



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Úloha multidisciplinárního týmu

v geriatrické paliativní péči

v kontextu ucelené rehabilitace

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Andrea Valošeková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci s názvem Úloha multidisciplinárního týmu v geriatrické paliativní péči v kontextu ucelené rehabilitace jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce v nezkrácené podobě, elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29. 4. 2021

Bc. Andrea Valošeková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za její čas a cenné rady při zpracování diplomové práce. Informantům děkuji za ochotu k rozhovorům a k zamyšlení. Děkuji také mému muži Tomášovi, mým rodičům i celé rodině za pomoc a podporu v rámci celého studia.

Andrea Valošeková

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá úlohou multidisciplinárního týmu (MDT) v kontextu koordinované rehabilitace, se zaměřením na týmovou práci v geriatrické paliativě. Cílem je zmapovat jak paliativní geriatrickou péči, tak pozice, úkony a úkoly členů multidisciplinárních týmů, stejně jako jejich provázanost či případné limity v týmové práci. Cílem práce je rovněž nahlédnout geriatrickou paliativní péči optikou koordinované rehabilitace.

Práce je rozdělena do dvou základních částí. První je teoretická a popisuje v ní současný stav tématu. V první kapitole se věnuji pojmu paliativní péče a vymezuji její geriatrickou složku. Sleduji historické hledisko, popisuji vybrané pojmy a zčásti také některé zahraniční zkušenosti. V kapitole pojednávající o koordinované rehabilitaci se věnuji některým jejím složkám, které k paliativní péči náležejí. V kapitole zaměřené na multidisciplinární tým vymezuji složení, role jeho členů, komunikaci a spolupráci na plánu péče o klienta/pacienta. Věnuji se v ní také podpoře, která je členům MDT pro náročnost jejich práce poskytována.

Druhá část práce se zaměřuje na výzkumný cíl. Stanovuji výzkumné otázky, popisuji použitou metodiku výzkumu, předkládám vlastní výzkum a jeho výsledky. Pro základní orientaci mi pomohl předvýzkum – účast na workshopu multidisciplinárního týmu a pilotní rozhovor. K získání výzkumných dat jsem použila kvalitativního výzkumu, konkrétně metodu dotazování, polostrukturovaný rozhovor. Výzkumných rozhovorů je pět. Informanti jsou členové MDT různých organizací věnujících se paliativní péči. Výsledky výzkumu jsou zpracovány v samostatné kapitole a jsou rozděleny do výzkumných otázek a kategorií. Práce má svou diskuzi i závěr.

Výsledky mé práce mohou čtenářům poskytnout možnost zorientovat se v úloze multidisciplinárního týmu v geriatrické paliativní péči, a nahlédnout ji v kontextu ucelené (koordinované) rehabilitace.

Klíčová slova: geriatrická paliativní péče, koordinovaná rehabilitace; multidisciplinární tým

Abstract

My thesis focuses on the role of a multidisciplinary team in the context of the coordinated rehabilitation with the special emphasis on the teamwork in the geriatric palliative care. The aim of the thesis is to map palliative the geriatric care and the roles, activities and tasks of members of multidisciplinary teams. It should also map their interconnection and possible limits in their teamwork. Another aim of my paper is to look at the geriatric palliative care using the perspective of the coordinated rehabilitation.

The work consists of two main parts. The first part is theoretical and describes the current state of the topic. In the first chapter, I deal with the concept of the palliative care and define its geriatric component. I follow the historical point of view, describing particular concepts and some foreign experiences. In the chapter on coordinated rehabilitation, I address some of the components inherent to the palliative care. In the section on the multidisciplinary teams, I outline their composition, roles of their members, communication and cooperation on the client / patient care plan. I also focus on the support that is provided to MDT members given the demanding nature of their work.

The second part focuses on the research goal of the work. The research questions are outlined, the methodology described, and the research itself is presented, including its results. I used preliminary research for basic orientation, i.e. –the participation in a workshop of a multidisciplinary team and a pilot interview. To obtain research data, I used qualitative research, specifically the questioning method via a semi-structured interview. There are five research interviews. The informants are members of multidisciplinary teams of various organizations involved in the palliative care. The results are presented in a separate chapter, categorized according to research questions and subquestions. The thesis also includes discussion and conclusion.

The results of my thesis can provide readers with the opportunity to get an insight into the work of multidisciplinary teams in the geriatric palliative care, in the context of the comprehensive (coordinated) rehabilitation.

Key words: geriatric palliative care, comprehensive rehabilitation, multidisciplinary team

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1.1 Paliativní péče	10
1.1.2 Geriatrická paliativa	12
1.1.3 Historie PP v ČR a vybraní hybatelé v oblasti geriatrické paliativy	13
1.1.4 Vybrané pojmy z oblasti paliativní péče	15
1.1.5 Formy poskytování paliativní péče	17
1.1.6 Hospicová péče.....	17
1.1.7 Paliativní péče v pobytových sociálních zařízeních pro seniory	20
1.1.8 Nemocniční (geriatrická) paliativní péče	21
1.1.9 Specializované vzdělávání v oblasti paliativní péče v ČR	22
1.1.10 Postřehy ze zahraničí	22
1.2 SLOŽKY KOORDINOVANÉ REHABILITACE V GERIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČI.....	24
1.2.1 Výklad pojmu koordinovaná rehabilitace	24
1.2.2 Koordinovaná rehabilitace a paliativní péče.....	24
1.2.3 Fyzioterapie	25
1.2.4 Ergoterapie.....	26
1.2.5 Sociální rehabilitace.....	27
1.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	28
1.3.1 Výklad pojmu	28
1.3.2 Role některých členů MDT.....	30
1.3.3 Vývoj týmu	33
1.3.4 Komunikace v týmu.....	33
1.3.5 Plán péče	38
1.3.6 Spolupráce MDT s pacientem a jeho rodinou	39

2 VÝZKUMNÁ ČÁST	40
2. 1 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
2.1.1 Cíl práce	40
2.1.2 Výzkumné otázky	40
2. 2 METODIKA	40
2.2.1 Použitá metodika pro výzkumnou část práce	40
2.2.2 Sběr dat	41
2. 3 VÝSLEDKY	44
2.3.1 Výzkumná otázka č. 1: Jak jednotliví členové multidisciplinárního týmu vnímají svojí roli?	44
2.3.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak je zajištěna kompaktnost spolupráce MDT (komunikace, funkčnost, podpora)?.....	52
2.3.3 Výzkumná otázka č. 3: Jakou péči poskytuje jejich tým v rámci zařízení, ve kterém pracují?.....	63
2.3.4 Výzkumná otázka č. 4: Jaký je podle informantů vztah koordinované rehabilitace a geriatrické paliativní péče?.....	67
3 DISKUSE	70
4 ZÁVĚR	83
SEZNAM LITERATURY a ZDROJŮ.....	84
SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
PŘÍLOHY	
PŘÍLOHA č. 1	
PŘÍLOHA č. 2	
PŘÍLOHA č. 3	
PŘÍLOHA č. 4	
PŘÍLOHA č. 5	
PŘÍLOHA č. 6	

ÚVOD

Úcta k životu je nejvyšší instance. Albert Schweitzer

Žijeme v době, kterou charakterizují populační změny. Za jednu z nejvýraznějších považují stárnutí populace. S ní je totiž spojeno prodlužování délky života, resp vzrůstající počet let prožitých člověkem většinou již ve stáří, ztížené soběstačnosti, v nemoci. Je známo, že v posledních dvaceti letech se délka života prodloužila dokonce o osm let (Kabelka, 2018). To vše jsou ukazatele, které s sebou nutně nesou i zvýšenou potřebu péče o staré, chronicky nemocné lidi, jejichž život směřuje ke svému závěru.

Dopad stárnutí populace lze sledovat zejména na pomezí zdravotně – sociální péče. Kalvach (in Hrdá, 2018) vnímá, že proměnu provází nejen hledisko změn finančních, ale také vývoj na úrovni organizační a metodické. Strukturálně se poněkud mění věk klientů/pacientů, složení pečujícího personálu. Oblast této péče zažívá proměnu jak v oblasti ambulantní a lůžkové péče, tak v péči terénní. Rozvoj zažívá i nemocniční paliativní péče. Celkový vývoj tohoto poměrně mladého oboru, který se již neorientuje na záchranu života, ale na potlačení bolestivých symptomů nemoci a kvalitu života umírajícího, je trendem, který se v posledních 30 letech šíří po celém světě (Hrdá a kol., 2018).

Pokud bychom nahlédli do nedávné historie, je patrné, že umírání bývalo dříve prováděno chladnou profesionální péčí a v medicínské praxi dokonce považováno za selhání (Haškovcová in Bužgová). Dnes se paliativa transparentně zabývá péčí o lidi s prognózou, která nepovede k zotavení, ale k letálnímu konci. Otázka odpovědnosti za léčebný proces tu nestojí na jednotlivcích. Multidisciplinární spolupráce je zapojením dvou a více odborníků, kteří v různých profesních obměnách tvoří tým. Takový týmový přístup s sebou nese myšlenku pohledu na člověka jako bytost komplexní, bio-psycho-socio-spirituální. Potud vše dává smysl. Jak však zdůrazňuje Kalvach (in Hrdá, 2018), současný stav systémové roztržitosti této proměně příliš nesvědčí. Objevují se problémy, jako je nedostatek personálu, legislativní a metodické bariéry, překračování kompetencí, frustrace či vyhoření lidí. Výsledkem je dosud zbytečná míra utrpení pacientů/klientů. Nepochybně však existují ostrůvky dobré praxe, které dokumentují snahu po rozšíření a zkvalitnění tohoto přístupu orientovaného na člověka.

Ze všech výše uvedených důvodů se ve své práci věnuji současnému stavu, který bych ráda zmapovala. Výběr tématu je podpořen vlastní praxí v oblasti geriatrické paliativy. Měla jsem příležitost být přítomna dílčímu vývoji geriatrické paliativy v jednom z domovů pro seniory jako fyzioterapeutka. Vzhledem k tomu, že se jednalo o praxi krátkodobou, téma paliativní péče jsem tu pouze „ochutnala“. Proto mě motivuje zorientovat se v něm více. Téma považuji za rozvojové a je pro mě přitažlivé i tím, že se věnuje ve společnosti nadále spíše tabuizovanému, a současně stále aktuálnímu tématu umírání a smrti. Pokusím se jej nastítnit tak, aby bylo užitečné a rozvojové také pro jeho čtenáře.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V této kapitole se věnuji podrobnějšímu vysvětlení pojmů paliativní péče a geriatrická paliativní péče. Krátce nahlížím do historie vzniku oboru a jednotlivých zařízení hospicové péče, monitoruji současné hybatele v oblasti PP v České republice. Považuji též za důležité blíže vysvětlit některé pojmy, které mohou být zaměňovány. Následně popisuji užívané formy paliativní péče v oblasti sociálních služeb i zdravotnictví. Nevynechávám důležitou oblast vzdělávání odborníků v této oblasti. Na závěr kapitoly krátce nahlížím i do některých zahraničních zkušeností.

1.1.1 Paliativní péče

Pallium je latinsky rouška, *paliativní* znamená zastírající bolestivé příznaky (Čeledová a kol., 2016). Útěšná (úlevná) paliativní medicína je v nejširším slova smyslu uceleným systémem pomoci umírajícím a jejich rodinám, postojem k léčbě nevyléčitelně nemocného, kde péče je poskytována také blízkým nemocného, a to i po jeho úmrtí (Kabelka, 2017). Otázkám paliativní péče začíná být věnována stále větší pozornost, a přesto, že jde o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu, bývá popisována jako nová specializace (Vorlíček a kol., 2004).

Zákonná úprava paliativní péče je v českém právním systému zakotvena v §5 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, odstavec h). Ten ji vymezuje jako specifický druh služby, jejímž cílem je *zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí*. WHO v roce 1990 definuje PP jako aktivní a komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Cílem PP je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (in Bužgová, 2015). Novější definice WHO z roku 2002 je komplexnější. PP může být podle ní zavedena již v dřívější fázi léčby, a netýká se jen pacientů, ale i jejich blízkých (Sepúlveda in Bužgová, 2015).

Dle WHO (in Kupka, 2014) lze obecně definovat tyto následující charakteristiky paliativní péče:

- ✓ poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení
- ✓ umírání vnímá jako přirozený, fyziologický proces

- ✓ smrt neurychluje ani nezadržuje, nechává ji „volně plynout“
- ✓ respektuje spirituální i psychologické potřeby člověka
- ✓ systematicky podporuje pacienty v přiměřené aktivitě až do konce života, udržuje kvalitu jejich života
- ✓ nabízí rovněž podporu rodinám a blízkým nemocného, díky které se tito mohou snáze vyrovnat se situací
- ✓ podporuje týmový přístup a jeho flexibilitu (WHO in Kupka, 2014)

Hrdá (2018) vidí fokus PP v orientaci na kvalitu života umírajícího, na respekt k jeho přáním, k integritě jeho osobnosti. Důstojnost je v tomto druhu péče zásadním pojmem, prakticky odpovídajícím možnosti svobodně (o sobě) rozhodovat, což lze považovat i za jeden z hlavních stavebních kamenů demokratické společnosti (Cesta domů, 2004). Zásadní podmínkou kvality péče je postoj pečujícího profesionála k nemocnému a jeho blízkým, jeho vynikající komunikační schopnosti, znalosti symptomové léčby, respekt k člověku jako lidské bytosti, nadhled a osobní motivace (Kabelka, 2017).

Paliativní péči rozdělujeme na obecnou a specializovanou. *Obecnou* PP, která je využívána v situaci pokročilého onemocnění, charakterizuje především otevřenost v komunikaci, orientace na kvalitu života, mírnění symptomů a psychosociální podpora (Skála a kol., 2011). Obecnou PP poskytují jak všichni zdravotníci, tak i další personál zařízení, ve kterém sice není paliativa hlavní činností, avšak dá se očekávat, že práce s umírajícími může být součástí života v nich. Pokud je patrné, že závažnost potřeb pacienta/klienta přesahuje možnosti tohoto zařízení, měl by mu být umožněn přístup k paliativní péči specializované (Kabelka, 2018). *Specializovaná* paliativa je realizována především zařízeními či organizacemi, v nichž je PP primární činností. Jedná se o ambulance specializovaných odborných lékařů (paliatrů), o hospice (vč mobilních), v některých případech i o domovy pro seniory. Poskytování specializované paliativní péče je vždy podmíněno přítomností paliatra (Čeledová a kol., 2016). Specializované služby paliativní péče jsou rozdílně regionálně dostupné, což lze zaznamenat nejen v ČR, ale i napříč státy (Payne a kol., 2007).

Umírající a jejich rodiny zažívají v průběhu nemoci člověka mnoho problémů. Pomoc potřebují zejména v případě progresse onemocnění, a proto je efektivní, když je paliativní péče poskytována po celou dobu procesu umírání, a to od chvíle stanovení diagnózy, přes progresi nemoci, až po letální finále (Hall a kol., 2011). Jak tvrdí Haškovcová (2007), kauzální léčba může být ukončena, nikdy však nekončí péče jako taková. Léčbu vedoucí ke znovuuschopení člověka je ale třeba nahradit léčbou paliativní, a následně péčí terminální.

