu života až do konce. Potřeba plánovat, třeba jen maličkosti, přináší nemocnému pocit naděje a potřebu užitečnosti.⁴⁵

D Duchovní potřeby

V závěru života, kdy už kurativní léčba selhala, se klienti často začínají ptát po smyslu života. Duchovní otázky mohou mít nejen věřící, ale i lidé neinklinující k žádné víře. Rovněž mohou být lidé přesvědčeni o tom, že smrtí život končí a nic dalšího už není. Transcendentální myšlenky pomáhají klientovi pochopit význam jejich nemoci, utrpení a vyrovnat se s realitou smrti. Naopak jejich neřešená duchovní bolest může přispět k celkovému utrpení.⁴⁶

K duchovním potřebám také patří porozumění rodinným vztahům a hledání odpuštění sám sobě i druhým.⁴⁷ Klienti mnohdy touží po rozloučení nebo posledním projevu lásky se svými blízkými, než odejdou z tohoto světa. Obavy z bolesti a osamocení jsou zcela na místě. Někdy bývá smrt pojívem, díky kterému se odpustí dávné křivdy, vyřeší se otázky po smyslu života a smyslu umírání nebo otázky, co bude potom. Nemocný potřebuje, aby tu byl někdo, kdo vydrží jeho zpochybňování, aniž by dával uspěchanou odpověď nebo od tématu utíkal.⁴⁸

2.2 Sociální práce s umírajícími

Primární cílovou skupinou práce v domácím hospici jsou umírající. Péče o ně je úzce vymezena pouze na týdny či na několik měsíců.

Cílem sociální práce s umírajícími je nabídnout odborné poradenství, zjistit informace o psychosociálních potřebách klienta a zahájit psychosociální intervenci.⁴⁹

V rámci odborného sociálního poradenství poskytuje sociální pracovník informace klientovi v sociální, právní, etické či finanční oblasti. Seznamuje klienta s nabídkou dostupných zdravotně-sociálních služeb anebo mu pomáhá s výběrem péče (home care, pečovatelská služby, lůžkový hospic, atd.).

V případě přijetí klienta do péče provádí sociální pracovník vstupní sociální šetření v přirozeném prostředí klienta, kde se seznámí s jeho situací, od té se odvíjí následná intervence, během které se zjišťuje, jaké konkrétní potřeby a problémy potřebuje nemocný řešit. Jedná se o zjištění zdravotního stavu, soběstačnosti nemocného, sociální i finanční potřeby. Řeší se otázky o postupu další léčby, je sestaven plán péče, frekvence a rozsah návštěv, vše se zaznamenává do písemné dokumentace klienta.

Zjišťuje se, jestli je psychosociální podpora ze strany rodiny dostatečná a je možný pobyt v domácím prostředí. Kdo z rodiny je psychicky a fyzicky schopen zajistit domácí léčbu, potřebují-li pomoc pečovatelské služby nebo zapůjčit kompenzační pomůcky. V další části šetření se zhodnocuje finanční situace nemocného a jeho rodiny, jestli potřebuje pomoc s vyhledáním vhodných finančních

⁴⁴ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče v geriatrici*, s. 56.

⁴⁵ Srov. Tamtéž, s. 56 – 57.

⁴⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzat'*, s. 97.

⁴⁷ Srov. Tamtéž, s. 49.

⁴⁸ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 37.

⁴⁹ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 333.

nebo věcných dávek, které alespoň částečně pomohou klientovi a jeho rodině vyrovnat životní úroveň. Dále do této oblasti spadá i individuální plánování. Nemocnému se pomáhá hledat vhodná náplň volného času bez násilné aktivizace k činnostem a s přihlédnutím k jeho situaci. Nabízenou intervencí se cílí na povzbuzování klienta přijmout obtížné životní fáze a hledat cesty, které umožní co nejlepší prožití zbývajících života. Přesto musí sociální pracovník chápat klientovu bezmoc a nechtít cokoli měnit.⁵⁰

Dalším důležitým bodem při práci s umírajícím je poskytnutí psychosociální podpory. Cílem je mírnit úzkost, nejistotu a beznaděj umírajícího, být mu na blízku v jeho nelehké životní situaci.

Sociální pracovník se snaží podporovat otevřenou komunikaci mezi umírajícím a rodinou, či profesionály podílející se na péči. V rámci sociální práce se pomáhají odstraňovat bariéry v komunikaci, urovnávat případné konfliktní situace v rodině a uvolňovat emoční napětí.⁵¹

Umírající se musí vyrovnat s nevyléčitelnou diagnózou, což je doprovázeno řadou emocí, jako jsou vztek, agrese, úzkost, strach, smutek a deprese. Ty lze charakterizovat modelem pěti fází smutku podle Elizabeth Kübler-Rossové. První fází je popírání, ve které se klient odmítá smířit s diagnózou. Ve druhé fázi klient čelí hněvu. Je naštvaný, s pocity vzteku. V této fázi je obtížné o klienta pečovat, zejména s ním komunikovat. Třetí fáze je smlouvání. Klient se obrací na různé alternativní formy léčby s nadějí, že by mohly smrt oddálit. Čtvrtou fází je deprese. Klient si uvědomuje blízkost smrti, která je spojena s pocitem strachu, úzkosti a beznaděje. V této fázi není vhodné klienta rozveselovat. Pátou fází je smíření se s blízkostí se smrtí. V této fázi je klient schopen spolupráce.

Popsané fáze mohou proběhnout i v jiném pořadí anebo se některé nemusí dostavit vůbec. Fáze smutku se mohou střídát i několikrát denně podle pocitů, se kterými umírající bojuje. Členové týmu i rodina by na to měli být připraveni. Fáze smutku jsou tedy individuální proces vyžadující individuální přístup členů týmu.⁵²

2.3 Sociální práce s rodinnými příslušníky a pozůstalými

2.3.1 Sociální práce s rodinnými příslušníky

Další cílovou skupinou, které se sociální práce v hospici věnuje jsou rodinní příslušníci. Může se jednat o přímé pokrevní příbuzné (manžel/ka, rodič, dítě), ale v dnešní společnosti je stále častější nepokrevní pouto mezi členy rodiny. Je proto dobré, aby pacient sdělil, kdo je jeho rodina.⁵³

Prvořadým cílem sociální práce v hospici s rodinnými příslušníky je pomáhat využít a rozvíjet vlastní schopnosti a poskytnout nemocným citovou a praktickou podporu. Pozornost se klade na prevenci deprese a vyčerpání.⁵⁴

Po sdělení pacientovy diagnózy dochází v rodině k přerozdělení rolí a odpovědností tak, aby mohla rodina nadále fungovat. Sociální práce se zaměřuje na optimalizaci aktuální situace v rodině, dosažení psychické pohody jednotlivých členů rodiny a na posílení adaptačních mechanismů rodiny jako celku.⁵⁵

⁵⁰ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 12 – 13.

⁵¹ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 333 – 334.

⁵² Srov. MILEROVÁ, J. *Komunikace s umírajícím*, s. 33 – 34.

⁵³ Srov. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče v geriatрии*, s. 74.

⁵⁴ Srov. Tamtéž, s. 73.

⁵⁵ Srov. MILEROVÁ, J. *Komunikace s umírajícím*, s. 36.

Rodině jsou předávány informace o péči, zjišťuje se, jaké má rodina přání a co od následné péče očekává.

Tým hospice se snaží doprovázející podpořit a být jim oporou.⁵⁶ Přání doprovázejících jsou často propojována s přáními umírajících. Trpí-li umírající, spolu s ním zoufají i příbuzní. V hospici podporují rodinu k jednání, aby se nebála zvládat mnohé úkony spojené s doprovázením blízkého. Doprovázející se často mohou cítit, že nezvládnou doprovázet nemocného a ztrácí vlastní schopnost jednat. Tým pracovníků pomáhá s péčí o nemocného, nabízí informace o podpůrných prostředcích či možných alternativních postupech, anebo poskytuje psychosociální či etickou konzultaci. Rozhovor působí terapeuticky a rodinným příslušníkům dodává povzbuzení v jejich rozhodnutí. Pracovníci hospice pomáhají svým rozhovorem mírnit obavy, zda se rodina dokáže postarat o umírajícího v domácí péči nebo ho raději svěřit do institucionalizovaného zařízení. Otevřenou komunikací, praktickými radami a potřebnými informacemi, dodávají oporu a posilují je v jejich rozhodnutí.