Niedermann a kol., (2016, s. 7) uvádí, že *původně byla paliativní péče zaměřena především na ošetřování onkologicky nemocných pacientů, dnes se těžiště přesunulo na geriatrickou dlouhodobou péči.*

1.1.2 Geriatrická paliativa

Geriatric je oborem medicíny, který poskytuje specializovanou péči starší populaci (Holmerová a kol., 2007). Geriatrická PP řeší především symptomy (příznaky nemocí), snaží se o co maximální možnou kvalitu života a funkční schopnost člověka, a z péče nevynechává ani blízké (rodinu) pacienta/klienta (Kabelka, 2018). Jako cíl geriatrické paliativní péče vnímá Topinková (in Bužgová, 2015) zajištění léčby kauzální, symptomatické a podpůrné, přičemž intervence mají být zaměřeny na potlačení příznaků bolesti a nemají mít přílišnou ambici dlouhodobé léčby. Stejná autorka (in Bužgová, 2015) vidí cestu ke zlepšení procesu geriatrické PP v nastavení komplexnosti léčby (bio-psycho-socio-spirituální), a v dodržování etických principů.

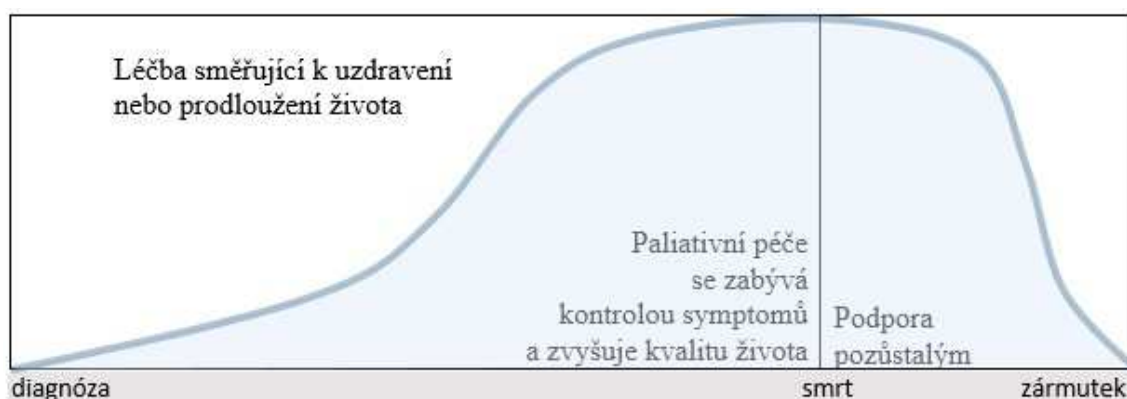
Soubor diagnóz polymorbidních geriatrických pacientů, kterým je poskytována paliativní péče, obsahuje zejména (Malíková, 2020):

- ✓ nádory maligního typu
- ✓ srdeční selhání chronického rázu
- ✓ chronickou obstrukční plicní nemoc
- ✓ jaterní cirhózu
- ✓ selhání ledvin
- ✓ syndrom demence

- ✓ morbus Parkinsoni
- ✓ degenerativní onemocnění CNS
- ✓ nervosvalové poruchy
- ✓ apalický syndrom
- ✓ multiorgánová selhání

Jako nejčastější důvod úmrtí lidí nad 65 let věku je pak podle statistik Eurostat pro rok 2019 uváděna rakovina a nemoci oběhové soustavy (online).

Paliativní péči nelze chápat jako prosté a okamžité odstoupení od kurativní léčby. Kabelka (2018) v této souvislosti předkládá tzv. *model časné integrace PP* (obr. č. 1), kterým dokumentuje potřebnost postupného přechodu mezi kurativou, paliativní péčí, a navazující podporou pozůstalým.



Obr. č. 1: Model časné integrace paliativní péče (Kabelka, 2018, s. 20)

Časná geriatrická paliativní péče může zlepšit úroveň kvality života klienta, a současně i jeho délku. Důležitá je schopnost personálu včas rozlišit, kdy už jsou intervence kurativní léčby nefunkční a kdy je u pacienta třeba nastavit léčbu paliativní (Kabelka, 2018). Hlavním cílem geriatrické PP je tedy především zmírnění symptomů nemoci na úlevnou úroveň. Léčbu je třeba na základě diskuse v týmu, s pacientem/klientem a rodinou zasadit do celkového plánu péče (Kabelka, 2018).

1.1.3 Historie PP v ČR a vybraní hybatelé v oblasti geriatrické paliativy

Historicky se v České republice paliativní péče rozvíjí především na podkladě britského modelu (Loučka in Bužgová, 2015). První oddělení paliativní péče vzniklo v roce 1992

v Babicích nad Svitavou, prvním hospicem pak byl v roce 1995 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Antonová a kol., 2018).

Základy hospice i celého tzv. *hospicového hnutí* byly položeny za účasti jedné z nejvýraznějších postav paliativní péče v ČR, MUDr. Marie Svatošové (Palán, 2018).

Důležitým mezníkem pro geriatrickou paliativní péči byl vznik *Sekce pro Geriatrickou paliativní péči* pod hlavičkou *České společnosti paliativní medicíny ČSL JEP*. Ta vývoj geriatrické paliativy v současnosti systematicky mapuje, analyzuje, a navrhuje rámcové cíle či priority (Paliativní medicína, online).

Poskytování paliativní péče je trendem, který se v posledních 30 letech šíří celým vyspělým světem, a který souvisí se zvyšujícím se věkem dožití a vysokým výskytem chronických chorob (Hrdá, 2018). Strategie rozvoje PP v ČR pro období 2011 – 2015 však konstatuje, že v ČR současný stav není dostatečný. „*Nezbytnou součástí vytvoření fungující paliativní péče v České republice, která bude dostupná všem, je podporovat a rozvíjet vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v této oblasti a vytvořit základy pro kvalitní komunikaci mezi lékařem a pacientem*“ (Strategie rozvoje PP v ČR, s. 25, 2010, online).

Základní cíle rozvoje paliativní péče dle ČSPM ČLS JEP (Kabelka, 2018) jsou:

- ✓ dostupná a kvalitní paliativní péče ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému v České republice, pro každého nevléčitelně nemocného
- ✓ možnost volby prostředí, v němž si každý pacient s nevléčitelnou chorobou přeje strávit konec života
- ✓ adekvátní psychologická a sociální podpora také pro rodinu a blízké nevléčitelně nemocného (Kabelka, 2018)

Za výrazného hybatele v oblasti paliativní péče bych ráda označila jednu z neziskových organizací. *Cesta domů* poskytuje vysoce specializovanou péči lidem na konci života a jejich blízkým, a současně je i aktivním inspirátorem a tvůrcem změny v oblasti pozitivního přístupu k otázkám péče o umírající. Posiluje vědomí, že umírání je důležitá součást života (*Cesta domů*, online). Upozorňuje na skutečnost, že hospicová zařízení

jsou sice schopna pokrýt určité procento péče, avšak většina zemřelých (asi 75%) umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných apod - proto podává pomocnou ruku všem těm, kteří mají snahu zlepšit péči o umírající (Špinková in Kalvach a kol., 2010).

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) definuje odborný a etický rámec fungování hospiců, a rovněž přispívá k pozitivní změně vztahu české společnosti ke smrti a umírání vůbec (Antonová a kol., 2018). APHPP mmj nastavila Standardy kvality hospicové paliativní péče, usiluje o profesní rozvoj, ale také o zvyšování povědomí o tomto druhu péče (Asociace hospiců, online).

O rozšíření paliativní péče se zasazuje rovněž *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR)*, která v roce 2016 vydává příručku paliativní péče pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory inpirovanou švýcarským modelem péče o seniory (Niedermann, 2016). APSS vystavuje rovněž vlastní *Certifikaci paliativního přístupu v sociálních službách* (APSS, online), a to poté, co dané zařízení projde podpůrnými konzultacemi s experty (lektory vzdělávacích kurzů), dalším vzděláváním (semináře pro pracovníky na téma základů paliativní péče a komunikace) a expertním šetřením v zařízení. Certifikace je zpoplatněná a uděluje se na období 3 let (APSS, online).

1.1.4 Vybrané pojmy z oblasti paliativní péče

Terminologie vyskytující se v paliativní péči nebývá jednotná, neboť je ovlivněna historickým vývojem a proměnou charakteru zdravotnických služeb v čase (Payne a kol., 2007), proto přináším vysvětlení některých pojmů:

Odlehčovací (respitní) péče

Odlehčovacími službami se rozumí služby terénní, ambulantní či pobytové, jejichž principem je dopomoc při péči o osoby, o které je jinak pečováno v jejich domácím prostředí. Poskytovány mohou být úkony jako je dopomoc při hygieně, zajištění stravy a stravování, kontaktu se společenským prostředím apod (zákon č. 108/2006 Sb., §44).

Hospicová péče

Termín vyjadřuje péči v zařízeních specializovaných na péči o pacienty trpící nevyléčitelnou nemocí. Nemocným je poskytována paliativní léčba, která mírní a zbavuje člově-

ka obtíží souvisejících s umíráním (Svatošová, 1998). Za zakladatelku hospicové péče v ČR je považována právě Marie Svatošová (GEN, 2017).

Hospicové hnutí

Hospicové hnutí je filozofická myšlenka, která člověka učí znovu považovat smrt za součást života, a šíří hospicovou péči dále do praxe (Umírání.cz, online). Za první nositelku je považována Cicela Saundersová (Vorlíček a kol., 2004).

Paliativní péče

Jde o léčebný *přístup*, v němž je kurativní (radikální) léčba redukována. Fokus je zaměřen především na léčbu bolesti. Předem není známa zbývající délka jeho života, a proto není ani vyloučeno zlepšení zdravotního stavu (Haškovcová, 2007). Koncept paliativy vychází ze zásad hospicového hnutí (Vorlíček a kol., 2004).

Podpůrná péče

Termín často spojovaný s paliativní péčí, zejména ve smyslu zřizování paliativních a podpůrných center při nemocnicích. Jde o činnosti a aktivity, které mohou zkvalitnit život pacientů, jejich blízkých, ale i personálu. Jde např o duchovní podporu, dobrovolnické aktivity, herní terapii apod (Thomayerova nemocnice, online).

Pozůstalostní péče

Jde o podpůrnou péči ve fázi *post finem* (viz pojem Thanatologie), která je poskytována formou provázení v oblasti psychosociální, právní či duchovní podpory (Cesta domů, online).

Terminální péče

Je léčebná péče v konečné fázi života. Jejím cílem je poskytovat konstantní a bezpečné symptomatické ošetření, které respektuje důstojnost a individualitu pacienta. Terminální péče také bere v úvahu jeho rodinu a blízké (Cancer Society of Finland, online).

Thanatologie

Nauka o umírání, která má interdisciplinární charakter (Haškovcová, 1997). V rámci procesu umírání odborníci rozdělují tři nestejně dlouhé fáze: *pre finem* - diagnostika

onemocnění neslučitelného se životem, *in finem* - terminální stav, a *post finem* - pozůstalostní péče (Kupka, 2011).

1.1.5 Formy poskytování paliativní péče

Jak uvádí Haškovcová (1997), hospice jsou sice vítaným, leč spíše doplňkovým způsobem péče o nevyлéčitelně nemocné. Vždyť 58% nemocných v ČR umírá v nemocničních zařízeních, v domácím prostředí pak je to 21%, a v léčebnách dlouhodobě nemocných 9% (Bužgová, 2015). V tuto chvíli můžeme registrovat celý komplex forem paliativní péče (Standardy paliativní péče, online):

- ✓ mobilní paliativní péče (mobilní hospice)
- ✓ zařízení hospicového typu (lůžkové, kamenné hospice)
- ✓ lékařské ambulance paliativní medicíny
- ✓ oddělení paliativní péče v rámci lůžkových zařízení nemocničního typu

Kalvach a kol. (2010) výše uvedené dělení dle Standardů paliativní péče potvrzuje. Poskytovat PP lze podle něj jak ambulantně, tak v prostředí domácím (mobilní hospice, agentury domácí péče), tak v zařízeních pobytového typu (lůžkový hospic, domov pro seniory, nemocnice, nemocnice dlouhodobé péče, psychiatrické léčebny). Strategie většího počtu forem paliativní péče je logickým vyllynutím potřeb regionálního pokrytí přístupu paliativní péče i statistiky úmrtí, neboť s narůstáním geriatrické populace logicky roste i potřeba geriatrické paliativy (Strategie rozvoje paliativní péče v ČR 2011-2015, online).

1.1.6 Hospicová péče

„Naším cílem je naplnit dny životem, nikoliv život dny“. Marie Svatošová

Počátky tzv hospicového hnutí lze vysledovat již v 19. století v Paříži, kde díky Jeanne Garnierové vzniká první zařízení, které odpovídá dnešní představě hospice (Antonová a kol., 2018). Za iniciátorku hospicového hnutí je pak považována Cicela Saundersová (Bužgová, 2015).

Umírající v terminální fázi života čelí především celkovému utrpení na fyzické i duševní úrovni, ztrátě soběstačnosti, prázdnotě zbývajících času (Čeledová a kol, 2016). Hospic proto nemocnému zajišťuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že bude vždy respektována jeho lidská důstojnost, a že v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Nežli se pacient dostane do hospicové péče, byly předtím vyčerpány všechny možnosti léčby (Svatošová, 2008).

Kromě účasti jednotlivých odborností tzv multidisciplinárního týmu je hospic poměrně specifický svou hojnou a nezastupitelnou úlohou dobrovolníků z laických řad (Haškovcová, 2007).

a. Hospic kamenný (lůžkový)

Jde o zařízení paliativní péče lůžkového typu na pomezí mezi zdravotní a sociální službou, ve kterém je péče na paliativní přístup přímo koncentrována, a v němž se poskytuje péče pacientům primárně v terminálním stadiu života (Hospice.cz, online). Kamenné hospice bývají zařízení pro pobyt blízkých osob a rodinných příslušníků pacienta. Převažují jednolůžkové pokoje s vlastním vybavením. Péče je tu poskytována nemocným s prognózou délky života kratší 6 měsíců, léčba tudíž není zaměřena na zlepšení celkového stavu pacienta a jeho návrat do běžného života, ale na úlevu a zlepšení kvality života odstraněním bolesti (Koncepte hospicové péče APHPP, online). Důležitým aspektem pak je celostní rozměr péče, včetně rozměru duchovního. Jak říká v televizním cyklu GEN (2017, minutáž 8:50) Marie Svatošová: *To je takový mýtus, že v hospici už se nelčí...Podívejte se, co je tady léků...Zde se opravdu léčí do poslední minuty života. Ne zcela ho uzdravit, ale nenechat ho trápit.*

Jednou z forem hospicové lůžkové péče je tzv *hospicový stacionář*. Nemocným nabízí možnost vrátit se při zlepšení stavu domů, a při relapsu být opět hospitalizován na lůžkovém oddělení (Haškovcová, 2007). Podobnou formou může být i tzv *odlehčovací pobyt*. Dle Cesty domů (online) nabízí odlehčení pečujícím - vystřídání v péči pro vlastní odpočinek. Pacient je přijat do pobytové služby na dobu ne delší než 2 – 3 týdny, a poskytovány jsou mu úkony dle sepsané smlouvy - oblékání, strava, hygiena ad. Kromě neomezeného kontaktu s rodinnými příslušníky či blízkými zde má zajištěny i další kontakty, například s dobrovolníky (Cesta domů, online).

Jako konkrétní příklady kamenných (lůžkových) hospiců v České Republice uvádím: Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Hospic sv. Jana N. Neumanna, v Prachaticích, Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech u Prahy, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě apod. Seznam hospiců lze nalézt na webových stránkách Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP, online).

b. Hospic mobilní (domácí)

Mobilní (domácí) hospic je terénní služba paliativní péče, která se rozvinula především ve Velké Británii a v USA (Vorlíček a kol, 2004). Je provozována v přirozeném prostředí nemocného a uplatní se všude tam, kde z geografických důvodů není možná návazná péče hospiců kamenného typu (Haškovcová, 2007).

Kabelka (2018) specifikuje mobilní hospic jako komplexní formu poskytování ambulantní paliativy v režimu domácí hospitalizace. Podstatou je terénní spolupráce multidisciplinárního paliativního týmu (odborníků z oblasti zdravotní péče, ošetrovatelství, sociální, psychologické i spirituální podpory) s nemocným a jeho blízkými.

Základní principy mobilní paliativní péče jsou:

- ✓ spolupodílnictví pacienta a jeho blízkých na vytváření plánu péče
- ✓ multidisciplinarita týmu, tedy komplexnost péče, součástí týmu jsou také dobrovolníci
- ✓ spolupráce MD týmu s okruhem dalších zainteresovaných odborníků (agentury domácí péče, odborní lékaři apod)
- ✓ zaměření na léčbu bolesti a další specifických syndromů
- ✓ služba doprovázení pozůstalých, a to až do jednoho roku po úmrtí pacienta

(Skála a kol., 2011)

Kabelka (2018) doporučuje jako efektivní zřídit mobilní hospic souběžně s lékařskou paliativní ambulancí z důvodu časných indikací a nastavení dalšího plánu péče o nevyléčitelně nemocného.

Jak v rozhovoru z roku 2019 uvádí Marie Svatošová (Palán, 2019), mobilní čili domácí hospice se v současné době nadále potýkají s velkým nepochopením (především ze strany zdravotních pojišťoven), svítá však naděje - po téměř triadvaceti letech své činnosti mají již takové renomé, že jejich budoucnost je velmi pravděpodobně zaručena.

1.1.7 Paliativní péče v pobytových sociálních zařízeních pro seniory

Termín *pobytové zařízení pro seniory* vymezuje zákon č. 201/2006 Sb. v § 34. Ten je dále dělí na domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře. Domovy pro seniory (§34 e) jsou určeny k dlouhodobému pobytu osobám se ztrátou soběstačnosti výhradně z důvodu věku. Domovy se zvláštním režimem (§34 f) poskytují služby osobám s chronickým duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách, stařeckou, Alzheimerovou a dalšími typy demencí. Týdenní stacionář (§34 c) rovněž poskytuje pobytové služby, avšak s předpokládanou možností občasného pobytu v domácím prostředí. Sociální služby jsou podle §52 stejného zákona poskytovány rovněž ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Podle §78 zákona o sociálních službách lze služby pobytového typu poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb - rozhodnutím o *registraci* Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Stále častěji však služby péče o seniory provozují zařízení neregistrovaná, na jejichž nedostatky upozorňuje již několik let veřejný ochránce práv. Ten vidí problémy především v nevyhovujícím materiálním a technickém vybavení, nekvalitní péči, nedostatečné hygieně apod (Macháčová, Holmerová a kol., 2019).

Za podpory Nadačního fondu Avast aktuálně probíhá organizačně – vzdělávací *Proces integrace paliativní péče do pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory*. K myšlence zavést PP i do pobytových zařízení pro seniory docházelo velmi logicky a postupně, na základě častých zkušeností, kdy klienti v závěrečných fázích svého života byli z důvodu zhoršení zdravotního stavu hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních, odkud se však vraceli v horším stavu, nežli při odjezdu – s proleženinami, menší mírou soběstačnosti, často i se zhoršením kognitivních schopností (Hrdá, 2018).

Jak uvádí Kupka (2011), přeložit neperspektivního pacienta do léčeben pro dlouhodobě nemocné je poměrně známý trend. Zdá se, že na pracovištích, kde je dosud umírání zdrojem úzkosti personálu, je klient/pacient jako „horký brambor“ a personál by si přál mít možnost jej poslat jinam. Jako východisko této situace pak Kupka (2011) vidí

vytvoření a šíření nového modelu paliativní péče, které je důležité jak v pobytových zařízeních pro seniory, tak v podmínkách hospitalizace v nemocnicích.

1.1.8 Nemocniční (geriatrická) paliativní péče

V nemocnicích či zdravotnických zařízeních, která jsou podle Bužgové (2015) obvyklým místem zjištění letální diagnózy u (nejen) geriatrického pacienta, by principy paliativní péče měly být aplikovány primárně. Existují zdravotnická zařízení, kde fungují ambulance paliativní péče, jinde jsou lůžková oddělení paliativní péče, někde lze nalézt také tzv konziliární paliativní týmy (Centrum paliativní péče, online).

a. Ambulance paliativní péče

Je specializovaná ordinace paliatra - odborníka na paliativu a léčbu bolesti - která poskytuje odbornou pomoc pacientům pobývajícím v domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních, a většinou úzce spolupracuje s praktickým lékařem, agenturou domácí péče, mobilním hospicem ad (Sláma, 2012).

b. Konziliární tým paliativní péče

Skládá se z lékařů, sociálních pracovníků, psychologů a dalších odborníků, někdy podporovaných asistentem týmu (Metodika MZ ČR, 2019). Jeho úkolem je nejen podpora pacienta a rodiny, ale také personálu nemocničního zařízení - zajištění kontroly nad zatěžujícími zdravotnickými úkonyi dopomoc k rozvoji výzkumu v oblasti paliativní péče v prostředí nemocnice (Bužgová, 2015). Speck (2006) popisuje činnost *palliative mobile teams in hospital*. Uvádí, že v Anglii jako první začal takový tým pracovat v Nemocnici Sv. Tomáše v Londýně. Paliativní mobilní týmy v nemocnicích v Anglii mají podle Specka (2006) multidisciplinární kompozici a čítají ideálně 3 – 4 členy. Pečují o pacienta v rámci PP, stanoví plán péče, poskytují poradenské konzultace. Nadále ovšem zůstávají ve spolupráci s původním oddělením péče, na jehož bedrech zůstává odpovědnost za proces léčby.

Jako vhodná demonstrace rozšiřování paliativních principů v ČR by mohl posloužit aktuální příklad Ústřední vojenské nemocnice v Praze. ÚVN pod hlavičkou projektu *Spolu až do konce* cílí na integraci principů PP do praxe klinických pracovišť, včetně vzdělávání a dalšího rozvoje multidisciplinárních týmů. Dokončuje oddělení paliativ-

ních lůžek, věnuje se zajištění terénní hospicové zdravotní péče, osobní asistence a sociálně – zdravotního poradenství (Gutová a kol., 2017).

1.1.9 Specializované vzdělávání v oblasti paliativní péče v ČR

Vzhledem k nutnosti specializované péče o umírající (nejen) geriatrické pacienty je namísto hovořit také o možnostech vzdělávání. Jak hodnotí Kabelka (2018) lékaři by už v rámci studia měli být připravováni na skutečnost péče i v podmínkách poskytování paliativy obecné, což však Kabelka (2018) hodnotí jako v současnosti nedostačující. ČSPM ČLS JEP (in Kabelka, 2018) proto usiluje o rozvoj kvalitního postgraduálního studia, jehož cílem je rozvoj znalostí, dovedností, ale také postojů a chování zdravotníků. Nově probíhá od roku 2011 v nástavbovém oboru Paliativní medicína se specifickým zaměřením na otázky závěrečné fáze života. Druhým oborem je pak rovněž nástavbový obor Léčba bolesti (Sláma, 2012).

Pokud jde o zdravotní sestry i ostatní multidisciplinární tým, možnost vzdělání v paliativní péči je pro ně otevřena v rámci původních i nadstavbových kurzů ELNEC, a to včetně možnosti stáží ve specializovaných zařízeních paliativní péče, poskytování mentoringu, e-learningu apod (Centrum paliativní péče, online). Kurz je 8 modulový a zahrnuje kromě úvodu do paliativní péče také téma léčby bolesti a příznaků, etiky, kulturních a duchovních aspektů péče, komunikace. Neopomíjí ani přístup k bližním nemocného, témata posledních hodin života, ztráty, zármutku a žalu (Kabelka, 2018). Na rozvoji paliativní péče se edukativně podílejí také neziskové organizace (např Gaudia proti rakovině) svými kurzy psychohygieny i práce s nevyлéčitelně nemocnými (Hrdá, 2018).

1.1.10 Postřehy ze zahraničí

V zahraničí jsou budovány i další formy specializované paliativní péče. Kromě již uvedených konziliárních týmů jsou to: *denní stacionáře, specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro konkrétní diagnostické skupiny* ad (Standardy paliativní péče, online).

Velká Británie je považována za zemi, ve které má paliativní péče hluboké kořeny a péče o terminálně nemocné je tu celonárodní prioritou. Například multiprofesní tým PP v King's College Hospital v Londýně je velmi specializovaný. Má mmj své odborné

konzultanty, specializované klinické sestry, psychosociální pracovníky a administrátory (koordinátory). Je tak připraven poskytovat pacientům i personálu poradenské služby a služby zastoupení - *advocacy services* (Hall a kol., 2011). Vzdělávání v paliativě má v Anglii své čtyřleté výcvikové programy. Takovým prošla a konzultantkou se stala také česká lékařka MUDr. Radka Klézlová, která v Česku lektoruje vzdělávací semináře pro tuto oblast. Její kurzy i příspěvky na konferencích věnovaných tomuto tématu jsou v Česku hodnoceny jako velmi hodnotné a inspirativní (Centrum paliativní péče, online).

V rakouských (resp vídeňských) domovech pro seniory bývá ustanovena paliativní skupina, složená ze zástupců z řad odborností i pracovníků technického zázemí domova (úklid, kuchyně), a v neposlední řadě i jednoho zástupce obyvatel domova. Součástí práce této skupiny bývá reflexe proběhlých případů a návrhy dalších metodických postupů v celkovém rozvoji péče. Skupinu vede a řídí koordinátor, který odpovídá za průběh její celé práce (Hrdá, 2018).

Pokud jde o evropský přesah rozvoje paliativní péče, od roku 1988 funguje EAPC – *European Association for Palliative Care* (Evropská asociace pro paliativní péči). Její vznik byl iniciován italským paliatrem Vittorioem Ventafriddou, a v současné době sdružuje 57 profesních organizací z 33 členských evropských států a 3 z Austrálie a Nového Zélandu (EAPC, online). EAPC vydalo také tzv *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe* (Bílá kniha standardů hospicové a paliativní péče v Evropě), v níž jednotí nejčastěji užívané pojmy z této oblasti a určuje filosofický rámec tohoto druhu péče. Stanoví základní normy jako je dodržování autonomie a důstojnosti člověka, potřebu individuálního plánování a rozhodování, holistický přístup (Bílá kniha, online).

1.2 SLOŽKY KOORDINOVANÉ REHABILITACE V GERIATRICKÉ PALIATIVNÍ PÉČI

1.2.1 Výklad pojmu koordinovaná rehabilitace

Vychází z anglického pojmu *comprehensive* (komprehenzivní), později přeloženého jako *ucelená*, dále též *celostní* či *celková*, *koordinovaná*. Složky rehabilitace by tedy měly být nejen koordinovány, ale měly by rovněž vytvářet jednotný celek (Votava, 2012). Koordinovaná rehabilitace vychází z filosofického vidění člověka jako bytosti bio – psycho – socio – spirituální. Hovoříme tu o tzv *holistickém* pojetí člověka (Velemínský, 2012). WHO definuje koordinovanou rehabilitaci jako kombinované a koordinované použití všech jeho složek pro výcvik nebo opětovný výcvik (znovuuschopnění) jedince k nejvyšší možné funkčnosti (WHO in Pfeiffer, 2014). Jankovský (a kol., 2005) ji pak vnímá jako proces rozvíjející a posilující sociální, mentální i fyzické dovednosti osob s disabilitou. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (online), mmj říká, že smluvní státy jsou zavázány rozvíjet koordinovanou rehabilitaci v oblasti programů péče zdravotních, v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb tak, aby byly zahájeny co nejdříve a zakládaly se na multidisciplinární spolupráci a individuálním přístupem k jedinci.

1.2.2 Koordinovaná rehabilitace a paliativní péče

Za součásti koordinované rehabilitace jsou většinou považovány - složka zdravotnická, sociální, pracovní a pedagogicko – výchovná (Krhutová, 2017). Teoretický podklad pro spojení paliativní péče a koordinované rehabilitace však je poměrně obtížné nalézt. Např Kalvach (2010) vnímá v souvislosti s PP především rehabilitaci *léčebnou* (ergoterapii, fyzioterapii, poradenství kompenzačních pomůcek) a tzv *rehabilitační ošetřovatelství* (podporu vertikalizace, nácvik užívání podpůrných pomůcek, dechovou gymnastiku, polohování, úpravu domácího prostředí). Rehabilitace tak, jak je obecně vnímána, podle něj (2010) bývá i přes svůj úlevný efekt v paliativní péči spíše zanedbávána. Koller (2015) ovšem upozorňuje, že rehabilitace může kromě pozitivního vlivu na fyzické úrovni zajistit i podporu sociálního kontaktu, zlepšení sebeobsluhy, psychického stavu, sebevědomí. Proto do této kapitoly připojuji rovněž rehabilitaci *sociální*. Tu vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. a vyhl. č. 505/2006 Sb. Sociální rehabilitací rozumíme kontakt se společenským prostředím, nácvik soběstačnosti, psychosociální podpo-

ru, aktivizační činnosti. Pokud připustíme fakt, že práce jako jedna z forem aktivizací dává člověku pocit seberealizace, užitečnosti a důstojnosti, které přispívají k vyšší kvalitě života (Šesták in Pfeiffer, 2014), pak teoreticky uvažují také o spojení paliativní péče a rehabilitace *pracovní*.

1.2.3 Fyzioterapie

Patří pod léčebnou rehabilitaci a zabývá se především podporou funkce myoskeletárního aparátu. Jak ukázal Salakari a kol.(2015) ve svém výzkumu na vzorku 1169 pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním, tělesné cvičení má pozitivní účinky na zdravotní stav i celkové psychické naladění pacientů. Fyzioterapeut má však v rámci svého oboru k dispozici i další metody a techniky, jak pacientovi napomoci k celkové pohodě a zvládnání nemoci. Patří sem kromě aktivní také pasivní forma cvičení, dále polohování, relaxace, masáže, dechová gymnastika, elektroléčba ad (Ustinová, 2019). Kalvach (2010) u tohoto druhu rehabilitačních úkonů vyzdvihuje především to, co má pro pacienta/klienta analgetický účinek, co udržuje jeho svalovou sílu, je prevencí proti kontrakturám, pomáhá udržet a reedukovat chůzi či ovlivňovat dýchání. Je známo, že umírající nejčastěji trpí bolestmi různého charakteru, dušností, instabilitou, ztrátou svalové síly. Časté je i zamrzlé rameno, omezeně pohyblivý hrudník, flekční kontraktury, bloky žeber, otoky končetin, svalové křeče. Symptomy bývají vzájemně reflexně propojené, jedna ovlivňuje druhou (Kalvach, 2010).

Zvláštní pozornost bych v této kapitole chtěla věnovat *konceptu bazální stimulace*. Vznikl v 70. letech v Německu a je zaměřen na komunikaci terapeuta s pacientem/klientem na jiné nežli řečové bázi. Jeho součástí je *somatická* stimulace (speciální polohování, koupele, kontaktní dýchání a masáže vč. masáže stimulující dýchání), *vibrační* stimulace (hlasem, masážními strojky, rukama ošetřujícího, dupáním, klepáním, ladičkami, rytmickými nástroji apod), stimulace *vestibulární* - pohybové podněty určené především pro dlouhodobě nemocné pacienty – pasivní, houpavé pohyby v různých polohách těla (Dvořáková, 2018). Bazální stimulace může pacientovi/klientovi napomoci lépe vnímat svůj vnitřní svět, ale i svět okolo. Posiluje rovněž jeho komunikační schopnosti (Diakonická akademie, online). Fyzioterapeut věnující se bazální stimulaci prochází nejprve patričním vzděláváním. Jde o základní, nástavbový

a prohlubující kurz, který v ČR lektorují certifikovaní odborníci z řad pomáhajících profesí mmj pod hlavičkou Diakonické akademie ČR (Diakonická akademie, online).