Při terénní službě (typu domácího hospice) je péče rodinným příslušníkem základním kritériem pro péči o umírajícího. Pracovníci podporují rodinu v jejich péči, v době, kdy se cítí rodina vyčerpaná, pomáhají dodat vzpruhu a oporu v doprovázení. Domácí hospice proto často nabízí možnost využití odlehčovací služby.

Rodinní příslušníci jsou zasaženi umíráním více než samotní umírající. Student píše o úsloví „*Při vlastní smrti člověk jen umírá, ale při smrti druhého musí žít!*“⁵⁷ Když milovaný zemře, jeho pouť je u konce, pozůstali však pořád prožívají bolest z odloučení. Oni nezemřeli, musí žít a vypořádat se s odchodem blízkého. Rodinní příslušníci, kteří vidí umírat svého drahého, mají před očima blízkost smrti a daleko více si uvědomují vlastní smrtelnost. Proto bývají zatíženi strachem. Ten se dá rozdělit na čtyři druhy:

Strach z nejistoty – dnes mají lidé strach mluvit o smrti, což přináší pocit nejistoty. Jasně informace o neodvratném procesu blížící se smrti a rozhovor s nemocným a jeho blízkými je důležitým krokem na cestě hlubšího porozumění.

Strach z utrpení – je spojen s obavami z bolesti. Díky moderní léčbě je možné rodinné příslušníky informovat o tom, že jejich milovaný netrpí bolestí. Fyzické osvobození od bolesti přináší značnou psychickou úlevu.

Strach ze ztráty – znamená bolestné odloučení. Vytvořením důvěrné atmosféry lze zmírnit bolest z odloučení. Umět si připustit a vyjádřit své pocity pomáhá připravit nemocného i jeho rodinu na umírání, a tím se snadněji vyrovnat se strachem ze ztráty.

Strach ze selhání – do nějž patří, aby se příbuzní mohli vhodným způsobem rozloučit. Pracovníci hospice mohou rodinu vyzvat, že je čas, vyjádřit své dávno potlačované city studu, hněvu nebo viny. Vysvětlit, že nastala ta chvíle pro odpuštění dávných křivd a rozloučení. K tomu je zapotřebí vytvářet spojenecký vztah a odvahu vydržet bolestný proces a neutíkat od něj.⁵⁸

2.3.2 Sociální práce s pozůstalými

V okamžiku nastalé smrti pacienta se mění situace v rodině. Rodinní příslušníci, kteří pečovali o nemocného, se stávají pozůstalými. Pozůstalí se musí vypořádat se smrtí svého blízkého a naučit se žít život bez něj. Musí v sobě zpracovat tuto vztahovou ztrátu a integrovat ji do svého života.⁵⁹

⁵⁶ Srov. MILEROVÁ, J. *Komunikace s umírajícím*, s. 35.

⁵⁷ STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 64.

⁵⁸ Srov. Tamtéž, s. 65 – 66.

⁵⁹ Srov. KUPKA, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 132.

Hlavním zdrojem pomoci pozůstalým je podpora v době truchlení. Sociální pracovník pozůstalé podporuje při utváření dalšího života a při znovuzískání osobní rovnováhy. Aktivním nasloucháním pomáhá pozůstalým zvládnout toto období a vyřešit problémy spojené se smrtí blízkého.⁶⁰

V okamžiku, kdy klient zemře, hospic pomáhá rodině zvládnout novou krizovou situaci vzniklou odchodem jejich blízkého, a to komunikací v rámci krizové intervence. Základem je rychlé navázání kontaktu s pozůstalým a vytvoření vhodných podmínek a atmosféry k rozhovoru, díky kterému je možno ventilovat emoce spojené se smrtí. Zásadní je tedy emocionální podpora.⁶¹

Sociální pracovník zajišťuje praktické záležitosti jako je rozloučení se s mrtvým nebo příprava na pohřeb. Rodině se zde nechává prostor pro dostatečné rozloučení s pozůstalým, které napomáhá snadněji uzavřít kapitolu jeho života a pomáhá k lepšímu zvládnutí následné fáze truchlení pozůstalých.⁶²

Následně je zvolen postup, jak bude rodina po smrti fungovat dál. Sociální pracovník pomáhá s vyřízením úředních záležitostí okolo smrti a pohřbu, s otázkami finančního zabezpečení pozůstalých, zajištění nezletilých dětí a podobně.

Péče o pozůstalé je součástí komplexní péče v hospici, a proto je i pozůstalým nabízena sociální, psychologická i spirituální péče, například návštěva domácnosti, individuální rozhovory či podpora pozůstalých při vyrovnávání se se ztrátou blízkého. Pozůstalí bývají přizváni ke vzpomínkovému setkání, při kterém mohou zavzpomínat na dobu strávenou s jejich blízkými a připomenout si období, kdy jim hospic poskytoval péči. Tato péče má terapeutický efekt. Mohou být vytvořeny svépomocné skupiny, které si společně pomáhají překonat těžkou dobu po odchodu jejich blízkých. Skupinová práce nemusí být však vždy to, o co mají pozůstalí zájem. Vzhledem k tomu, že rodina pečovala o svého nemocného, mohl být proces truchlení a smíření dovršen ještě před odchodem jejich milovaného.

Speciální poradenství s pozůstalými mohou provádět psychologové, terapeuti, sociální pracovníci, duchovní či proškolení laici. Pozůstalí by měli cítit, že jsou přijímáni a že se mohou se svými problémy na poradce obrátit. Při práci s pozůstalým je nutné vysvětlit přirozený proces truchlení, dovést truchlícího k detailnímu popisu celé skutečnosti, včetně pohřbu, vývoji onemocnění, i vývoje vztahu s nemocným. Pomoci truchlícímu ventilovat, zpracovávat a porozumět pocitům spojeným se smrtí blízkého, a pomoci překonat různé překážky při procesu adaptace na novou realitu. Následně vést pozůstalého k pokračování ve svém životě, odpoutat se od stávajících emocí a investovat vlastní energii do něčeho jiného.⁶³

Truchlení je normální součástí vyrovnávání se se smutkem. Je to komplexní emocionální, sociální a somatická reakce, ke které dochází u pozůstalých při úmrtí blízkého. Projevem truchlení může být nespavost, nechutenství k jídlu, může docházet k narušení jejich sociální a pracovní integrity, atd.⁶⁴ Truchlení však může být i komplikované a sekundárně může vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu přizpůsobení, deprese či jiné psychopatologické reakce.⁶⁵

Bezprostředně po úmrtí se u pozůstalých objevují pocity lítosti, hněvu, viny, bezmoci a strachu. Důležitou součástí pro vyrovnání se se ztrátou a zkrácení doby

⁶⁰ Srov. KUPKA, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 124.

⁶¹ Srov. Tamtéž, s. 132.

⁶² Srov. PRŮŠOVÁ, L. *Vybrané otázky sociální práce v paliativní péči*, . In BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, 2015, s. 101 – 102.

⁶³ Srov. KUPKA, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 132 – 133.

⁶⁴ Srov. Tamtéž, s. 128.

⁶⁵ Srov. Tamtéž, s. 127.

truchlení je rozloučení se s mrtvým. Jedním z nejdůležitějších rituálů je pohřeb. Nemusí se však jednat o pohřeb v tradičním slova smyslu, jak uvádí Špatenková, jedná se o jakékoliv vhodné odlučovací či přechodné rituály. Ignorování takového rituálu může mít za následek odsouzení do sociální izolace.⁶⁶ Pohřbem začíná období truchlení, kdy po zvládnutí přechodové fáze přichází nová identita. Při truchlení pozůstali prožívají smutek a žal, který je nejčastěji doprovázen pláčem. Slzy pomáhají odplavit žal a pomáhají se lépe vyrovnat se ztrátou blízkého, proto by jim v oplakávání zesnulého nemělo být bráněno. Kupka uvádí, že „*Truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu a musí proběhnout, aby byl položen základ nové identity.*“⁶⁷ Proces zármutku trvá přibližně jeden rok. První dva měsíce bývá prožitek zármutku nejsilnější. Zhruba po dvou měsících by měl být pozůstalý schopen vrátit se k původním činnostem a opět fungovat v sociální interakci.