Jak hodnotí Renöckl (2007), fyzioterapeutův dotyk může být léčivý, nezbytné jsou však jeho co nejlepší odborné znalosti a dovednosti. Odbornou způsobilost ve své profesi získává proto v rámci vysokoškolského vzdělání (zákon č. 96/2004 Sb. §24), a samozřejmě následnou praxí a navazujícím odborným vzděláváním. Je nepochybné, že kolega fyzioterapeut je v paliativní péči zcela nezbytným článkem multidisciplinárního týmu, a je patrné, že s paliativou se v oblasti fyzioterapie počítá i v legislativě. Bod 5 zákona č. 96/2004 Sb. §24 říká: „*Za výkon povolání fyzioterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče v oboru fyzioterapie*“.

1.2.4 Ergoterapie

Ergoterapeutům vymezuje odbornou způsobilost §7 zákona č. 96/2004 Sb. Význam slova ergoterapie - anglicky *occupational therapy*, latinsky *ergon* – práce a *therapeia* – léčení - popisuje Hanks (in Ludvíčková, 2016), který ji vnímá jako obor napomáhající umírajícím pacientům najít úlevu od bolesti a utrpení, a zlepšit kvalitu jejich života zejména smysluplnou činností. Hlavním terapeutickým prostředkem je tu aktivita (činnost), zaměstnávání (Krivošíková, 2011).

Hanks (2009) blíže popisuje roli ergoterapeuta jako pozorovatele a hodnotitele funkčního potenciálu pacienta/klienta a podporovatele vykonávání všedních denních činností a aktivit volného času (např psaní dopisů). Činnost jako terapeutický prostředek je tedy cílena na podporu zdraví, pohody. Podle Hankse (in Ludvíčková, 2016) má pro podporu sociálního zapojení význam i aktivizační činnost ve skupinách, kterou může ergoterapeut vést.

Kalvach (2010) vidí roli ergoterapeuta v PP také v edukaci používání kompenzačních pomůcek. I pro péči realizovanou v rozsahu týdnů až měsíců má podle něj smysl provádět některé nenáročné změny v domácím prostředí, neboť tyto napomáhají k zachování pohyblivosti a sebeobsluhy pacienta, a jsou rovněž významnou prevencí pádů - instalace madel, odstranění prahů, úprava koupelen a WC, zapůjčení polohovacího lůžka, toaletního křesla, křesla pro kardiaky apod (Ludvíčková, 2016).

1.2.5 Sociální rehabilitace

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, §70 vymezuje základní okruhy činností, vyhláška 505/2006 Sb. §35 pak tyto okruhy blíže rozpracovává. Sociální rehabilitací můžeme rozumět:

- ✓ nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování (nácvik sebeobsluhy, péče o domácnost, samostatného pohybu apod)
- ✓ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovázení, nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky, nácvik běžných i alternativních způsobů komunikace ad)
- ✓ výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (upevňování získaných motorických, psychických a sociálních dovedností)
- ✓ pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (informace o možnostech získávání rehabilitačních kompenzačních pomůcek, zprostředkování služeb a poradenství)

Velemínský (2012) specifikuje sociální rehabilitaci jako tvorbu materiálních a ekonomických podmínek pro zvyšování kvality života, soběstačnosti a samostatnosti člověka. V rámci služeb pobytových služeb lze sociální rehabilitaci takto vnímat též jako dopomoc k soběstačnosti – poskytnutí úklidu, praní, stravy, podávání jídla a pití, dopomoci při osobní hygieně (vyhl. 505/2006 Sb.).

Příkladem aktivizační činnosti, kterou bych zařadila právě do sociální rehabilitace v PP, je animoterapie (zooterapie). Zvíře (pes, kočka ad) představuje kontakt a rozptýlení pro lidi v náročných psychických situacích, nápomocné tedy může být nejen pro umírající pacienty/klienty, ale rovněž pro personál jako prevence syndromu vyhoření (Jandová a Veličová, 2012). Konkrétně canisterapie (terapie za pomoci psa) má podle Maňhové (2012) efekt v intervencích, které jsou zaměřeny mmj na pozitivní náladu, stimulaci smyslů, relaxaci a zklidnění, získání pocitu jistoty a bezpečí, pozitivní kontakt, vytržení z izolace a pocitu osamělosti. Canisterapie slouží lidem v domácí hospicové léčbě, i v zařízeních poskytujících paliativní péči (Janečková, 2019).

1.3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

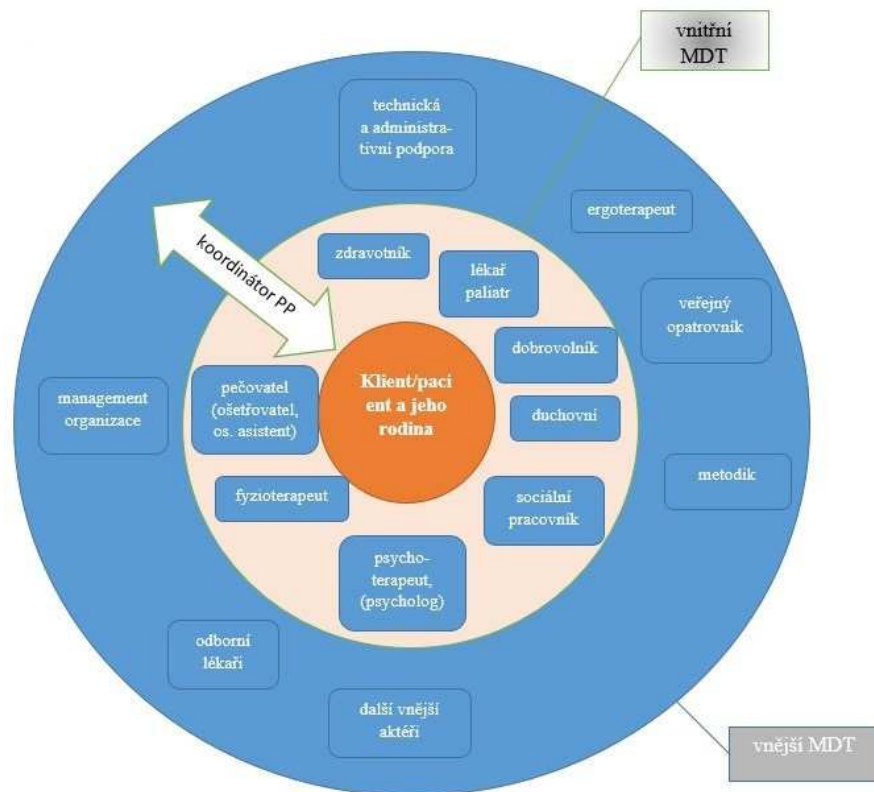
Podle Standardů paliativní péče České lékařské společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (Sláma a kol., 2013) je PP založena na multiprofesní spolupráci. V českém prostředí je běžné sousloví multidisciplinární tým (MDT) nebo multidisciplinární spolupráce, setkat se však můžeme s přívlastkem interdisciplinární či transdisciplinární. (Hrdá, 2018).

1.3.1 Výklad pojmu

MDT je definován jako vícečlenná sdružená skupina osob s různými, avšak spřízněnými dovednostmi, která se věnuje společnému cíli (Payne a kol., 2007). Jde o spoluúčast různých odborných disciplín, které pracují ve společném prostředí (Kodymová, 2015). Podle Hrdé (2018) jde o skupinu osob, která má vlastní skupinovou dynamiku, sdílené normy a zvyky. Tým do své působnosti ve smyslu plánování péče a zvládání nemoci zahrnuje jako důležité partnery také pacienta a rodinu (Radbruch a kol., 2010). Složení týmu se v PP liší podle cílové skupiny příjemců péče, rozsahu poskytované péče a geografické oblasti, v níž je realizována (Radbruch a kol., 2010).

Multidisciplinarita vzniká již tehdy, pokud spolupracují dvě a více profesí ze zdravotní a sociální oblasti (Hrdá a kol., 2018). Funkčnost týmu výrazně posiluje vzájemná důvěra, respekt, podobný cíl (Metodika implementace PP). Podle Kabelky (2018) ji lze posoudit na základě znalosti a přijetí společné vize, respektu k názoru ostatních členů týmu, zastupitelnosti, znalosti osobnostních předpokladů členů, vnímání emocí či chyb jako přirozené součásti vývoje týmu.

Multidisciplinarita umožňuje ucelenost, návaznost, plynulost a účelnost poskytované péče. Mělo by jít o partnerství mezi členy týmu (Kalvach, 2019). Pokud se členové týmu navzájem o své práci neinformují, výsledkem je roztržštěnost takové péče. Smith (in Hrdá, 2018) doporučuje vzhledem k říditelnosti a průchodnosti komunikace nepřekročení 12 osob v týmu. Ačkoliv obecná paliativa připouští, aby péči zajišťovala jediná osoba, pro interdisciplinární rámec péče je důležitá spolupráce mezi různými profesemi (Radbruch a kol., 2010). Možné složení MDT uvádím na obr. č. 2.



Obr. č. 2: Schéma možného složení MDT v PP (inspirační zdroj: Hrdá, 2018, s. 21).

Na obr. č. 2 vidíme schéma možného složení MDT v PP. Klient (a jeho rodina) je středem, jemu nejbližší je pak vnitřní MDT čítající „první linii“ péče o klienta (zdravotní sestra, sociální pracovník, pečovatel, duchovní ad). Ve vzdálenější linii vidíme další zainteresované pracovníky, aktuálně se pohybující ve vnějším MDT. Vzhledem k tomu, že PP vychází z individuálních přání a potřeb klientů/pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na seburčení (Umírání, online), mohou při změně jeho potřeb jednotliví odborníci více či méně migrovat mezi vnějším a vnitřním týmem. Na pomezí mezi týmy pak stojí koordinátor péče.

Multidisciplinaritu je nutné chápat nejen jako odbornou a rutinní práci jednoho týmu. Pfeiffer (a kol., 2014) připomíná, že kromě vysoké odbornosti a profesionality členů týmu je třeba brát v potaz také lidský rozměr péče. Tím rozumí osobnostní dispozice pracovníků a jejich schopnost tzv *afiliace* - schopnosti komunikace a pozitivního vztahu k lidem.

1.3.2 Role některých členů MDT

Role a hranice profesionálů pro spolupráci se v rámci restrukturalizace některých resortů mění a vyvíjejí, proto je potřeba vyjasnit si vzájemně role a postupně se seznamovat s tím, co ostatní členové MDT dělají. Diverzita (různorodost) členů týmu totiž může být jak zdrojem inovací a tvořivosti, tak konfliktních situací a neshod (Kodymová, 2015).

Lídr (leader - koordinátor, manažer)

Měl by dokázat jasně definovat nejen cíle péče, ale i způsob práce a roli jednotlivých členů týmu, povzbudit je a podpořit ve vzájemně plodné a respektující komunikaci, k profesnímu růstu (Kabelka, 2018). Lídrem zodpovědným za přímé řízení týmu spolupracovníků bývá specializovaný lékař (Kalvach, 2010). V roli koordinátora multidisciplinárního týmu se může objevovat také sociální pracovník (Tajanovská in Kodymová a kol., 2015). Zodpovědnost za plánování a vedení týmové práce v rámci koordinované rehabilitace může být rovněž v kompetenci tzv. case managera (Vacková a kol., 2020).

Sociální pracovník

Sociální (jinde zdravotně sociální) pracovník je kvalifikovaný odborník dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Je to odborník úzce spolupracující s pacientem/klientem a rodinou, znalý jejich životního kontextu, který stojí podle principu kruhové podpory na jejich straně (Jankovský in Pfeiffer, 2014). Kabelka (2018) nazývá dokonce sociálního pracovníka advokátem, pracujícím nejen ve prospěch nemocného, ale i jeho rodiny. Sociální pracovník běžně vykonává sociální šetření v terénu, poskytuje sociálně právní poradenství, věnuje se metodické a koncepční činnosti, poskytuje krizovou intervenci ad. (zák. č.108/2006 Sb.). V prostředí PP se můžeme setkat také se spojeným termínem *psychosociální pracovník*, který je kompetentní rovněž k vedení podpůrného rozhovoru v době péče či v období truchlení pozůstalých (Cesta domů, 2020, online).

Lékař

Roli lékaře – praktika v rámci obecné paliativní péče Skála a kol.(2011) vnímá jako ústřední. Haškovcová (1997) v rámci etických problémů umírání a smrti přiděluje lékařům povinnost zajistit, aby pacient nebyl jakkoliv fyzicky ani psychicky izolován, a byl spo-

lutvůrcem rozhodovacích procesů o svém životě. Paliativní lékař (paliatr) je ten specialista, který pacienta přijímá do specializované paliativní péče, nastavuje a mění léčbu v souvislosti s aktuálními příznaky (Centrum paliativní péče, online).

Zdravotní sestra

Paliativní sestra by měla být v intenzivním kontaktu s pacientem i rodinou, hodnotit aktuální zdravotní i psychický stav pacienta a blízkých, dle potřeby informovat a koordinovat další služby poskytované týmem (Centrum paliativní péče, online). V rámci pobytových služeb leží na sestřích odpovědnost za zdravotní péči a jsou prostředníky mezi lékařem a týmem – např. navrhují lékařům přechod klienta do režimu paliativní péče apod (Hrdá a kol., 2018).

Pečovatel

Pečovatel (příp. osobní či odlehčovací asistent) je pracovníkem v sociálních službách, který zajišťuje velkou měrou přímou péči o klienta/pacienta - dopomáhá, zachází, manipuluje a hovoří s ním (Hrdá a kol., 2018). Setkat se lze také s pečovatelem tzv. laickým, tedy neprofesionálem, většinou příbuzným nebo blízkým nemocného, který v rozhodujícím okamžiku přebírá individuální a komplexní péči o nemocného v domácím prostředí (Kurucová, 2016).

Nutriční specialista

Úloha nutričního specialisty je nejdůležitější zejména v období, kdy ještě může mít výživa znatelný a pozitivní efekt. Podpůrnou činností (zejména poradenstvím) může být nutriční specialista nápomocen také pečující rodině či celému týmu profesionálů (Vo-dičková, 2018).

Fyzioterapeut

Cílem fyzioterapie v PP je zmírnění až utišení bolesti pacienta/klienta, udržení či zlepšení jeho pohyblivosti (prevence imobility), zabránění vzniku dekubitů (polohování), podpory dýchání a prevence nemocí plic (dechová gymnastika), podporu střevní peristaltiky (masáže, pasivní i aktivní cvičení), ale i edukace pečujících ad (Ustinová, 2019).

Ergoterapeut

Ergoterapeut v PP podporuje soběstačnosti klienta/pacienta nácvikem každodenních činností, výcvikem jemné motoriky, ale také motivací k dennímu programu a volnočasovým aktivitám. Ergoterapeut může být významným poradcem – dopomoci k vyhodnocení bytového prostoru, k odstranění bariér v domácí péči, v poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek (Švestková a kol., 2014).

Psychoterapeut (psycholog)

Odborník zaměřený na psychoterapii pracuje s emocemi, jakými v PP mohou být strach, úzkost, smutek, deprese - pomáhá je ventilovat a vyrovnávat se s nimi (Kabelka, 2018). K dispozici je také rodině a blízkým, a to ve všech fázích truchlení - když nechtějí uvěřit tomu, co se stalo; ve fázi hledání zemřelého a odpoutávání se od něj i ve fázi nacházení nového vztahu k sobě a světu (Kast, 2015).

Duchovní (kaplan, pastor)

Vykonává tzv. pastorační službu člověka člověku (Havlenová, 2016). Duchovní pomáhá nemocným hledat naději, smysl, ale také přijetí své situace. Hlavním pracovním nástrojem je pastorační rozhovor (Kabelka, 2018). V něm používá laskavé slovo jako útěchu v nemoci, modlitbu s nemocným či za nemocného, čtení z Bible, svou prostou přítomnost, nebo také pomazání či svaté přijímání (Brzáková - Beksová, 2013). Duchovní služba tohoto typu je v případě zájmu poskytována i těm klientům/pacientům, kteří se třeba k žádné církvi ani nehlásí (Havlenová, 2016).

Dobrovolník

Dobrovolník je pevnou součástí multidisciplinárního týmu (Umírání.cz, online). Nena- hrazuje odbornou zdravotně sociální péči personálu, avšak může být klientovi/pacientovi tak blízko, že jeho přítomnost může být v okamžiku odchodu člověka zásadní. Činnosti dobrovolníků mohou spočívat ve společných aktivitách (rozhovor, četba, poslech hudby, sledování filmu), mohou být k ruce rodině (uvařit čaj nebo kávu), ale také pomoci organizaci - na recepci, při administrativě, při benefičních a akcích, při péči o interiér zařízení ad. (Cesta domů, online). Často bývají úspěšnými propagátory osvěty hospicového hnutí (Haškovcová, 2007).

1.3.3 Vývoj týmu

Speck (2006) vychází z výzkumu provedeného na malé skupině (týmu) a ukazuje, že tvorba týmu s sebou nese 5 základních fází:

- ✓ *Forming* (formování) - členové skupiny se navzájem poznávají a testují prostředí
- ✓ *Storming* (bouření) – zkouší pochopit svou roli a následně prosadit své potřeby
- ✓ *Norming* (normování) – získávají zkušenosti se spoluprací, budují skupinové normy
- ✓ *Performing* (výkon, provádění) - jsou schopni více či méně přiměřeně využívat nastavených standardů a pravidel
- ✓ *Adjourning* – fáze „dospělosti“ týmu, ve kterém se však může potýkat i se ztrátami v členství - práce už je rutinní, tvořivost se snižuje, frustrace může zvyšovat (Speck, 2006)

1.3.4 Komunikace v týmu

Fisherová (in Payne a kol., 2007) popisují důležitost třech zásadních komunikačních schopností odborného personálu:

- ✓ kvalifikovaně reagovat na potřeby pacienta (reflektující zpětná vazba, podpora a pomoc při vyjádření emocí pacienta)
- ✓ vyhovět potřebě informovanosti pacienta a být připraven odpovídat na pacientovy otázky
- ✓ umět posuzovat, diagnostikovat

Vnitřní hybnou silou pro kvalitní práci týmu je motivace (Marková, 2010). Motivací podpořená komunikace pak může vysílat zásadní zprávu pacientovi a jeho blízkým, že tým jejich situaci chápe a soucítí s nimi - to pomáhá k otevřené komunikaci i v rodině, podporuje pacienta ve vyjádření svých preferencí (Leong, 2015). Komunikace opačného rázu však bývá zdrojem nejasností, stížností (Chan a Woodruff in Payne a kol, 2007).

Kabelka (2018) upozorňuje, že pacientům, kteří trpí strachem a úzkostí, musí pomáhat člověk vnitřně vyrovnaný, profesionál se schopností pracovat se svými emocemi, reakcemi, schopnostmi. Vyhoření člena týmu vnímá tento autor jako důsledek nedostatku podpory i sebedpory, neznalosti či nepřijetí osobních hranic.

Konflikty

Speck (2006) vidí příklady osobní i týmové nepohody např v rozdílech v názorech vedení a personálu v přímé péči, ve sporech mezi skupinami konkurujícími o kancelářské prostory, o rozpočet na školení apod. Nejčastějšími aktéry konfliktu v PP mohou být: dvojice zdravotník – pacient, zdravotník – pacientova rodina, pacient – rodina, konflikt ve zdravotnickém týmu, konflikt uvnitř rodiny pacienta/klienta, konflikt mezi různými poskytovateli péče (Kabelka, 2018). Atmosféra týmu v době konfliktu nejspíše ukáže, pokud tu existuje nějaké to “tření“ (Hrdá, 2018). Spory je však na druhou stranu možné vnímat i jako možnost osobního či profesního růstu členů týmu (Speck, 2006). Vzniklý nesoulad je možné řešit vlastními silami, vhodně zvolenou taktikou. Kabelka (2018) strategii zvládání konfliktů rozpracovává takto (tabulka č. 1):

Kroky	Vhodný postup	Riziko komplikací
1	Rozpoznat možný/počínající konflikt	Ignorování konfliktu.
2	Připravit si rozhovor. Dýchat, soustředit se. Co je úspěšný výsledek rozhovoru?	Víra, že je jen jedna pravda. Trvat na předpokladech záměrů druhého. Použití obviňování ze strany zdravotníků. Trvat jen na své agendě témat.
3	Najděte objektivní důvod začátku rozhovoru. Popište objektivní věcné aspekty situace. Uveďte role každého ze zúčastněných.	Začít rozhovor jen ze své perspektivy předtím, než také vyslechneme názory „druhé strany“.
4	Naslouchejte, snažte se porozumět, buďte empatický. Autenticky reagujte na své emoce.	Hledání protiargumentů, bez dalšího naslouchání a empatie.
5	Znovu popište věcně situaci a také důvody konfliktu, definujte společný zájem a cíle.	---
6	Popište možnosti řešení.	Navržení příliš mnoha možností – více než tří.
7	Proveďte shrnutí a naplánujte další kroky.	Nerozpoznání či nereflektování situace, kdy ne všechny problémy či argumenty byly uvedeny a řešeny.

Tabulka 1 Postupy při řešení konfliktních situací (Kabelka 2018).

Syndrom vyhoření

Práce s umírajícími je ve smyslu ohrožení syndromem vyhoření (burn – out syndrom) žhavým tématem (Pavelková a Bužgová, 2015). Burn - out je definován jako úplné emocionální, fyzické a duševní vyčerpání (Křivohlavý in Pavelková a Bužgová, 2015). Jde o reakci na mimořádně náročnou práci, o stav beznaděje vzniklý dlouhodobým stresem (Kupka, 2014). Důvodem jeho postupného vzniku je především nenaplnění motivátorů pro práci - může jít o konfliktní atmosféru na pracovišti, nedostatečné finanční i výkonnostní ohodnocení, nejistotu pracovního místa či osobního postavení, nedostatek odbornosti a kompetencí, nemožnost profesního růstu (Marková, 2010).

V roce 2015 publikovaly Pavelková a Bužgová online v časopise Central European Journal of Nursing and Midwifery výzkum týkající se syndromu vyhoření u zdravotníků v hospicové péči. U 6% z celkového vzorku 241 pracovníků pak byl skutečně syndrom burn - out zaznamenán, jako alarmující se však ukázala o stupeň nižší úroveň (ohrožených sejevilo až 28% zdravotníků). Jako hlavní zdroje stresu uváděli administrativní práci a konfrontaci s lidským utrpením. Nejčastějším způsobem vypořádávání se stresem bylo trávení času se svými rodinami, a jako nejlepší prevenci syndromu vyhoření považovali pracovníci setkávání se s kolegy mimo pracovní dobu (Pavelková, Bužgová, 2015).

Pro bližší pochopení vývoje syndromu rozpracovali Edelwich a Brodsky (in Maroon, 2012) obecný 5 fázový *model vyhoření v pomáhajících profesích* (tabulka č. 2):

Fáze	projevy
počáteční	entuziasmus, obrovská očekávání, nadšení pro práci, víra v bezpodmínečné přijetí pomoci klientem/ pacientem
stagnační	pracovník je „zaběhnutý ve svých kolejích, práce pro něj není naplňující, jak očekával - dělá jen to nejnужnější, bolestně vnímá ztrátu původního nadšení
frustrační	rozčarování, že není s to klientovi pomoci - fáze lhostejnosti, citové a tělesné obtíže, koncentrace na vlastní osobu; nových úkolů se obává
lhostejnosti	koncentrace spíše na sebe, práci se věnuje minimálně a nových úkolů se obává; nespokojenost
konečná	doporučeným řešením je delší dovolená nebo odchod z práce, další vzdělávání či případně kariérní postup

Tabulka 2 Pětifázový model vyhoření v pomáhajících profesích (Edelwich a Brodsky in Maroon, 2012).

Pokud jde o terciární prevenci vyhoření v pomáhajících profesích, vidí ji Kebza a Šolcová (in Kupka, 2014) především v nalezení nové smysluplné činnosti, ve vytváření přirozeného vztahu k dalším aktivitám, to vše v rámci nové profesionální autonomie a za přispění efektivní komunikace v týmu.

Podpora komunikace (vybrané formy)

a. Leadership

Péči o tým by se měl především zabývat lídr (Kabelka, 2018). Kanadský pilotní výzkum mezi členy interprofesního týmu mobilní paliativní péče potvrdil, že vytvoření role vedoucího týmu, který udržuje a zdůrazňuje sdílení síly mezi členy týmu a řešení potřeby vzájemné emoční podpory, může pomoci maximalizovat mezioborovou týmovou práci (Shaw et al., 2016).

Leadership neboli implementace vize lídra (koordinátora) týmu má 5 praktických kroků (tabulka č. 3):

1.	Model of way	tvorba smysluplné vize (proč?) srozumitelná příprava společného projektu (co a jak?)
2.	Inspire a shared vision	vysvětlení a sdílení vize, cílů a pravidel spolu s týmem
3.	Challenge the process	výzva týmu k uskutečnění a první kroky projektu
4.	Enable others to act	povzbudit kolegy k aktivitě, delegovat odpovědnost
5.	Encourage the heart	podpora, povzbuzení, kontrola

Tabulka 3: Pět praktických kroků leadershipu (Kabelka 2018).

b. Supervize

Rozvoj kvality práce je podmíněn osobním růstem, a ten se děje pouze za podmínky dovednosti reflektovat své postoje, pocity, hodnoty či pracovní postupy, přičemž vhodným prostorem pro takovou reflexi může být supervize (Marková, 2010). Supervize je zásadní podpůrnou strukturou (Maroon, 2012). V pomáhajících profesích obecně značí proces učení, který se může odehrát pouze za podmínky dobrovolného aktivního přístupu supervidovaného personálu, za předpokladu investice jejich zájmu a energie. Supervisor tu nemá roli manažera, je konzultantem. Jeho základní dovedností by mělo být

získání důvěry supervidovaných a navození bezpečného prostředí pro otevřenost (Kopřiva, 2006).

c. Intervize

Jde v zásadě o podpůrnou zpětnovazební konzultaci na kolegiální, partnerské úrovni. Důvodem, proč zvolit namísto supervize nezávislým odborníkem právě intervizi, může být především potřeba rychlé, flexibilní reakce na konkrétní zátěž případem (Venglářová et al., 2013).

d. Autosupervize

Zkušený pracovník formou sebereflexe hledá odpovědi na otázky týkající se postupů své práce, emocí, které byly daným případem spuštěny, evaluaci své práce formou sebezpozorování a sebehodnocení (Venglářová et al., 2013).

e. Teambuilding

Payne (in Speck, 2006) teambuilding (stavbu týmu) v kontextu paliativní péče vnímá jako nutnost každodenního řešení třech základních otázek:

- *komplexnosti* péče - každý člen týmu má jiný (odborný) úhel pohledu na životní příběh klienta
- *koordinace* skupiny - tak, aby docílila efektivity společného působení na člověka
- *integrace* lidského rozměru - specialisté (odborníci) musí dokázat vpravit do své práce i autenticitu a lidský přístup (Payne in Speck, 2006)

Vybrané platformy setkávání MDT

a. Multidisciplinární porada (briefing MDT)

Jde o delší, pravidelně se opakující setkání za účelem doplnění aktuálních informací o klientech, práce na individuálních plánech, ale také řešení provozních záležitostí (Hrdá, 2018).

b. Vizita

Je forma setkávání týmu, které se děje jak v lůžkovém, tak v domácím ošetřování. Hlavním cílem vizity je monitoring stavu nemocného a revize plánu péče. Vizity bývá účastna lékařská nebo ošetřovatelská část multidisciplinárního týmu. Výrazný podíl na jejím svolání mívá rodina (Kalvach, 2010).

c. Hlášení

Předávání informací (pravidelné nebo mimořádné) s cílem zajistit flexibilně kontinuitu péče, krátké osobní setkání členů týmu, kteří poskytují přímou klientskou péči. Jeho výhodou je možnost pružně reagovat na aktuální zdravotní, sociální, psychickou situaci klientů (Hrdá, 2018).

d. Workshop

Workshop je setkání či výměna zkušeností v rámci organizace/organizací, s možností různého využití (Hrdá a kol., 2018). Jeho charakter je primárně edukativní, a mívá svého facilitátora či moderátora (Superia, online). V rámci PP může být organizován například jako součást konferencí, kde se mohou setkat členové různých MDT (Paliativní medicína, online).

1.3.5 Plán péče

Komplexní plán péče poskytuje všem pracovníkům srozumitelný rámec, ve kterém se v rámci PP mají pohybovat, vč. konkrétních úkolů a průběžné identifikace změn (Hrdá a kol., 2018). Jde o multidisciplinární posuzování potenciálu nemocného a jeho rodiny, ale také volba komunikační strategie personálu (Kabelka, 2018). Niedermann (2016) doporučuje pracovníkům domovů pro seniory, aby pro plán péče zohledňovali především osobní přání a žádosti jeho obyvatel.

Podle principů obecné i specializované paliativní péče se plán orientuje na kvalitu života, na odstranění bolesti a strádání, na potenciál pacienta, odhadovanou prognózu, předpokládaný efekt případných dalších zdravotních vstupů. Měl by být hlavním podkladem pro další terapii a péči (Vodičková, 2018).

Hlavní indikátory posouzení prognózy pro stanovení plánu péče (tabulka č. 4):

Fyzické obtíže	imobilizační syndrom, svalová síla, únavnost, příjem stravy, katabolismus až kachexie, dekompenzace životně důležitých orgánů ad
Psychické obtíže, kognitivní zátěž	úzkost, zvládání stresu a emocí, syndromu celkové bolesti, schopnost sebeobsluhy, náročnost pro pečující ad
Kvalita života, důstojnost, deprese	zvládání handicapu, sociální izolace, řešení životní bilance a motivace k životu ad
Výživa	polykací akt, kvalita stravy, aspirace, úroveň svalové hmoty, imunita ad
Symptomová zátěž	únava, dušnost, delirium, poškození léčbou ad

Tabulka 4: Hlavní indikátory adekvátního posouzení prognózy (Kabelka 2018).

Na základě zhodnocení prognózy je možné plán další péče průběžně upravovat, a dávat prostor i případnému rozhodnutí o nepokračování v léčbě (Vodičková, 2018).

1.3.6 Spolupráce MDT s pacientem a jeho rodinou

V paliativě se bere zřetel na přání pacienta jak v mezích platných zákonů České republiky, tak v souladu s mezinárodními úmluvami. Příkladem je Úmluva o lidských právech a biomedicíně (2001, článek 5), která pacientovi uděluje právo na svobodný informovaný souhlas se zdravotní péčí a zákrokem.

Pacient však může zůstat symbolickým členem týmu i v době, kdy již není schopen své potřeby vyjádřit. Institut *Dříve vysloveného přání* je zakotven v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., §36. Díky němu je pacient oprávněn přesněji specifikovat, s jakou budoucí péčí souhlasí či nesouhlasí pro dobu, kdy se ocitne v terminální fázi svého života a komunikovat svoje potřeby již pro něj může být nemožné.