2.4 Činnost sociálního pracovníka v hospici

Nabízené služby v hospici, které poskytuje sociální pracovník, jsou určeny pro umírající klienty, jejich rodiny a pozůstalé. Sociální pracovník provází rodinu od prvního kontaktu v hospici, při doprovázení nemocného až do doby úmrtí klienta, je oporou pozůstalým v době prožívané ztráty.

Od sociálního pracovníka v hospici se vyžaduje především hospicová etika, až poté specifická odbornost. Očekává se, že bude využívat své psychosociální kompetence k podpoře doprovázení klientů a jejich rodin a rovněž i pozůstalých. Sociální pracovník působí jako zprostředkovatel služeb a pečovatel. Koordinuje spolupráci s úřady či zaměstnavatelem. Školí a podporuje dobrovolníky a poskytuje sociálně právní poradenství.⁶⁸

Sociální pracovník je většinou první, s kým rodina nebo nemocný přichází do kontaktu při žádosti o umístění do hospice. Funguje jako poradce a působí terapeutickým rozhovorem na členy rodiny, kteří se mohou cítit vyčerpaní dlouhodobou péčí o nemocného nebo zdrceni právě sdělenou diagnózou či naopak si nemusí být jisti přijetím do hospice a potřebují povzbudit. Informuje žadatele o přijetí či nepřijetí do hospice, popřípadě podává další potřebné informace o možnostech péče v daném regionu. Vyhotovuje individuální krizové plány, nabízí psychosociální doprovázení, komunikuje s klienty a jejich příbuznými a řeší konfliktní situace krizovou intervencí. Sociální pracovník je jakýmsi spojencem a prostředníkem mezi klienty a rodinnými příslušníky, také mezi nimi a dalšími institucemi a profesemi.

Sociální pracovník koordinuje práci dobrovolníků anebo alespoň spolupracuje s jejich koordinátorem. Ve spolupráci se zdravotnickým personálem hospice navrhuje, kdo z pacientů by přítomnost dobrovolníka nejvíce potřeboval.⁶⁹

Kromě výše uvedených činností spadá do práce sociálního pracovníka i administrativní činnost. Jedná se o přijímání plateb za pobyt klientů v hospici, evidenci zapůjčení kompenzačních pomůcek, kompletaci chorobopisů a odesílání lékařských zpráv.⁷⁰

Další činností, kterou se zabývá sociální pracovník je práce s multidisciplinárním týmem, o které se zmiňuji v následující kapitole.

⁶⁶ Srov. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*, Praha 2008, s. 79.

⁶⁷ KUPKA, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 127.

⁶⁸ Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 53 – 54.

⁶⁹ Srov. Tamtéž, s. 14 – 15.

⁷⁰ Srov. Tamtéž, s. 15.

3. Multidisciplinární tým

V této kapitole vysvětlím, co je multidisciplinární tým (dále jen MDT), popíši faktory ovlivňující kvalitu týmu a uvedu, jaké jsou aspekty důležité pro fungující tým. Poté se zaměřím na popis MDT v hospici, uvedu, kdo tým tvoří a popíši pracovní náplň jednotlivých členů týmu. V závěru této kapitoly popíši, jakou roli sehrává v MDT v hospici sociální pracovník.

MDT lze definovat jako skupinu osob, které spolupracují na naplnění cíle, za který nesou členové společnou odpovědnost. Členové týmu mají mezi sebou rozvinuté vztahy a jsou na sobě vzájemně závislí. V týmu každý zastává svou roli a svým jednáním přispívá k naplnění vize organizace. Tým sdílí svoji identitu, jako jsou normy, zvyky či pravidla. Členové týmu spolu vzájemně komunikují a předávají si informace. To zahrnuje pravidelné setkávání, vedení dokumentace a způsob předání.⁷¹

V sociální práci je MDT cenný pro dosahování pozitivních výsledků intervencí, a to ve prospěch klientů v obtížných životních situacích a jejichž řešení se nachází na rozhraní více resortů či institucí.⁷² Činnost MDT nabízí všestrannou pomoc, která je zastoupena různými profesionály, kteří umožňují náhled na klienta a jeho rodinu z 360 stupňové perspektivy.⁷³ Tento ucelený pohled na klienta napomáhá lepšímu pochopení jeho situace a efektivnější pomoci. Členy týmu mohou tvořit odborníci v rámci sociálních služeb, ale i externí odborníci, docházející k poskytovateli na základě smlouvy.⁷⁴ Jinak řečeno, lze MDT chápat jako tým pracovníků uvnitř jednoho zařízení nebo jako tým odborníků různých profesí, kteří přichází do styku s klientem či skupinou.

MDT v sociálních službách zpravidla tvoří vedoucí pracovník, zdravotní pracovník, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách (tzv. klíčový pracovník), terapeut, psycholog, lékař, ne/pedagogický pracovník, apod.

3.1 Základní principy multidisciplinární spolupráce

Základním principem týmové spolupráce je společný cíl zájmu. V sociální práci se jedná o zabezpečení potřeb klienta a poskytnutí komplexní pomoci v jeho situaci.

V samotném začátku, kdy se buduje tým, se členové vzájemně poznávají, společně si nastavují cíle a společné úkoly. Zároveň se rozvíjí hierarchie v týmu a nastavují pevná pravidla, která snižují nejistotu. Při budování týmu je potřeba si jasně vymezit kompetence, role, úkoly a cíle. To vyžaduje direktivní přístup ve vedení.⁷⁵

Kodymová uvádí, že vývoj týmu lze chápat v několika fázích. V první fázi se tým vyvíjí, tvoří svoji identitu a účel vzniku. Druhá fáze může být jistým zátěžovým obdobím pro členy týmu. Hledají se způsoby spolupráce, vystavěné na společných hodnotách a zájmech pro pochopení jednotlivých rolí v týmu. V následující fázi rozvíjí členové týmu společné porozumění pro naplnění úkolů a pracují na zlepšení komunikace uvnitř i vně týmu. V konečné fázi je zralý a efektivní tým, který rozvíjí schopnosti k naplnění úkolů, pro které byl vytvořen.⁷⁶

⁷¹ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, 2015-2017, s. 16.

⁷² Srov. KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 5.

⁷³ Srov. MATOUŠKOVÁ, I. VRABCOVÁ, D., *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 21.

⁷⁴ Srov. TAJANOVSKÁ, A. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 29.

⁷⁵ Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 18.

⁷⁶ Srov. KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 41

Důležitost činitelů pro dobrou práci a fungování týmu ovlivňuje:

- a) velikost týmu – důležité je, aby všichni aktéři měli společný cíl. Uměli se vzájemně povzbuzovat a dávat své schopnosti k dispozici pro práci týmu. Čím je tým početnější, mohou dobrou práci v týmu narušit rozmanité názory, schopnosti, dovednosti, postoje či způsoby chování jednotlivých aktérů.
- b) dynamika týmu – ovlivňuje interakci uvnitř týmu. Dobře fungující týmová spolupráce je ovlivněna komunikací a vzájemnou ochotou akceptovat rozhodnutí.⁷⁷

Každý člen týmu by měl mít na paměti kontinuitu dobrého fungování týmu a pracovat tak, aby rozvíjeli a posilovali činnost týmu a ne naopak.

K řešení situace se dostávají profesionálové s různou zkušeností, různým osobním přístupem i motivací, a každý z nich má svůj náhled na řešení situace. Výhoda týmu je, že lze uplatnit různé profesní znalosti a přístupy.⁷⁸ Nevýhodou práce mezi odborníky v jednom týmu jsou konkurence a konflikty.

Na pracovišti, kde se setkává více odborníků, mohou vznikat rozdílné názory na řešení klientovy situace, což může vést ve vyústění konfliktu. Na prvním místě by měly být vždy zájmy klienta a až následně řešit důvody možného sporu mezi pracovníky. Jankovský uvádí, že koncept MDT může fungovat za předpokladu, že jednotliví členové týmu vykazují určitou míru profesionální pokory. To však neznamená ustoupit od svého názoru, ale mít na paměti cíle a poslání týmu, a také znát vlastní schopnosti.⁷⁹

Druhým nepostradatelným bodem pro fungování týmu je vzájemný respekt mezi jednotlivými profesionály. Každý člen týmu je odpovědný za svoji činnost a osobní dispozice, kterými přispívá ke vzájemné spolupráci v rámci MDT.⁸⁰

3.2 Multidisciplinární spolupráce v hospici

Hospicová péče vychází z celostního přístupu v péči o klienta, a na činnostech se podílí celý MDT, který společně směřuje k zachování kvality klientova života.⁸¹ K tomu jsou zapotřebí profesionální kompetence členů MDT, jakými jsou schopnost komunikace, vedení rozhovorů, krizová intervence či schopnost doprovázet umírajícího.

MDT v hospici tvoří malá skupina profesionálů různých profesí, se vzájemně se doplňujícími dovednostmi, kteří společně pracují na dosažení společného cíle, tedy poskytnout klientovi takové podmínky, aby mohl svůj život dožít v co nejvyšší kvalitě a být mu maximální oporou v době doprovázení.

MDT má svého vedoucího, který je odpovědný za dobré fungování týmu, činí závěrečná rozhodnutí a vybírá nejpříjemnější z navrhovaných řešení. Ostatním členům týmu předává další pokyny k péči a tým zmocňuje, aby pracoval samostatně. Každý člen týmu má jasně vymezenou roli a je odpovědný za splnění svěřeného úkolu, vyplývajícího z jeho odborných kompetencí. Všichni členové týmu jsou stejně důležití a nezastupitelní, bez nějaké nadřazenosti či podřazenosti.

Princip týmové spolupráce je v hospicové péči nepostradatelný. Pro zajištění celkové pohody klienta je důležité, aby tým vystupoval jako celek. Vyzařoval jistou

⁷⁷ Srov. MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 26.

⁷⁸ Srov. HOLUB, M. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 15.

⁷⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 10.

⁸⁰ Srov. Tamtéž, s. 10 – 11.

⁸¹ Srov. PRŮŠOVÁ, L. *Vybrané otázky sociální práce v paliativní péči*, s. 99.

zralostí pro vykonávanou práci v týmu, efektivně se domlouval na řešeních, navrhoval nové postupy a jednal eticky.⁸² Nesouhra týmu se může negativně projevit na pohodě klienta.

Efektivní týmová spolupráce je podmíněna úspěšnou komunikací, které lze dosáhnout vzájemným vnímáním, empatií, porozuměním a pochopením.⁸³ Díky neformální komunikaci dochází k vytvoření vztahu mezi nemocným a pečujícím. Při komunikaci s umírajícím je důležité komunikovat šetrně a stejně šetrně používat i neverbální komunikaci. Jediné nešetrné slovo anebo chyba v mimoslovní komunikaci můžou zasít pochybnosti a zpřetrhat důvěru mezi klientem a pečujícím. Kompetentní komunikace snižuje stres z blížící se smrti, zajišťuje spolupráci a porozumění mezi členy týmu, nemocným a jeho rodinou a zvyšuje pocit bezpečí. Díky dosažení takové komunikace panuje v hospici jednota a vzájemné dobré vztahy.

Vzhledem ke komplexnímu charakteru hospicové péče a možným rychlým změnám zdravotního stavu klienta, je komunikace mezi sociálním pracovníkem a ostatními členy týmu velmi důležitá. Komunikace v hospicové péči znamená mít informace a vědět, co dělat a jakou formou konat.⁸⁴ Celý MDT neustále sjednocuje informace a všichni členové jsou ve vzájemném kontaktu. Informace musí být sdělovány jasně, srozumitelně a přicházet v pravý čas.⁸⁵ Všichni členové týmu znají danou situaci klienta, postup jeho nemoci a poskytovanou péči. O všech změnách zdravotního i duševního stavu klienta, o jeho přáních a potřebách, i možných starostech klienta či jeho rodiny, má tým vědomí a po odborné stránce řeší každý pracovník týmu situaci profesionálním přístupem s ohledem na zásady lidské důstojnosti a respektování člověka.

Účinná komunikace s kolegy a podpora práce v týmu navozuje klidné prostředí v hospici, které se odráží na celkové pohodě klienta. Pro umírajícího je velmi důležitý kontakt s rodinou, proto by přítomnost blízkého člověka neměla být z týmu vynechána.⁸⁶

3.2.1 Členové MDT v hospici

MDT v hospici je zastoupen lékařem a zdravotní sestrou, kteří prošli odborným školením v paliativní péči, sociálním pracovníkem, který má odbornou přípravu směřující ke zvládnutí traumatických situací, a duchovním, popř. pastoračním asistentem. Dalšími důležitými členy týmu může dále být psycholog/ psychoterapeut, fyzioterapeut, nutriční specialista a aktivizační pracovník.⁸⁷ Všichni členové MDT mají rovnou pozici, jsou stejně důležití pro zajištění komplexní péče o umírajícího.

Jejich společným cílem je podpora rodiny a naplnění individuálních potřeb klienta. Rodina sehrává v péči o nemocného velmi významnou roli. V hospicové péči je však i rodina vnímána jako klient, kterému je poskytnuta pomoc (např. v době doprovázení či truchlení). Rodina tedy může zastávat dvě role. V první vystupuje rodina jako jeden z členů MDT, ve které spolu všichni vzájemně spolupracují a snaží se o zkvalitnění poslední části klientova života. Ve druhé roli i rodina může spolu s nemocným stát na straně klienta, kdy odborníci MDT pomáhají zvládat těžkou situaci i rodinným příslušníkům, kteří v doprovázení potřebují podporu. V této

⁸² Srov. HRDÁ, K. *Multidisciplinární tým v akci*, s. 49.

⁸³ Srov. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*, Praha 2016, s. 69.

⁸⁴ Srov. PRŮŠOVÁ, L. *Vybrané otázky sociální práce v paliativní péči*, s. 102.

⁸⁵ Srov. Tamtéž, s. 106.

⁸⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Umenie sprevádzat'*, s. 38 – 40.

⁸⁷ Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online], s. 5.

kapitole se budu věnovat pouze odborníkům podílejících se na týmové práci v hospici.

Jednotlivé profese, ačkoliv mají jasně stanovené kompetence a pracovní náplň, se mohou ve výkonu práce vzájemně prolínat. Jednotlivé členy týmu od sebe nejde zcela oddělit. Od všech členů MDT v hospici se očekává empatický mezilidský přístup, který klientovi dává sílu a duchovní podporu. Kisvetrová uvádí, že láskyplné a soucitné prostředí, zlepšuje pohodu klienta, podporuje naději a dává možnost přijmout realitu smrti.⁸⁸

K péči o klienta patří i tzv. *soft skills* dovednosti – jsou to tzv. měkké kompetence, ke kterým patří citlivý a empatický přístup ke klientovi.⁸⁹ MDT by měl být připraven na možné klientovy otázky, týkající se obav ze smrti. Příležitost mluvit s ním o smrti ho ochraňuje před strachem. Empatický přístup, naslouchání obavám klienta nebo držení za ruku jsou velmi významné a patří mezi nejdůležitější prvky péče o klienta v závěru života.⁹⁰

Pracovní kompetence jedinečné pro jednotlivé členy týmu jsou:

A Lékař

Je zodpovědný za hodnocení zdravotního stavu a léčbu nemocného. Stanovuje diagnózu a koordinuje poskytnutí péče nemocnému podle aktuálního léčebného plánu. Podává informace o aktuálním stavu nemoci a jeho vývoji a prognóze nemocnému a jeho rodině, s přihlédnutím k jejich potřebám a možnostem.⁹¹

B Zdravotní sestra

„Sestra musí umět zhodnotit fyzický i psychický stav nemocného.“⁹² V rámci své kompetence zjišťuje všechny potřebné informace ve všech oblastech klientovy osobnosti. To je možné pouze v případě, že sestra dokáže s nemocným navázat vztah, má o něj skutečný zájem a dokáže aktivně naslouchat. Spolu s klientem a jeho rodinou zvažuje ošetrovatelskou intervenci a klientovi nechává prostor pro vlastní rozhodnutí o léčebném postupu. Nedílnou součástí kompetence zdravotní sestry je zvládat léčbu a péči o klienta, znát základní postupy při léčbě symptomů (dušnost, bolest, kvalita spánku, příjem a výdej tekutin, atd.) a v případě vyskytnutých obtíží správně zareagovat a stanovit novou strategii péče. O všech postupech léčby a péče je nutné vést záznamy v ošetrovatelské dokumentaci a předávat všechny potřebné informace dalším členům MDT.⁹³

C Pracovník v sociálních službách (v hospici běžně nazýván ošetrovatel)

Pomáhá klientovi při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro vykonání osobní hygieny a dalších úkonů, které nemocný potřebuje a není schopen je vykonat sám z důvodu snížené soběstačnosti.⁹⁴

⁸⁸ Srov. KISVETROV, H. *Péče v závěru života*, s. 95

⁸⁹ Srov. Tamtéž, s. 33.