Také rodina je součástí péče. Mělo by být zcela běžné s ní spolupracovat, neboť je významným zdrojem cenných informací (Lusková, 2019). Faktem je, že spolupráce s blízkými nemocného je věc křehká. Kabelka (2018) cítí, že ne vždy je v pracovních podmínkách personál dobře laděný na empatickou komunikaci s blízkými. V takovém případě doporučuje personálu, aby se nebál použít např. prosby – byl schopen zřetelně a srozumitelně komunikovat, co si od nemocného i rodiny z pohledu vnímání nemoci přeje.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1.1 Cíl práce

Hlavní cílem práce bylo zmapovat úlohu multidisciplinárního týmu v geriatrické paliativní péči v kontextu koordinované rehabilitace.

2.1.2 Výzkumné otázky

Aby bylo co nejkomplexněji dosaženo výše zmíněného cíle mé diplomové práce, zvolila jsem tři hlavní výzkumné otázky.

- 1) Jak jednotliví členové multidisciplinárního týmu vnímají svoji roli a ostatní členy týmu?
- 2) Jak je zajištěna kompaktnost spolupráce MDT (podpora, komunikace, funkčnost)?
- 3) Jakou péči poskytuje jejich tým v rámci zařízení, ve kterém pracují?

Čtvrtá, doplňující výzkumná otázka, zní:

- 4) Jaký je podle informantů vztah koordinované rehabilitace a geriatrické paliativní péče?

2.2 METODIKA

Metodika obsahuje popis metod, které byly použity v rámci zpracování této části práce, a rovněž popis výzkumného vzorku členů MDT, kteří mi poskytli rozhovory.

2.2.1 Použitá metodika pro výzkumnou část práce

Pro výzkumnou činnost jsem zvolila *kvalitativní* výzkum. Miovský jej označuje jako přístup živého učení a sestavuje jeho definici jako *přístup využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextu, procesu a dynamiky, který pro popis, analýzu a interpretaci využívá kvalitativních metod* (2018, s. 18). Creswell (1998) zase vnímá, že jde o proces, při němž je třeba hledat a zkoumat, a danému problému tak porozumět holisticky, při zachování přirozených podmínek zkoumaného objektu.

2.2.2 Sběr dat

Jako techniku pro získání dat jsem zvolila *rozhovor*, který je dle Kutnohorské (2009) nejčastějším a nejpřirozenějším nástrojem kvalitativního výzkumu. V případě mé práce se jednalo o rozhovor *polostrukturovaný*, který je definován jako rozhovor s předem připraveným seznamem témat a otázek (Švaříček a kol., 2007).

a. Výběr informantů

Pro výběr informantů jsem využila metody *záměrného* (účelového) výběru (Miovský, 2006), která je popisována jako vyhledávání účastníků podle určitých kritérií (vlastností). V mém případě šlo o kritérium aktivního členství a profesní příslušnosti k MDT v (geriatrické) paliativní péči. Výběr není tvořen v jednom okamžiku a v průběhu výzkumu může být flexibilně upravován (Disman in Kajanová a kol., 2017). Rozhovorů je tedy pět, a byly realizovány napříč organizacemi s převažujícím sociálním zaměřením péče (tabulka č. 5).

Číslo	Název pozice informanta v MDT	Druh služby	Datum pořízení	Způsob vedení	Přepis
1	Psycho-sociální pracovníce	Odlehčovací služba – terénní i pobytová, Praha	12. 3. 2020	osobně	19. 3. 2020
2	Vedoucí zdravotní sestra	Domov pro seniory, Praha	13. 3. 2020	osobně	30. 3. 2020
3	Vedoucí odlehčovacích služeb	Odlehčovací služba – terénní i pobytová, Praha	6. 5. 2020	osobně	28. 5. 2020
4	Sociální pracovník	Lůžkový hospic, Středočeský kraj	15. 5. 2020	osobně	8. 6. 2020
5	Zdravotní sestra	Mobilní hospic, Jihočeský kraj	11. 5. 2020	telefonicky	11. 6. 2020

Tabulka 5 Rozhovory s informanty

b. Předvýzkum

Miovský (2018) doporučuje předvýzkum jako vhodný nástroj v situaci, kdy se výzkumník necítí dostatečně zkušený a v problematice orientovaný. V rámci přípravy na výzkumnou část práce jsem proto využila:

1. účasti na *workshopu* týmu paliativní péče domova pro seniory zavádějícího paliativní péči (otevřené zúčastněné pozorování)
2. *pilotního rozhovoru* s koordinátorkou paliativní péče téhož domova

Předvýzkum byl vhodným nástrojem k rámcové orientaci v dané problematice a k sestavení struktury výzkumných rozhovorů.

c. Vlastní rozhovory s informanty

Rozhovory (včetně pilotního) probíhaly face to face v pracovním prostředí informantů, jen v jednom případě telefonicky. Byly předem domluveny a časově ohraničeny mými možnostmi a možnostmi informantů - většinou šlo o 60 minut času.

d. Fixace dat

Fixaci dat jsem provedla pomocí audiozáznamu na diktafon, v jednom případě byl rozhovor uskutečněn telefonicky s nahrávkou přímo v mobilním telefonu. Následoval *přepis* rozhovorů do osobního počítače v programu MS Word. V rámci přepisů jsem se pokusila zachovat autenticitu rozhovorů a doslovný přepis, který je podle Kajanové a spol. (2017) kompletním přepisem hovoru včetně nespisovných výrazů či vulgarit, s vynecháním konkrétních jmen a lokalit.

e. Etika rozhovorů

Miovský (in Kajanová a kol. 2017) zdůrazňuje význam etického přístupu, a vede výzkumníky k tomu, aby udržovali respekt k soukromí a emočnímu i psychickému bezpečí informantů. Zachování soukromí jsem proto při rozhovorech ctěla. Pro bezpečí informantů byly vedeny v místě, které si předem určili. Každý rozhovor byl dopředu ústně konzultován (vč práva odmítnout odpověď), a následně odsouhlaseno i jeho nahrávání a přepis. Autorizované a přepsané rozhovory přikládám na datovém zařízení

flash memory. Audionahrávky rozhovorů nepřikládám z důvodu shora uvedeného zachování anonymity a bezpečí - objevují se v nich jména osob, organizací, a místopis.

f. Kódování a kategorizace dat

Jak uvádí Kajanová a spol. (2017), získaná data je pro jejich množství nutno redukovat do *kódů*, které jsou základní významovou jednotkou textu. Kódováním rozumí Miovský (2006) přiřazování určitých klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby bylo následně možné s textem rychleji a lépe pracovat. Kódy je tedy nutné zpracovat - seskupit do vyššího řádu (abstraktnějšího pojmu) nazývaného *kategorie* (Miovský, 2006).

Kategorizace dat nabízí možnost využití deduktivního a induktivního přístupu, přičemž dedukce postupuje od obecného k jedinečnému, a naopak indukce využívá pravidelného opakování některých kódů k jejich zobecnění do vyšší kategorie (Hendl, 2016). Při zpracování dat jsem oba přístupy kombinovala, a to jednak vzhledem ke kategoriím vzešlým z pilotního rozhovoru, a současně s ohledem na vzniklou potřebu zachytit jedinečnost dat z rozhovorů s informanty v různých pozicích.

Jako technická podpora mi posloužila kombinace a počítačových programů MS Excel a Atlas.ti 8.4, kdy v MS Excel jsem kategorie a kódy vytvořila, a Atlas.ti byl pomůckou k jejich slučování.

2.3 VÝSLEDKY

Ve výsledcích uvádím odpovědi informantů na výzkumné otázky, které dělím do okruhů a kategorií. Ke každé kategorii přikládám přehledovou tabulku a příslušné shrnutí odpovídajících částí rozhovorů. V jednom případě přikládám i síť vytvořenou v programu Atlas.ti (příloha č. 6).

2.3.1 Výzkumná otázka č. 1: Jak jednotliví členové multidisciplinárního týmu vnímají svoji roli a ostatní členy týmu?

a. Role informanta

V tabulce č. 6 shrnuji základní informace o pohlaví a pozicích informantů mého výzkumu, definuji zařízení, kde pracují a obecně popisují náplň jejich práce.

	ZAŘÍZENÍ	POZICE	POHLAVÍ	NÁPLŇ PRÁCE
INF1	zařízení poskytující lůžkovou i mobilní hospicovou péči	psychosociální pracovnice	Ž	psychická podpora + sociálně právní poradenství
INF2	domov pro seniory	vedoucí zdravotní sestra (lídr týmu)	Ž	vedení a péče o tým zdravotních sester
INF3	zařízení poskytující lůžkovou i mobilní hospicovou péči	vedoucí odlehčovacích služeb v terénní a pobytové službě (lídr 2 týmů)	Ž	vede týmy a řeší koordinaci a strategii služby; jedná s rodinou před nástupem a v průběhu péče
INF4	lůžkový hospic	sociální pracovník	M	administrace příjmu pacienta; sociálně právní poradenství rodinám; přenos informací klient – MDT; spolupráce s externími službami a odborníky
INF5	mobilní hospic	denní zdravotní sestra	Ž	terénní zdravotní péče a poradenství

Tabulka 6: Základní informace o pozici informantů v MDT (zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 7 navazuje na otázky týkající se role informantů, tedy konkrétně subjektivního vnímání jejich jedinečnosti v MDT, silných a slabších stránek a náročnosti práce (v čem ji vidí).

	JEDINEČNOST	SILNÁ STRÁNKA	SLABŠÍ STRÁNKA	NÁROČNOST
INF1	jedinečná je svou odborností	empatické ladění na prospěch klienta; otevřenost k pluralitě názorů; schopnost vyhledat si zdroje; potřeba seberozvoje	omezená znalost zákonů; méně rozvinutá trpělivost a pokora	prosadit se v novém týmu; vnímat vlastní jedinečnost
INF2	osamělá ve vedoucí roli	schopnost pracovat v PP; schopnost analyzovat situace; nehierarchizování; smysl pro klid a harmonii; rychlé rozhodování; potřeba pečovat o tým	příliš rychlé rozhodování; občas vnitřní neklid	poznat, kdy a v čem může rozhodovat sama
INF3	neuvádí	vysoké pracovní nasazení; schopnost najít vizi a sdílet společné hodnoty; podnítit ostatní k práci; nápad převést ve skutek; schopnost vybrat dobré lidi a stát za nimi; schopnost zařídit, aby se každý cítil součástí týmu; schopnost se prosadit; schopnost organizovat	skloubení administrativy a práce s lidmi	plnit některé dlouhodobé úkoly v rámci pracovní doby
INF4	je hlavním spojovatelem mezi členy MDT	empatie; schopnost posílit si sebedůvěru s přibývajících praxí; schopnost vnímat uspokojení z této práce	malá sebedůvěra, slabý v administrativě	řešit nereálné požadavky rodiny klienta, které místo něj nasliboval někdo jiný
INF5	necítí	pozitivní ladění osobnosti, humor	necítí se schopná k vedení týmu	neuvádí

Tabulka 7: Vlastnosti a kompetence informantů (zdroj:vlastní výzkum)

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Její role je psychosociální pracovnice v zařízení poskytujícím lůžkovou odlehčovací i mobilní hospicovou péči. Cítí se být součástí dokonce dvou týmů, menšího pod-

půrného a většího hospicového. Její práce spočívá jednak v psychické podpoře klientů a jejich rodin (vč. doby po úmrtí klienta), jednak v podpoře sociálně – právní (poradenství dávek apod). Chodí do terénu za umírajícím klientem a jeho rodinou a oni s ní řeší to, co jim v praxi moc nefunguje. Někdy tedy řeší spíš praktické věci než psychoterapeutickou podporu. V týmu je nově (3. měsíc), s náplní své práce se seznamuje. Někdy je pro ni náročné se v novém týmu prosadit, ale myslí si, že za rok už to bude lepší. Předtím pracovala rovněž v této organizaci – v týmu poradny. Je vzděláním psycholožka, ne sociální pracovník, má proto pochopení, že někdo tápe ve vyplňování formulářů. Ví, že neví vše, ale dokáže se s tím v praxi popasovat. Zákony moc nezná, ale umí si to najít. Cítí se být empatická a laděná na prospěch klienta. Nad otázkou své jedinečnosti v týmu musí chvíli přemýšlet (což na druhou stranu dělá ráda) - je pro ni vlastně těžké se vidět právě takto. Myslí ale, že je jedinečná právě svou odborností (její komunikaci určuje psychologický směr, který vystudovala). Pracuje tak, aby rozhovor přinášel klientovi/pacientovi zklidnění a psychickou podporu za všech situací. Jako nástroj ke své práci může využít i psychoterapeutických technik (narativní postupy a otázky), ale tato forma podpory jí ne vždycky funguje z důvodu vysílení klienta nebo blízkých. Jak uvádí již dříve, aktuálně chybějícím článkem pro takovouto formu komunikace s klientem či rodinou je duchovní. Jako svou dobrou vlastnost vnímá otevřenost k pluralitě názorů. Ráda by se naučila více trpělivosti a pokory.

INF2: Informantka je vedoucí zdravotní sestrou v domově pro seniory. Náplní její práce je koordinace a vedení týmu zdravotních sester. V pozici je necelý rok, stejnou dobu je také součástí MDT v PP. O své kompetenci pracovat s lidmi, jejichž diagnóza není dobrá, nepochybuje. Její náplní práce je mmj distribuce informací mezi tým sester. Cítí se být lídrem – musí vysvětlovat a sdělovat postupy práce do týmu sester, pečovat o ně. V pozici se cítí tak trochu osamělá. Za své silné stránky považuje schopnost analyzovat vzniklé situace, nehierarchizování, hýčkání týmu, smysl pro klid a harmonii. Disponuje i rychlým rozhodováním, které však současně považuje i za svou slabinu. Někdy je pro ni složitější poznat, kdy a v čem může a nemůže rozhodnout sama. Na základě dosavadních zkušeností v PP je jejím cílem posílit svůj vnitřní klid.

INF3: Dříve byla v rámci stejné organizace výhradně koordinátorkou terénních služeb, nyní pracuje jako vedoucí odlehčovacích služeb v terénní i pobytové hospicové službě. Vede týmy, a současně řeší i koordinaci a strategii služby. Svou pozici vnímá jako

kombinovanou. V rámci pobytových služeb se také cítí být i sociálním pracovníkem (její původní profese), jedná s rodinou před nástupem a v průběhu péče. Náročné jsou pro ni dlouhodobé úkoly, které občas vykonává nad rámec pracovní doby, a mezi které patří i aktualizace směrnic. Administrativu a její skloubení s prací s lidmi vnímá jako svou slabinu. Naopak její předností je, že pracuje s nasazením, dokáže najít vizi a sdílet společné hodnoty, podnítit ostatní k práci, nápad převést ve skutek. Stojí na straně svých podřízených. Myslí si, že pro MDT dokáže vybrat dobré lidi. Jako lídr dbá na to, aby se i asistenti odlehčovacích služeb v terénu cítili být součástí týmu. V rámci MDT se dokáže prosadit s vlastním názorem. Cítí se být schopnou organizátorkou.

INF4: Jeho role je sociální pracovník v lůžkovém hospicu. Pracuje tu už několik let. Cítí se být spojovatelem mezi členy MDT. Sbírá informace od pacienta či rodiny a předává je do MDT. Je zdrojem aktuálních informací týkajících se možnosti příjmu nového pacienta. Přijímá tedy nové pacienty, případně pro ně vyhledává jiné zařízení. Spolupracuje s nemocnicí, rodinou, matrikou, notářem apod. V rámci nového příjmu řeší s klienty i rodinou smlouvu, platby, klientova osobní přání. Následně pomáhá vypořádat i jeho poslední věci a organizuje rozlučky se zemřelými. Mrzí ho, že mu nezbývá více času na neformální rozhovory s klienty (třeba u kávy). Obecně se považuje za empatického, což považuje za nejvyšší přínos. Jeho přínos této práci je v osobní zkušenosti (péče o umírající tchyni). Ví o sobě, že mu obecně chybí sebedůvěra – což se ovšem s praxí v PP stále zlepšuje a v rámci MDT se více komunikačně projevuje. Takhle práce mu přináší uspokojení. Má i své slabiny – je málo systematický v administrativě. Nemá rád, když musí řešit s rodinou něco, co za něj nasliboval někdo jiný, který neměl dostatek relevantních informací.