⁹⁰ Srov. Tamtéž, s. 101.

⁹¹ Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online], s. 6.

⁹² MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha 2010, s. 56.

⁹³ Srov. Tamtéž, s. 58.

⁹⁴ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 335.

D Sociální pracovník

Hlavní náplní práce sociálního pracovníka je zlepšování kvality života klienta a jeho rodiny v psychosociálním kontextu.⁹⁵ Více o činnosti sociálního pracovníka v hospici je popsáno v kapitole 2.4

E Duchovní

Kvalifikovaným pracovníkem v oblasti duchovní péče je duchovní, nemocniční kaplan nebo pastorační pracovník. U klientů respektuje náboženskou orientaci a příslušnost. Péče je poskytována s ohledem na individuální, rodinné, kulturní a náboženské hodnoty.

Pomáhá nemocným při hledání odpovědí na spirituální otázky. Zjišťuje, jaké jsou jejich duchovní a existenciální názory s cílem identifikovat duchovní a existenciální zázemí. Dle preferencí klienta vykonává bohoslužby a rituály. V době úmrtí nabízí náboženské a duchovní rituály podle přání klienta a jeho rodiny a rovněž je poskytnuta duchovní péče i pozůstalým.⁹⁶

F Psycholog

Nabízí psychologickou péči a podporu klientovi a jeho rodině, pozůstalým a rovněž může být péče poskytnuta i všem členům týmu.

Psycholog hodnotí psychický stav klienta a jeho rodiny, vyhodnocuje jej, a aplikuje farmakologické a nefarmakologické léčebné postupy. Mapuje hlavní potřeby nemocného a jeho blízkých, věnuje pozornost komunikaci mezi klientem a jeho rodinou, rodinou a hospicovým týmem. Dalším prvkem psychologické péče je vytvořit prostor pro vyrovnávání se s aktuálními traumaty a s proměnlivou zátěžovou situací. Též vede dokumentaci o vývoji psychického stavu klienta.⁹⁷

3.3 Role sociálního pracovníka v MDT v hospici

V sociálních službách je sociální pracovník často staven do rolí vedoucího týmu, posouvá komunikaci, drží se zadaného cíle nebo vyhodnocuje.

Specifičnost role sociálního pracovníka je dána jeho centrálním postavením vůči ostatním členům týmu. Neznamená to však nadřazenost. Pozice sociálního pracovníka spočívá zejména v tom, že je odborníkem, který stojí na straně klienta.⁹⁸ Disponuje uceleným pohledem na klientovu situaci v kontextu jeho bytí, vztahů a prostředí, ve kterém klient žije. Prioritou sociálního pracovníka jsou práva a zájmy klienta. Sociální pracovník spolupracuje s členy týmu a průběžně mapuje situaci v rodině, spolupracuje na individuálním plánu péče, zjišťuje potřebné sociální potřeby a zprostředkovává zajištění zdravotních úkonů. Podle přání klienta zprostředkovává kontakt s dalšími odborníky (psychologem, duchovním). V MDT je vnímán jako profesionál vzdělaný v oboru, pracuje v souladu s Etickým kodexem sociálních pracovníků i Etickým kodexem hospicové péče.

Základní pro roli sociálního pracovníka v MDT je komunikace. Sociální pracovník pracuje s informacemi, které získává od celého MDT a zároveň je předává týmu k dalšímu zpracování. Různé problémy, jako je nesouhlas či nepochopení, je nutné s členy týmu řešit, od problému se v danou chvíli neizolovat, ale mluvit o něm. Je nutné podporovat myšlenky členů týmu, i když se mohou zdát nereálné. Jedná se o jiný úhel pohledu, který může přinést další možná řešení a názory. Aktivně

⁹⁵ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 333.

⁹⁶ Srov. *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online], s. 9.

⁹⁷ Srov. Tamtéž, s. 7 – 8.

⁹⁸ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 11 – 12.

naslouchat, sdílet návrhy, nápady a řešení s ostatními členy týmu je důležité pro jeho efektivní fungování.⁹⁹

Sociální pracovník by měl být také schopen v rámci týmu umět argumentovat, prosazovat své znalosti a zkušenosti, dokázat přispět vyváženou dávkou profesního sebeprosazení a být schopen pokory. Být komunikativní, empatický, umět spolupracovat, být samostatný, výkonný, odpovědný a snažit se o soudržnost vztahů mezi odborníky. Díky své profesi by si měl umět vše porovnat, vysvětlit a třeba i uznat, že pohled kolegů, je v dané chvíli vhodnější.¹⁰⁰

Sociální pracovník nenahlíží na klienta pouze z hlediska jeho chování. Do interakce vstupuje i prostředí, kde klient žije, jeho rodina nebo komunita. Sociální pracovník se snaží zajistit umírajícímu vhodné podmínky, aby provázení doma mohlo vést k důvěře a jistotě. Klienta vnímá komplexně, se všemi jeho potřebami i pocity.

Čípková uvádí, že v rámci MDT v hospici funguje sociální pracovník jako facilitátor. Svolává společné konzultace, které se uskutečňují alespoň jedenkrát týdně, na kterých se s ostatními členy týmu domlouvá na dalších postupech péče. Klientovi pomáhá řešit problematické situace a zahrnout do procesu řešení i další účastníky, kterých se daný problém týká. Klient, i když se nachází v závěru života, je odpovědný za svůj život, a má právo rozhodovat o všem, co se týká jeho života. Sociální pracovník společně s klientem hledají různé vhodné alternativy řešení problému. Svým přátelským chováním se snaží o navázání důvěrného vztahu, který má napomoci zmírnění napětí a utrpení. Dále může sociální pracovník fungovat jako koordinátor. Zprostředkovává kontakt s dalšími odborníky dle přání klienta, jako je duchovní nebo psycholog a pomáhá rodině v oblasti vyřizování nepojistných dávek.¹⁰¹

Sociální pracovník v MDT vyrovnává případné konflikty vyvolané při péči, a pomáhá uvolňovat pocitové a komunikační blokády v situaci péče i v přístupu k „těžce nemocným“ klientům.¹⁰²

Na veřejnost působí edukačně, prostřednictvím médií vysvětluje, informuje a objasňuje pojem hospicové péče, a seznamuje širší veřejnost s tématy činnosti a se zařízením.¹⁰³

⁹⁹ Srov. KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 47.

¹⁰⁰ Srov. HOLUB, M. *Sešit sociální práce 3/2015*, s. 18.

¹⁰¹ Srov. ČÍPKOVÁ, I. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*, [online].

¹⁰² Srov. STUDENT, J. Ch. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 121 – 122.

¹⁰³ Srov. Tamtéž, s. 122.

4. Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu domácího hospice sv. Markéty

V této kapitole představuji konkrétní příklad týmové spolupráce Domácího hospice sv. Markéty ve Strakonících a jakou roli v něm sehrává sociální pracovnice. V první kapitole uvádím základní charakteristiku hospice, dále popisuji složení MDT hospice a v poslední kapitole píš o náplni práce sociální pracovnice, jaké je její postavení v MDT a v čem se její činnost prolíná či liší od činnosti ostatních členů MDT Domácího hospice sv. Markéty ve Strakonících.

4.1 Charakteristika organizace

Zřizovatelem Domácího hospice sv. Markéty ve Strakonících je hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. Prachatice. Cílovou skupinou jsou klienti v pokročilém nebo terminálním stadiu nevléčitelné nemoci, kteří si přejí dožít doma v kruhu svých blízkých. Péče je dostupná všem věkovým kategoriím.

Péče domácího hospice je nastavena jako terénní služba v domácím prostředí klienta ve Strakonících a dojezdové vzdálenosti do 25 km. Hlavním pečujícím o klienta je jeho rodina. Hospic v rámci svých služeb zaručuje nemocnému a jeho rodině 24 hodinovou péči, o víkendech i svátcích, při které zajišťuje neustálou péči o těžce nemocného v domácím prostředí. Hospic nabízí také odlehčovací službu, která není pouze pro klienty hospice, ale i pro klienty propuštěné z nemocnice do domácí péče. Tuto službu vykonává pracovník v sociálních službách, a zastupuje rodinu v péči o nemocného, když potřebuje.

Poskytované služby hospice zajišťují klientům komplexní péči v bio-psycho-socio-spirituální rovině. Každé z nich se věnuje jiný člen týmu hospice, v určitých oblastech se však mohou doplňovat. Je vhodné, aby celý tým byl připraven na možné otázky klienta, a tým tak mohl s klientem navázat dřívější a kvalitnější vztah. MDT v hospici sv. Markéty poskytuje ucelenou a kvalitní pomoc, kterou klient a jeho rodina potřebují.

Hlavním zdrojem financování domácího hospice sv. Markéty je hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice. Péče je částečně hrazena ze zdravotního pojištění, náklady na provoz však zcela nepokryjí, proto je dále spolufinancování zabezpečeno z rozpočtu České republiky a Evropského sociálního fondu z dotačního programu projektu „Podpora paliativní péče.“ Další spolufinancování je z programu „Zaměstnanost“, spadající pod Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdrojem financí jsou i příspěvky od sponzorů a dobrodinců.

V hospici sv. Markéty není nedostatek financí klientů důvodem pro nepřijetí do péče. V takovém případě se vyjedná sleva anebo učiní sbírka. Často zde funguje síla náhody. Když je něco nutné, vždy vyšší moc přinese řešení. Jako například v případě sociálně slabé rodiny, která neměla na zaplacení, byl zrovna poslán jednorázový příspěvek od dárců ve výši, která pokryla výdaje na péči pacienta.

Cena terénní odlehčovací služby, tím, že nespadá přímo pod hospicovou péči, je hrazena zvlášť a činí 130 Kč/hod.

4.2 MDT v domácím hospici sv. Markéty

Terénní službu strakonického hospice zajišťuje MDT, který se skládá ze dvou zdravotních sester na plný pracovní úvazek, jedné zdravotní sestry pracující na dohodu o provedení práce, dvou pracovnic v sociálních službách (tzv. ošetřovatelek) a jedné sociální pracovnice. Na poloviční úvazek je sjednán lékař, který ordinuje v nemocnici jako anesteziolog. Duchovní oblast zabezpečuje kněz

z farnosti obce, ve které klient žije. Dále je možné požádat o spolupráci psychologa. Psycholog a kněz nabízí své služby klientům hospice, když o ni požádají. V takovém případě sociální pracovnice zprostředkovává kontakt psychologa a kněze dle potřeby klientů.

Úkoly členů MDT, které se neprolínají s činnostmi ostatních členů týmu korespondují s kapitolou 3.2.1., mezi ně patří:

- Lékař určuje diagnózu a postup léčby, tu stanovuje pouze on a nikdo jiný.
- Zdravotní sestra vykonává lékařské zákroky, jako je léčba dušnosti, bolesti, apod. Při zmíněných potížích je v kompetenci zdravotní sestry, aby správně reagovala a stanovila novou strategii péče. Volnost a zároveň odpovědnost za léčbu nemocného jsou částí pracovní náplně, které si zdravotní sestry v hospici sv. Markéty velmi cení.
- Ošetřovatelky pomáhají klientům domácího hospice s kompletní ošetřovatelskou péčí, jako je péče o osobní hygienu, podávání stravy, anebo ošetřování ran, stomií aj.
- Roli sociální pracovnice rozepisují v kapitole 4.3.

V hospici sv. Markéty vykonávají pracovníci svoji činnost v souladu se Standardy hospicové paliativní péče uvedenými Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče.

Pracovníci v hospici sv. Markéty se snaží, aby tým dobře a efektivně fungoval. Všichni pracovníci znají své postavení v týmu a náplň své práce. Stejně tak si jsou vědomi práce sociálního pracovníka. Vyjasněním si vlastních pozic v týmu předchází v hospici sv. Markéty konfliktům a nedorozuměním. Jak tým funguje je patrné i z porad, které se uskutečňují každé ráno. Možnost pravidelného setkávání je v hospici možné díky velikosti týmu, který tvoří v době služby 5 pracovníků. Každodenní porady jsou efektivní z důvodu, že stav klientů se velmi rychle mění, proto je včasné předávání informací mezi členy MDT důležité.

Členové MDT znají myšlenku hospice a podle ní vykonávají své činnosti. Nejen profesionální přístup k práci, ale i osobní přístup pracovníků MDT, vycházející z jejich nitra a přesvědčení, přispívá k lepšímu vyrovnání se klienta s blížící se smrtí, pomáhají mu, aby zbytečně netrpěl nesnesitelnou bolestí, snaží se o zachování důstojnosti klienta až do smrti, bez zbytečného prodlužování jeho konce.

Celý MDT přistupuje k péči o klienta a jeho rodinu laskavě a ochotně, členové týmu podporují rodinné vazby a komunikaci, snaží se o mírnění úzkosti ze strachu z umírání. Chápavým přístupem a neverbální komunikací, se kterou přistupují členové týmu ke klientovi, pomáhají překonat obavy ze ztráty důstojnosti. Pracovníci MDT při péči o klienta nepospíchají a věnují se vždy jen jedné činnosti. Při osobní hygieně dokáží situaci odlehčit vhodnými slovy, aby se klient necítil nepříjemně, a při komunikaci o důležitých věcech, z pohledu klienta, se nevěnují jiným činnostem než rozhovoru a klientovi naslouchají. Tím vším pomáhají k navázání důvěrného vztahu mezi klientem a pracovníky hospice. Celým hospicem se nese klid a harmonie. I když je práce týmu náročná, pomáhají umírajícímu a jeho rodině se zdravotními, psychosociálními i duchovními těžkostmi, při tom se nevytrácí úsměv z jejich tváří. Tým dobře funguje proto, že členové tohoto týmu jsou schopni vzájemné komunikace, pokory, uznání případného lepšího řešení kolegy a mají na mysli cíl hospice, tedy pomoci kvalitně doprovázet nemocného a podpořit rodinu. Sociální pracovnice v tomto týmu působí jako tmel mezi jednotlivými členy a napomáhá k jeho fungování.

4.3 Role sociální pracovnice v MDT v domácím hospici sv. Markéty

4.3.1 Náplň práce sociální pracovnice v domácím hospici sv. Markéty

V hospici sv. Markéty je sociální pracovnice první osobou, se kterou rodina umírajícího přichází do styku při žádosti o umístění umírajícího do hospice. Pracovnice rodinným příslušníkům sděluje veškeré informace o domácím hospici, seznamuje je s cílovou skupinou, pro kterou je péče hospice určena a zjišťuje, zda-li jsou rodinným příslušníkům známy veškeré informace o hospicové péči. V případě, že klient nespĺňuje podmínky pro přijetí do hospicové péče, nabízí mu sociální pracovnice možnost využít služeb jiných organizací na Strakonicku. Pokud klient podmínky přijetí splňuje, sociální pracovnice sděluje rodině veškeré praktické informace ohledně péče, informuje je o možnostech vyřízení nepojistných dávek, jako je například příspěvek na péči, seznamuje je s ceníkem poskytovaných služeb a možností zapůjčení potřebných kompenzačních pomůcek pro umírajícího. Kancelář sociální pracovnice, ve které dochází k prvnímu setkání rodiny umírajícího s pracovníky hospice, působí příjemným dojmem a vystupování sociální pracovnice je klidné a přátelské, čímž přispívá k zajištění klidného prostředí a psychické pohody klientů.

Další setkání již probíhá v domácnosti klienta, ve kterém se pracovnice v rámci sociálního šetření seznamuje s rodinnou anamnézou umírajícího, s jeho zdravotním stavem, kdo o něj bude pečovat a zda-li jsou další osoby, které mohou s péčí o umírajícího pomoci.

Sociální pracovnice hospice sv. Markéty v případech, kdy zdravotní stav klienta je velmi akutní, komunikuje s pracovníky Úřadu práce o prvořadém schválení příspěvku na péči takového klienta, aby ho rodina mohla využít dříve než pacient zemře.

Sociální pracovnice má ucelený přehled o situaci klienta. Klienta vnímá v jeho sociálním prostředí a pomáhá mu odstranit vzniklé komunikační i jiné bariéry v rodině, aby doprovázení a umírání mohly harmonicky splynout. Sociální pracovnice se snaží umírajícímu zajistit vhodné podmínky, aby byla zachována kvalita zbývajícího života a důstojné dožití v kruhu svých blízkých.