INF5: Informantka pracuje jako denní zdravotní sestra v mobilním hospicu. Náplní její práce jsou terénní výjezdy autem za pacienty a telefonický kontakt s nimi a s rodinami. V mobilním hospicu pracuje přes rok. Ví o sobě, že její přínos je v pozitivním ladění její osobnosti, má ráda humor. Jinak se necítí příliš jedinečná. Ví bezpečně, že vést tým by nedokázala.

b. Role ostatních členů

Tabulka č. 8 zachycuje ostatní členy MDT dle odpovědí informantů. Znázorněny jsou názvy týmů, profese k nim náležející, chybějící a případně nadbyteční členové MDT. V posledním sloupci zachycuji i odpověď na dotaz, zda je klient a rodina součástí MDT.

	NÁZVY TÝMŮ	ZÁKLADNÍ SLOŽENÍ	CHYBĚJÍCÍ	NADBYTEČNÍ	KLIENT A RODINA
INF1	Vnitřní	lídr (zást.ředitelky), lékaři (paliatři, internista), zdravotní sestry, psychosociální pracovníci, pracovníci půjčovny kompenzačních pomůcek	duchovní fyzioterapeut etik pracovníci půjčovny	nikdo	považuje za součást
	Vnější	psychoterapeut, psychiatr, právník, dobrovolník, KD	dtto	nikdo	považuje za součást
INF2	Širší	lidé v přímé péči, z provozu, z financování, 2 praktičtí lékaři, psychiatr, chirurg, KD	neuvádí	neuvádí	považuje za součást
	Vnitřní	pečovatelé, zdravotní sestry, praktičtí lékaři, aktivizační pracovníci, dobrovolníci, fyzioterapeut, psychiatr, kaplanka, vedoucí domova, SP, koordinátorka PP, nutriční terapeut, psychologka, ergoterapeutka	neuvádí	neuvádí	považuje za součást
	Tým vedoucích	vedoucí jednotlivých úseků péče	neuvádí	neuvádí	považuje za součást
INF3	Tým odlehčovací služeb	lídr, asistenti	duchovní fyzioterapeut dobrovolník	nikdo	považuje za součást jen do určité míry
	Mobilní hospicový	zdravotní sestry, lékař, psychosociální pracovník	dtto	nikdo	dtto
	Velký rozšiřující	ředitelka, zástupkyně ředitelky (lídr), SP, psychologové, psychoterapeut, KD, koordinátorka terénní a pobytové hospicové služby	dtto	nikdo	dtto
INF4	Kmenový	lékař (lídr), psycholog, zdravotní sestra, SP	nikdo	nikdo	považuje za neformální součást
	Tým externistů	duchovní, fyzioterapeut, průvodce, KD, dobrovolníci	nikdo	nikdo	dtto
INF5	Kmenový	ředitelka, SP, vrchní sestra a zdravotní sestry v terénu, osobní asistent	nikdo	nikdo	nepovažuje za přímou součást
	Větší	kmenový tým + psycholog, lékař, fyzioterapeut, osobní asistent, dobrovolník a duchovní	nikdo	nikdo	dtto
	Tým sester	zdravotní sestry, vrchní sestra	nikdo	nikdo	dtto

Tabulka 8: Součásti MDT, chybějící či nadbyteční členové, role klienta a rodiny (zdroj:vlastní výzkum)

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Složení MDT je pro ni vyhovující. Cítí se být součástí dvou týmů, velkého a malého (tým psychosociálních pracovníků). Součástí rozsáhlého velkého MDT jsou podle ní lékaři (paliatři, internista), zdravotní sestry, psychosociální pracovníci, kolegové z půjčovny kompenzačních pomůcek. Externími pracovníky velkého MDT týmu jsou psychoterapeut (vč dětského), psychiatr, právník. Právník pomáhá hlavně při komunikaci s matrikou. Lídrem týmu je zástupkyně ředitelky, která má více rolí (řeší i personální agendu apod). Chybějící součástí týmu je momentálně duchovní. Chybí jí také fyzioterapeut. Možná by se v týmu hodil i etik. Rozhodně by bylo potřeba posílit počet pracovníků v půjčovně kompenzačních pomůcek. Pokud jde o dobrovolníka, je součástí týmu, dostává a měl by dostat v MDT prostor sdělit informace o klientovi. Někdy jsou informace od něj opravdu stěžejní. Předávání informací od dobrovolníka zajišťuje koordinátor. Zájem klienta vnímá jako prvotní.

INF2: Informantka vnímá, že u nich v domově existuje více úrovní MDT – širší tým a užší týmy. Ten širší je členitý, jsou to všichni, co se nějak podílejí na péči, včetně lidí z provozu, financování apod. Zvlášť zmiňuje existenci týmu vedoucích jednotlivých úseků. Dále je tu tým lidí z přímé péče, do toho patří pečovatelé, aktivizační pracovníci, dobrovolníci, fyzioterapeut, psychiatr, kaplanka, koordinátor PP, nutriční terapeut, psycholožka i aktuálně chybějící ergoterapeut. Do MDT také patří celý zdravotní úsek – sestry a 2 externí praktičtí doktoři. Pečovatelů je více než zdravotních sester. Sestra má v domově zvláštní postavení, má větší odpovědnost za pacienta a externí lékaři se o její názor opírají (spoléhají na něj). Úkolem praktického lékaře je upozornit u klienta na vhodnost indikace PP, k čemuž se mohou vyjádřit i další externí členové MDT – psychiatr, chirurg. Role chirurga je např v řešení defektů u paliativních klientů. Jinak všichni z MDT mají svou náplň práce. Jako dalšího lídra vnímá i vedoucí domova, ta by rozhodovala v případech zásadních neshod v MDT v přímé péči. Je tu i koordinátor paliativní péče, toho však vnímá spíše jako partnera a podporu. I dobrovolník je podle ní součástí týmu, ačkoliv porad o klientech se přímo neúčastní on, ale jejich koordinátorka. Role dobrovolníka je podle informantky významná – má kontakt s člověkem, a to leckdy už z doby, kdy klient nebyl paliativní. Klienta a rodinu nepřímo považuje za součástí týmu.

INF3: Zmiňuje dva týmy, které vede, a jeden velký, jehož je rovněž součástí. V prvním případě jde o tým odlehčovacích služeb, jehož základem jsou asistenti v přímé péči. Základem týmu hospicové péče je pak sestra, lékař a psychosociální pracovník. Mezi členy velkého rozšiřujícího týmu pak počítá: sociální pracovníky a psychology, psycho-terapeuta, koordinátora dobrovolníků, koordinátorku terénní a pobytové hospicové služby. Pozice duchovního není obsazená, aktuálně je to obtížné. Pro fyzioterapeuta nemají v současnosti finanční prostředky, ale uvažuje se o něm. Obě pozice jí v MDT chybí. Na druhou stranu tam nikdo není navíc, všichni členové MDT mají jasnou a jednoznačnou náplň práce, ti v přímé péči možná o něco konkrétnější a jasnější. Roli asistenta v rámci odlehčovacích služeb pro jejich častou samostatnou práci v terénu vnímá jako specifickou. Dobrovolníka vnímá rovněž jako důležitou součást služeb, ačkoliv v současné době vzhledem ke koronavirovým opatřením dobrovolníci nepracují. Jejich role a kompetence bývají v týmu často diskutovány. Vnímá, že ne všechny členy MDT lze využít v rámci plného úvazku. Pokud jde o klienta a jeho blízké, do určité míry jsou podle ní i oni součástí týmu. Součástí velkého MDT je i ředitelka a její zástupkyně, tu považuje za lídra velkého týmu. Pozice lídra velkého týmu pro ni znamená kontrolu všech činností a někoho, kdo hlídá hranice (včetně těch jejích), myslí na rozvoj organizace, společné hodnoty a směr. Zodpovědností lídra je podle ní také zachycovat a zapisovat výsledky případných sporů. Jako pozitivní v organizaci vnímá to, že se každý vedoucí snaží být do určité míry v kontaktu s přímou péčí a stát tak na straně klientů své služby. Pokud jde o všechny zmiňované týmy, cítí, že do organizace přináší velké nasazení úplně každý.

INF4: Součástí kmenového MDT je podle informanta lékař, psycholog a zdravotní sestra. Jako externí součást MDT pak vnímá duchovního, fyzioterapeuta, vyškolenou průvodkyni umíráním, koordinátorku dobrovolníků a dobrovolníky. V kmenovém MDT podle něj nikdo nechybí ani nepřebývá. Lékaře vnímá jako lídra týmu, v tomto konkrétním případě pak jde o starší lékařku, která je pro něj i přirozenou autoritou. Lékař s rodinou komunikuje otevřeně ohledně zdravotního stavu klienta, navrhuje léčebná opatření vč případného umístění jinam. Zdravotní sestra mmj navrhuje zapojení dobrovolníka jako dalšího sociálního kontaktu pro klienta. Duchovní pracuje s klienty individuálně. Rozloučení se zemřelým doprovází farář. Koordinátorem duchovní péče je psycholog. Koordinátorka dobrovolníků má kumulovanou funkci (vede navíc půj-

čovnu kompenzačních pomůcek) a na hlášení dochází nepravidelně. Dobrovolník je neformální součástí týmu, ale jeho role je nezastupitelná. Uplatňuje se jak v úzké přímé péči (vyplňuje čas klientovi), tak například pracuje v centru denních služeb, poskytuje masáže pro personál apod. Také klienta a jeho rodinu vnímá informant jako neformální součást týmu.

INF5: Do kmenového MDT patří podle informantky ředitel, sociální pracovník, vrchní sestra a zdravotní sestry v terénu. Součástí většího týmu jsou také psycholog, lékař, fyzioterapeut, osobní asistent, dobrovolník a duchovní (vč ředitelky organizace). V týmu jí nikdo nepřijde nadbytečný, ani nikdo nechybí. Úkolem lékařky je stanovit přijetí pacienta do služby, určovat a aktualizovat režim péče (pohotovostní nebo denní), a to podle zhoršení či zlepšení stavu pacienta. Do rodin chodí tento stav monitorovat jednou týdně. Zdravotní sestra v terénní hospicové péči je většinou kompetentní a zkušená, neboť vykonává i specifickou odbornou práci (podávání morfinu přes infuzní pumpu apod). Rozhodující slovo ve zdravotnickém týmu má vrchní sestra, ta je podle informantky lídrem. Současně vnímá u té své vrchní nejistotu a nedostatek zkušeností, byť jí nechybí odborná erudovanost. Zkušenost totiž pomáhá. Základem duchovní služby je podle informantky dojíždění do rodin, modlitba a požehnání. To vykonává jak duchovní sám, tak ředitelka organizace, která je k tomu rovněž kompetentní. Sociální pracovník připravuje základní podklady o pacientovi (check – listy) a vypracuje anamnézu, rovněž pak seznamuje rodinu i klienta s tím, co obnáší hospicová péče. V terminální fázi života umírajícího se již sociální pracovník s rodinou nepotkává. Dalším členem MDT je osobní asistent, v jejich případě se mnohdy jedná o výpomoc ze strany studenta zdravotnické školy. Dobrovolník žádnou odbornou práci nevykonává, pracuje u nich např na propagaci na trzích či v půjčovně pomůcek. Jak informantka uvádí, všichni členové kmenového týmu se navzájem zastupují, pokud to jejich odbornost dovoluje. Práce MDT je tak podle ní podchycena komplexně. Pacienta ani jeho blízké nepovažuje za přímou součást týmu.

2.3.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak je zajištěna kompaktnost spolupráce (komunikace, funkčnost, podpora)?

a. Komunikace

V tabulce č. 9 zachycuji výsledky výzkumné kategorie Komunikace, konkrétně druhy platforem pro setkávání MDT v jejich organizacích a preferované způsoby komunikace tak, jak je uvedli informanti.

PLATFORMY		PRIMÁRNÍ ZPŮSOBY komunikace v MDT
INF1	porada - pravidelná, velký MDT tým - pravidelná, menší MDT	ústní
INF2	ranní hlášení – pravidelné, vnitřní tým (na směně) porady o klientech – pravidelné, vnitřní tým porady o jednom klientovi – pravidelné, vnitřní tým individuální schůzky – mimořádné i plánované schůzky s externím týmem garantující organizace – dle potřeby	osobní elektronická
INF3	velká porada (1/týden) – pravidelná, velký MDT porada týmu – pravidelná, kmenový tým setkání s kolegy z poradny – dle potřeby externí schůzky mezi organizacemi - dle potřeby rodinná konference - kmenový tým + rodina, dle potřeby	ústně telefonicky online
INF4	denní hlášení – pravidelná, kmenový tým multidisciplinární tým – pravidelný, plán péče supervize – pravidelná nebo dle potřeby	nekonkretizuje
INF5	porada velkého týmu - pravidelná, 1x měsíčně setkávání týmu zdravotních sester - pravidelné schůzky ad hoc v kanceláři sester	nekonkretizuje

Tabulka 9: Platformy a primární způsob komunikace v MDT (zdroj:vlastní výzkum)

Tabulka č. 10 zachycuje pohledy (názory) informantů, které vychází z praxe a týkají se komunikace s klientem/rodinou, a v rámci týmu/týmů.

	KOMUNIKACE S KLIENTEM A RODINOU	KOMUNIKACE V RÁMCI TÝMU/TÝMŮ
INF1	<i>Klient profituje díky možnosti výběru odbornosti či podle sympatií k personálu.</i>	<i>Klíč k úspěchu je v respektování autorit a v toleranci k názorům druhého. Důležité informace si vždy najdou svého příjemce.</i>
INF2	<i>Pro komunikaci s klientem je rozhodující jeho přání. S rodinou je podstatné se vyladit a mít shodný názor.</i>	<i>Informace o stavu klienta musí k lidem chodit stejné. Na pracovní směně osobnostně dobře laděných lidí se pracuje lépe. Týmová komunikace je věcí dobré vzájemné interakce. Je důležité, aby tým věděl, jak uvažuje jejich líder. V týmu mají všichni stejné slovo, není problém sdílet věci nahlas. Více zkušeností a pohledů na věc přináší možnost komplexní péče. Příliš početný tým znamená potíže v komunikaci a spory. Při řešení konfliktů je důležitý odstup a prostor k vyjádření každého.</i>
INF3	<i>Péči je nutno přizpůsobit klientovi i rodině. Klient i rodina mají být zabezpečeni komplexně zásadní je vždy důvěra klienta. Někdy je klient otevřenější směrem k členům týmu než k rodině či blízkým. Klient má stále zodpovědnost za svůj vlastní život.</i>	<i>„Pod jednou střechou“ se tým rychleji domluví. Úspěšná komunikace rovná se aktualizované a dostupné směrnice a postup. Spolupráce v MDT navzájem šetří síly.</i>
INF4	<i>Komunikovat s pacientem a rodinou je důležité pro prevenci neshod. Rozhodnutí v týmu vždy předchází přání klienta.</i>	<i>Pro komunikaci v týmu je důležitá vzdálenost kancelářů. Mezi zásadní platformy komunikace patří supervize.</i>
INF5	---	<i>Při práci dvou externích nezávislých týmů je důležité, aby byly u pacienta řádně nasmlouvané úkony. Rozpory mezi dvěma týmy mají řešit vedoucí. Základem rozporů je často finanční stránka věci spíše nežli člověk. Nejasná dělba práce způsobuje spory až boj o klienta.</i>

Tabulka 10: Postřehy o komunikaci s klientem a rodinou, v rámci týmu/týmů (zdroj:vlastní výzkum)

Obrázek č. 3 (viz příloha č. 6) zachycuje *Důvody zvýšených komunikačních nároků* při práci multidisciplinárního týmu tak, jak je uváděli informanti. Vzhledem k velikosti jej přikládám do příloh (zpracováno v programu Atlas. ti).