Je-li to možné, bývá sociální pracovnice u klienta v době smrti. V rodině pomáhá vytvořit vhodné podmínky pro uvolnění atmosféry navázáním rozhovoru, který umožní ventilovat emoce spojené se smrtí. Pozůstalým nabízí další spolupráci a možnost se na pracovníci obrátit se svými problémy. Po smrti klienta pomáhá rodině zařídit praktické záležitosti spojené s úmrtím.

Sociální pracovnice v hospici sv. Markéty zprostředkovává setkání pozůstalých rodin. V literatuře se uvádí, že vhodná doba pro oslovení pozůstalých je 3 měsíce po úmrtí klienta, protože je to období, kdy už bývají vyřešeny všechny sounáležitosti spojené s pohřbem, i právní záležitosti. Pozůstalý se po zhruba dvou až třech měsících usazuje v činnostech dřívějšího každodenního života, jen bez zesnulého. Začíná to být období, kdy pociťuje a uvědomuje si prázdnotu bez blízkého. Proto v tomto období sociální pracovnice telefonicky kontaktuje pozůstalé, aby věděli, že v hospici na ně stále myslí a nabízí jim možnost další podpory. Před pandemií se uskutečňovala mše svatá za zesnulé a neformální posezení, které sloužilo jako vzpomínkové setkání, a skupinová terapie pro pozůstalé. V době pandemie Covid-19 se pořádaly pouze mše svaté a pozůstalým bylo nabízeno individuální setkání se sociální pracovnicí.

V kapitole 2.4 Činnost sociálního pracovníka v hospici uvádím, že sociální pracovník je jakýmsi spojencem a prostředníkem mezi pacienty a dalšími institucemi.

Instituce, se kterými spolupracuje Domácí hospic sv. Markéty ve Strakonících jsou nemocnice, hlavně oddělení LDN. Pacientům se po ukončení léčby v nemocnici nabízí možnost odlehčovací služby. Dále domácí hospic spolupracuje s oblastní charitou. Dá se hovořit o jistém suplování v ošetrovatelské péči. Jedná se o případy, kdy je hospicový tým plně obsazen, může ošetrovatelskou pomoc poskytnout pracovník charity a zase naopak. Domácí hospic také spolupracuje s Červeným křížem. Domácí hospic přebírá klienty do své péče, když se zhorší zdravotní stav klienta, je možné ukončit spolupráci s Červeným křížem, péči o klienta převezme domácí hospic. Další spolupráce je v případě, kdy klient žádá o hospicovou péči, ale nesplňuje podmínky pro přijetí. V takovém případě je klientům nabídnuta pomoc od Červeného kříže.

Obsah činnosti sociální pracovníce ve strakonickém hospici odpovídá textu knihy od Studenta J. Ch., Sociální práce v hospici a paliativní péče.

4.3.2 Postavení sociální pracovníce v MDT domácího hospice sv. Markéty

Vůči MDT vystupuje sociální pracovníce jako centrální pracovníce, která je ve středu veškerého dění v hospici, zároveň je zastupující vedoucí pracovnící. Sociální pracovníce v hospici sv. Markéty je pracovnící, která podporuje názory ostatních členů týmu a má na paměti cíl hospice. Koordinuje veškerou činnost v hospici, a to jak s členy týmu, tak i s klienty.

Sociální pracovníce při práci s klienty využívá klidnou komunikaci. Ta bývá většinou harmonická a odlišné názory se daří vyřešit. Při výkonu mé praxe v domácím hospici sv. Markéty jsem měla možnost být účastníkem a pozorovat, jak tým spolupracuje a snaží se o naplnění všech potřeb klienta. K tomu byla všestranná komunikace nezbytná. Každé ráno se sešel celý tým pracovníků a projednávaly se individuální potřeby jednotlivých klientů a navrhovala se příslušná řešení. Sociální pracovníce svolává pravidelné porady, při kterých jsou předávány potřebné informace a zároveň slouží jako jádro veškeré odborné činnosti. Každý člen týmu má prostor na vyjádření svého názoru a sociální pracovníce většinou vede tuto diskuzi a schvaluje navržené řešení členem týmu.

Sociální pracovníce vnímá klienta komplexně a na jeho žádost zprostředkovává kontakty s dalšími profesionály, nejčastěji s duchovním, ojediněle s psychologem, aby mohly být naplněny veškeré klientovy potřeby. Ohledně zdravotní péče tyto potřeby zajišťuje zdravotní personál. V případě nutnosti dalších lékařských specialistů zprostředkovává sociální pracovníce jejich kontakt s nemocným.

Práce sociální pracovníce se v jistých oblastech prolíná s prací ostatních členů týmu. To, co mají společné všichni členové MDT v Domácím hospici sv. Markéty ve Strakonících, je podpora klienta a jeho rodiny, a zajištění jeho potřeb. V domácnosti klienta vykonávají všichni pracovníci takovou činnost, o kterou je klient nebo jeho rodina zrovna požádají. Stává se tak, že sociální pracovníce pomáhá v ošetrovatelské činnosti, zdravotní sestra zabezpečuje potřebný materiál pro klienta nebo jej podporuje v sociálních vazbách. Ošetrovatelka naslouchá obavám klienta a společně hovoří o spirituálních tématech. Všichni členové MDT mají znalosti komunikace s umírajícím a jeho rodinou. Díky pravidelným poradám znají aktuální zdravotní stav klienta, jakou má léčbu, umí pečovat o umírajícího s laskavým a empatickým přístupem. Od pracovníků není slyšet, že nějakou činnost nebudou vykonávat, protože není v jejich kompetenci.

V MDT má každý člen určenou náplň práce. Některá nejde zastoupit jiným členem týmu. Tak je tomu například v případě prvního setkání klienta se sociální pracovnící. Tuto činnost vykonává pouze ona, protože má odborné znalosti v právní,

etické, psychologické i finanční oblasti. Nezastupitelnost role sociální pracovníce je i v činnosti koordinátora. Vzhledem ke svému postavení v týmu a komplexnímu přehledu o klientově situaci, je na sociální pracovníci, aby na svolaných poradách domlouvala s členy týmu další postupy péče o klienta. Sociální pracovníce je také zodpovědná za zprostředkování kontaktů s dalšími odborníky. Podobně je činnost sociální pracovníce nezastupitelná i v případě společné terapie pro zesnulé či jiných obdobných činnostech, které spadají pod odbornou práci sociálního pracovníka.

Při výkonu mé praxe v Domácím hospici sv. Markéty ve Strakoniciích jsem měla možnost pozorovat, jak sociální pracovníce vystupuje ve výkonu své role. Ve výše uvedených kapitolách jsem popisovala, jak by měl vystupovat sociální pracovník, jaká je jeho role a činnosti v hospicové péči. Ze získaných zkušeností vnímám, že sociální pracovníce v hospici sv. Markéty je profesionálkou, která pracuje v souladu s Etickým kodexem sociálních pracovníků i Etickým kodexem hospicové péče a vykonává poradenskou službu podle platné legislativy. Práci sociální pracovníce, jak jsem měla možnost v praxi zaznamenat, koresponduje s teoretickými poznatky uvedenými v této bakalářské práci. Je aktivní spolupracovnicí MDT a její prioritou jsou zájmy a práva klienta. Vystupování sociální pracovníce je klidné, čímž pomáhá navodit u klienta pohodu, klientovi i jeho rodině nabízí emocionální podporu. Sociální pracovníce má několikaleté zkušenosti, díky kterým je schopna prakticky řešit i různé situace, které se již kdysi v péči o umírající naskytly, může tak hodnotit, zda byla řešení úspěšná či nikoliv. K dobrému pracovníku je třeba se dopracovat praxí, díky které nabude mnoho zkušeností v daných situacích a díky dlouholeté praxi se i „prohovoří“ k lepší komunikaci s klienty, která se může zdát obtížná, protože je důležité dbát na šetrná slova. Díky správně zvolené komunikaci sociální pracovníce se jí daří u klientů zvýšit pocit bezpečí.

Závěr

V hospicové a paliativní péči je hlavním cílem odstranit fyzickou bolest a emocionální utrpení, chránit důstojnost umírajícího a podporovat co nejčastější styk s blízkými. V závěru života mívají umírající nejčastější obavy ze ztráty důstojnosti spojené s nelidským zacházením a prodlužováním umírání spojeným s utrpením. K dobré a důstojné smrti patří umožnit prožít zbývající část života bez velkých bolestí, v kruhu svých nejbližších a v psychické pohodě. K tomu velkým dílem přispívá i sociální práce.

Sociální práce v hospici svými kompetencemi povzbuzuje klienty v zátěžových situacích a životních krizích. Snaží se zajistit biopsychosociální pohodu klienta, ve které nahlíží celostním pohledem na člověka a jeho život. Sociální pracovník si uvědomuje svoji angažovanost v hospici a ve spolupráci s klientem projednávají postupy péče. Bez vědomí či proti vůli klienta se neděje žádné rozhodnutí. Umírající, doprovázející a truchlící jsou v centru hospicové činnosti. Sociální práce dbá na důstojnost člověka a posiluje jeho autonomii, která je základním postojem, ve kterém se sociální práce shoduje s myšlenkou hospice.

K zajištění kvalitní celostní péče klientovi je zapotřebí multidisciplinárního týmu, který svými činnostmi nabízí zdravotní, sociální, duchovní a duševní péči a podporu. Sociální pracovník podporuje ostatní členy týmu k profesnímu rozvoji, zdravému sebevědomí a pozitivnímu vztahu k sociální práci. Sociální pracovník dbá na sladění činností uvnitř týmu a snaží se vhodnou komunikací odstraňovat případná nedorozumění či konflikty na pracovišti a odstraňovat nesoulad či nepohodu, které by se mohly odrazit na pohodě respektive nepohodě klienta.

Cílem mé práce bylo vymezit roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu. Studium literatury se mi podařilo hlouběji proniknout do tématu hospicové a paliativní péče. Podrobněji jsem se seznámila s činností sociálního pracovníka v hospici, který je důležitým pracovníkem při kontaktu s umírajícími, doprovázejícími i truchlícími a zároveň je nepostradatelným členem MDT, ve kterém svými kompetencemi přispívá k naplnění komplexních klientových potřeb. Z dostupných zdrojů bylo zjištěno, že sociální pracovník je důležitým členem týmu, který klientům pomáhá ke klidnému a kvalitnímu dožití s ohledem na lidskou důstojnost.

Z praktické zkušenosti, kterou jsem získala v domácím hospici sv. Markéty, lze zhodnotit, že nabyté teoretické poznatky uvedené v této práci, jsou shodné s praktickou činností. Z teoretických poznatků i praktické zkušenosti je patrné, že sociální pracovník sehraává v multidisciplinárním týmu významnou roli, bez jehož přítomnosti by se nedalo hovořit o celostní péči o klienta. Sociální pracovník vykonává veškeré činnosti, které jsou mimo pracovní kompetence ostatních členů týmu. Tím se sociální pracovník stává důležitým prvkem, který vyplňuje mezery v odborných kompetencích MDT při péči o klienta, lze tak hovořit o zajištění komplexní péče o klienta a kvalitním prožití zbývajícího života.

V hospicové oblasti se může zdát sociální práce jako druhořadá za zdravotní péči. Propojení těchto dvou oborů je patrné v oblasti financování, kde se dva státní resorty podílejí na financování hospicové a paliativní péče. To přináší značné komplikace, kde vedle profesionální péče o klienty, musí hospic shánět další finanční prostředky, aby mohly být pokryty provozní náklady hospice. Do budoucna proto spatřuji jako podstatné, aby se vyřešily způsoby úhrad za poskytovanou péči, tím profesionálů by se tak mohl soustředit na poskytování kvalitní komplexní péče klientům a nestresovat se obavami, zda sežene dostatečné finanční prostředky

na udržení chodu hospice i do dalšího roku. Problematika financování hospicové a paliativní péče by se tak mohla stát dalším zkoumaným tématem, kterým lze navázat v jiné závěrečné práci.

Seznam literatury

1. BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče v geriatрии*. 2. dopl. vyd. Ostrava: Ostravská universita v Ostravě, 2019. ISBN 978-80-7368-835-6.
2. BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. a kol. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú., 2015. ISBN 978-80-905973-3-4.
3. HRDÁ, K. *Multidisciplinárny tým v akci*. Nadační fond Veolia, 2015-2017. ISBN 978-80-907190-1-9.
4. KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-807345-496-8.
5. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
6. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-7348-3.
7. SIEBEROVÁ, J. *HOSPIC: Příběh naplněné naděje*. Praha: Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.
8. SLÁMA O., KABELKA L., VORLÍČEK J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. el. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-871-1.
9. STUDENT J. Ch., MÜHLUM A., STUDENT U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H &H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
10. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzať*. Bratislava: Lúč Vydavateľské družstvo, 2001. ISBN 80-7114-335-9.
11. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-6847-2.
12. TOMEŠ I., DRAGOMIRECKÁ E., SEDLÁROVÁ K., a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2972-8.
13. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
14. *Sešit sociální práce. Sociální pracovník v multidisciplinárním hospicovém týmu*, 2015, č. 3, Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.
15. Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění platném k 1.4.1997.

16. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.1.2007.
17. Zákon 372/2012 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 1.4.2012.

Elektronické zdroje:

18. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, [online] © 2010, Webdesign a CMS: Petr Holman 2017. [cit. 2021-09-16 a 2022-01-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz>>.
19. ČÍPKOVÁ, I. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. *Sociální práce/sociální práce*. [online] Online články 7. 10. 2015, č. 4, [cit. 2021-09-21]. Dostupné na WWW: <<https://www.socialniprace.cz>>.
20. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů rady Evropy členskými státy. *O organizaci paliativní péče*. [online] Projekt paliativní péče v České republice. Praha 2004. [cit. 2021-10-04]. Dostupné na WWW: <<http://cestadomu.cz>>.
21. KABELKA, L., SLÁMA, O., LOUČKA, M. *Paliativní péče v české republice 2016, Situační analýza*. [online] Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP 2016, [cit. 2021-11-27]. Dostupné na WWW: <<https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>>.
22. STANÍČKOVÁ, Z. *Paliativní péče*. [online] © NeoPaliatia 2021, [cit. 2021-11-27]. Dostupné na WWW: <<https://neopaliatia.cz/paliativni-pece/>>.

Seznam zkratk

- LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných
- MDT – Multidisciplinární tým
- MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
- MZ – Ministerstvo zdravotnictví

LIŠKOVÁ, E. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce M. Ehrlichová.

Klíčová slova: paliativní péče, hospicová péče, sociální práce v hospici, sociální pracovník v hospici, umírající, doprovázející, truchlící, multidisciplinární tým

ABSTRAKT

Práce se zabývá postavením sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu, popisuje, v čem je činnost sociálního pracovníka v hospici jedinečná a v čem se jeho práce prolíná s činnostmi ostatních členů multidisciplinárního hospicového týmu. Pro objasnění zadaného tématu je zprvu popsána paliativní a hospicová péče a jejich formy. Dále popisuje sociální práci v hospici, která se věnuje umírajícím, rodinným příslušníkům a pozůstalým, objasňuje, jaká je role sociálního pracovníka v hospici. Další část práce se zaměřuje na multidisciplinární spolupráci v hospici. Teoretické poznatky uvedené v této práci jsou doplněny konkrétním příkladem týmové spolupráce Domácího hospice sv. Markéty ve Strakonících a rolí sociálního pracovníka v něm.

LIŠKOVÁ, E. *The social worker's role in the multidisciplinary hospice team.*

Key words: palliative care, hospice care, social work in hospice, social worker in hospice, dying, accompanying, mourning, multidisciplinary team

ABSTRACT

The thesis deals with the position of a social worker in a multidisciplinary hospice team, and describes how the activity of a social worker in a hospice is unique, and how his work intersects with the activities of other members of the multidisciplinary hospice team. To clarify the assigned topic, palliative and hospice care and their forms are first described. It also describes social work in the hospice, which deals with the dying, family members and survivors, clarifies the role of a social worker in the hospice. The next part of the work focuses on multidisciplinary cooperation in the hospice. The theoretical knowledge presented in this work is supplemented by a particular example of teamwork of the home hospice of St. Markéta in Strakonice and the role of a social worker in it.