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Informantka se pohybuje na platformách velkého a menšího multidisciplinárního týmu. V rámci velkého MDT se účastní pravidelných každotýdenních hodinových porad, kde má každý prostor se vyjádřit. Náročnost práce ve velkém týmu vnímá v jeho rozmanitosti. Soudí, že návodem pro komunikaci je respekt k autoritám a tolerance k názorům druhého (které ostatně stejně leckdy pochopí až po čase). Někdy jako těžké shledává i jasné stanovení hranic práce mezi jednotlivými obory v MDT. Setkávání menšího týmu přímé péče se nazývají „tým“, a jsou pravidelná. Existují však i setkání mimořádná (ad hoc), tzv reflexe, kdy se setkává menší MDT nad nestandardní situací, ohlédnutí za efektivitou vykonané práce. Dále zmiňuje, že informace v obou týmech se průběžně předávají i ústní formou. Myslí, že komunikace je pro rozličnost odborností někdy opravdu těžká - každý z nich může vidět danou situaci jinak. V týmech funguje předávání informací směrem od specialisty k nespecialistům. Myslí, že důležité informace si vždy najdou svého příjemce. Pokud jde o komunikaci s klientem, ten podle informantky může z překrývající se multidisciplinární péče spíše profitovat (má možnost výběru) - pokud má problém, se kterým si neví rady, obrátí se na příslušného odborníka (např v případě zdravotního problému na zdravotní sestru), nebo zkrátka na toho, kdo mu je sympatický. Těžkosti mohou přijít ve chvíli, kdy má klient omezené rozhodovací schopnosti.

INF2: Účastní se několika komunikačních týmových platforem – ranního hlášení pro personál na směně (základní stavební jednotka dne), dále porad o všech klientech v domově pro užší tým (jednou v týdnu), porad multidisciplinárního týmu orientovaných na jednoho klienta pro zástupce z jednotlivých odborností (jednou v týdnu). Informace jsou také předávány v rámci individuálních schůzek mezi členy MDT (většinou ad hoc) či elektronicky (e-mail). E-mail považuje za pojistku toho, že se všechny informace (které jsou rozsáhlé), dostanou opravdu ke všem včetně dobrovolníka. Platformy setkávání MDT považuje informantka za dostačující. Komunikace mezi MDT se podle ní občas jeví jako hodně náročná až divoká, personál se na směnách střídá, navíc

mívá rozdílné názory a zkušenosti. Proto považuje za důležité, aby informace o stavu klienta, které ke všem doputují, byly stejné. Dále říká, že v pracovní směně osobnostně dobře laděných lidí se jí pracuje lépe, týmová komunikace je podle ní věcí dobré vzájemné interakce. Za důležité považuje, aby tým věděl, jak uvažuje jejich líder. Pro řešení konfliktů je pro ni důležité mít možnost podívat se na věc z odstupu a nechat prostor k vyjádření pro každého. U nich v týmu naštěstí všichni mají stejné slovo a není problémem sdílet věci nahlas. Vzhledem k tomu, že se jedná o domov pro seniory, kde se PP do péče zavádí, využívá se tu spolupráce s externím týmem zkušené organizace poskytující specializovanou PP. Externí tým pomáhá komunikovat těžká témata umírání i s klientem a rodinou. Jako další externí komunikaci zmiňuje spolupráci se zdravotní pojišťovnou. Považuje ji za složitou, neboť podle ní nejsou pro pojišťovnu umírající lidé zajímaví a nechce proplácet moderní zdravotnický materiál. Pokud jde o komunikaci s klientem, považuje informantka za zásadní a rozhodující právě jeho slovo (přání). S rodinou je podle ní velmi podstatné se vyladit a mít shodný názor, protože může přijít situace, kdy za klienta bude rozhodovat právě rodina. Bohužel má zkušenost, že to bývá náročné a někdy by se mohlo zdát, že rodina je spíš soupeř než partner v komunikaci. Například zkušenost (údajně komunikačně hůře vybavených) zdravotních sester na směnách je taková, že rodiny je často „přepadnou“ na chodbě s otázkou, na kterou se sestra předem nemohla připravit, a pak se k ní chovají s despektem. O multidisciplinari-tě jako takové někdy v týmu vedou debatu. Na jednu stranu se zdá, že víc zkušeností a pohledů na věc přináší možnost klienta zajistit komplexněji (na nic nezapomenout), na stranu druhou příliš početný tým přináší více úhlů pohledu, a tím i potíže v komunikaci a spory.

INF3: Třetí informantka je rovněž součástí více týmů – velkého multidisciplinárního, a dvou menších týmů v přímé péči. Obsahem velké porady (1x týdně) jsou clientské i organizační záležitosti, a schází se na ní lidé z přímé i nepřímé péče (za běžných okolností klidně až 30 lidí). Je tak početně rozsáhlá proto, aby se nezapomnělo na názory některých členů MDT. S ohledem na koronavirová opatření tato porada nyní probíhá v jiném režimu (v menším počtu apod). Porada odlehčovacího týmu řeší například zajištění návaznosti práce asistenta a zdravotníka. Zdravotní stav klienta je často komunikován průběžně a intenzivně také mimo poradu (ústně face to face i telefonicky). Komunikaci v této službě považuje za „splavnější“ mmj proto, že jsou členové tohoto týmu

pod jednou střechou a rychleji se tak domluví. Další komunikační platformou je setkávání s kolegy z poradny, kde se řeší nabídka služeb, kapacita, cílová skupina a případné doporučení jiných služeb. Pro úspěšnou komunikaci v týmech informantka znovu zmiňuje důležitost a dostupnost průběžně aktualizovaných směrnic a postupů. Jako příklad externí komunikace mezi týmy uvádí situaci, kdy se přímo u klienta setkávají dvě a více „nasmlouvaných“ služeb (zdravotní sestry, asistenti apod). Ti se buď u klienta mohou, nebo nemusí potkat, záleží na koordinaci této péče (někdy si ji řídí rodina sama). Samozřejmě tito kolegové mohou i spolupracovat (např na hygieně klienta). Platformou pro koordinaci péče může být sešit u klienta doma (předávání vzkazů), méně časté je pak případové setkání a nejčastější telefonická a jiná ad hoc komunikace. Na téma komunikace s klientem informantka dále zmiňuje, že zásadní je tu vždy důvěra klienta. Zkušenost dokonce říká, že někdy je klient otevřenější směrem k členům týmu než k rodině či blízkým. Pro komunikaci s klientem je také důležitý pocit, že klient přebíral zodpovědnost za svůj vlastní život. S člověkem v terminální fázi života je totiž někdy obtížné komunikovat např proto, že má tendence zanedbávat hygienu, což pečujícími nelze dost dobře respektovat. Přesto trvá, že péči je s ohledem na prognózu nutno klientovi i rodině přizpůsobit. V rodině je pak možné uspořádat i tzv rodinnou konferenci (kmenový tým + pokud možno všichni zainteresovaní zástupci rodiny) nebo multidisciplinární setkání. Cílem obou platforem je projasnění situace, vyladění případných nespokojeností a nejasností. K multidisciplinaritě na obecné úrovni informantka říká, že je zastáncem té snahy, aby klient i rodina byli zabezpečeni komplexně psycho-socio-spirituálně. Zastává také názor, že spolupráce v rámci MDT navzájem šetří síly.

INF4: Za základ komunikace mezi MDT považuje tento informant denní hlášení, na kterém se schází lidé z tzv kmenového týmu. Jeho obsahem bývá společná domluva na aktuálních postupech práce týkajících se pacienta. Jako příklad z praxe uvádí přání pacienta podívat se ještě domů. On, jako sociální pracovník, je tu v roli spojovatele mezi rodinou, pacientem a MDT. Spolu se zdravotní sestrou tu přednáší přání pacienta. V případě konkrétního požadavku na péči ze strany pacienta nebo rodiny se následně obrací na kolegy v přímé péči. Jinou platformou setkávání je tzv multidisciplinární tým. Tam se řeší déledobé záležitosti, nastavuje se péče. Rozhodování se většinou týká přijetí pacienta do služby nebo prodloužení pobytu. Jakémukoliv dalšímu rozhodnutí v týmu vždy předchází přání klienta, služba se mu snaží co nejvíce přizpůsobit (vybavení a fo-

tografie na pokoji, režim pacientova dne, přístup oblíbených zvířat, přistýlka, kouření ad). Náročnost komunikace v týmu obecně je ve vstupování do pracovních kompetencí jiného člena týmu. Pokud dochází ke sporům, řeší je tým hlasováním, přičemž rozhodující slovo má lékař, který je považován za tahouna týmu. Mnohdy je pro ad hoc komunikaci v týmu důležitá i skutečná vzdálenost mezi personálem při práci (intenzivní komunikace s kolegy, kteří mají kancelář hned vedle něj, byť jsou z jiného MDT). Za další platformu považuje supervizi MDT. Komunikaci s pacientem a rodinou vidí jako velmi důležitou a soudí, že nevyjasněné věci mohou být zdrojem neshod. Je třeba vycházet z toho, že některá přání rodiny či pacienta mohou být již spíše nerealizovatelná (např pečovat ještě o pacienta v domácím prostředí). Realnost požadavků pak na správnou míru uvádí odborník (většinou lékař). Fakt je, že v případě pacienta je někdy komunikace zamotaná i tím, že svá přání může reprodukovat každému jinak. Informant se také pozastavuje nad tím, že v minulosti míval více času na pacienta a povídání s ním, dnes je to již časově složité.

INF5: Tato informantka se podle svých slov účastní dvou základních setkávání MDT: velkého týmu zdravotníků a sociálních pracovníků (1x měsíčně), a pravidelného setkávání týmu zdravotních sester z terénu. Velký tým slouží jako platforma pro řešení otázek počtu klientů, průběhu a stavu péče. Sdílí se tu pohledy různých členů týmu na situaci kolem klienta, a bere se v potaz klientovo přání. Na zdravotnickém týmu se pak řeší otázky přímo a aktuálně z terénu (péče, medikace, rehabilitace apod). Množství informací se podle ní řeší také ad hoc v kanceláři sester. V tomto týmu se občas objevují nesoulady týkající se rozdílnosti pohledů na péči o klienta, které informantka nevnímá jako negativní. V rámci běžné praxe o něco méně komunikuje se sociálními pracovníky (míjejí se). Jejich náplň práce i postup přijetí klienta do služby však zná. Jsou to oni, kteří s klientem komunikují často dosti náročná témata (otázka dědictví apod). Přání klienta bývá prvně slyšeno sociálním pracovníkem již v době příjmu do služby. K externí komunikaci s týmy z jiných organizací informantka uvádí, že s tím má zkušenosti z terénu, když se překrývají jejich hospicové služby se službami domácí péče. Proto považuje za důležité, aby byly řádně nasmlouvané úkony u pacienta. Zvažuje, že základem rozporů je finanční stránka věci spíše, nežli člověk jako takový. Rozpory by měli řešit hlavně vedoucí organizací mezi sebou. Nejasná dělba práce způsobuje rozpory, a když existuje víc organizací, může existovat i boj o klienta.

b. Funkčnost týmu

Tabulka č. 11 znázorňuje postřehy informantů týkající se funkčnosti práce MDT, tedy na čem lze poznat funkční tým, a jaké nezdary mohou dokumentovat jeho omezenou funkčnost.

FUNKČNOST TÝMU	JAK JI POZNAT	NEZDARY
INF1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tým umí z praxe vytěžit poučení pro příště ▪ týmu nechybí zpětná reflexe ▪ klient je spokojený 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ne vždy se vše podaří stihnout včas
INF2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tým má chuť sdílet informace ▪ tým se vydal jednotným směrem ▪ tým je zkušený ▪ tým nad prací přemýšlí ▪ tým se dokáže se na práci podívat z odstupu ▪ absence konfliktů v týmu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ členové týmu se „zamotávají“ v detailních postupech práce ▪ tým má nedostatek informací
INF3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tým je přizpůsobivý aktuální situaci ▪ funguje návaznost péče ▪ tým má snahu se harmonizovat ▪ lidé navzájem naslouchají svým potřebám, ▪ tým cílí na zájem klienta ▪ personál má chuť si zvyšovat své dovednosti ▪ dělba práce je jasná 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nejasné hranice a limity práce ▪ nejasná cílová skupina ▪ předem nevyjasněná očekávání pracovníků ▪ precedentní situace nejsou zaznamenávány do směrnic
INF4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ personál má o koho se opřít ▪ podpora v týmu je vzájemná 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nekoordinovanost při předávání informací ▪ zasahování do kompetencí jiného člena týmu
INF5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ spokojenost pacienta ▪ informace putující k rodině a klientovi jsou od všech stejné ▪ tým mluví „stejnou řečí“ ▪ vždycky se v týmu nějak dohodnou ▪ v týmu funguje vzájemná zastupitelnost 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ existují spory způsobené přílišnou rozdílností pohledů mezi lidmi z praxe a vedením ▪ nároky na práci ze strany vedení jsou příliš vysoké ▪ funkčnost oslabují finanční neshody

Tabulka 11: Jak poznat funkčnost týmu (zdroj:vlastní výzkum)

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Spolupráci MDT u nich v organizaci považuje za efektivní a pružnou. Navíc je fajn, že tým dokáže z nestandardní situace vytěžit poučení pro příště. Je pravda, že ne vždy se vše podaří stihnout včas, ale pokud to jde, je možné se z toho poučit - týmu nechybí zpětná reflexe. Považuje za důležité, aby tým vycházel z praxe. Efektivita práce multidisciplinárního týmu se podle ní pozná především na spokojenosti klienta.

INF2: Zda pracují v týmu efektivně, pozná především podle chuti lidí sdílet si vzájemně informace. Prozatím u nich nebyl takový konflikt, aby musel rozhodovat někdo z vedení. Jako potenciální zdroj konfliktů vnímá možnost „zamotání se“ v detailních postupech práce, a případný nedostatek informací (ne každá informace má šanci se dostat ke všem). Obecně vidí jako funkční takový tým, který se vydal jednotným směrem, má chuť sdílet, je zkušený, nad prací přemýšlí a dokáže se na ni podívat z odstupu.

INF3: Informantka je spokojená s tím, v jak pružném a funkčním MDT pracuje. V případě, že je třeba do péče zahrnout i pomoc ze strany odborníka ze širšího MDT (návaznost péče v rámci organizace), jsou toho rychle schopni. Obecně vnímá funkčnost týmu jako snahu se harmonizovat, navzájem naslouchat svým potřebám, a současně cílit na zájem klienta. Funkční MDT lze podle jejího názoru poznat tak, že personál má chuť si zvyšovat své dovednosti. Aby byl tým funkční, je také podstatné vědět, kdo co přesně dělá, neboť nejasnosti mohou péči přímo ovlivnit. Spory týkající se klientské práce se však vyskytují i u nich. Mohou se týkat právě časových hranic (např. časového limitu pro půjčování pomůcek veřejnosti), konkretizace jejich cílové skupiny, případně se řeší nějaká nevyjasněná očekávání u terénních pracovníků. Spory u nich nejdou do extrému, řeší se debatou, nasloucháním, přehodnocováním argumentů, kompromisy. Prozatím neměli takový spor, aby jej musel rozsoudit někdo vyšší, ale pokud by se tak dělo, obrátili by se na vedení. Pro další fungování týmu by podle ní měl být každý precedens zaznamenán do směrnice pracovních postupů, aby se sporům dalo preventivně předcházet.

INF4: Jejich tým hodnotí tento informant jako funkční tehdy, kdy je o koho se opřít. Pravda je, že předávání informací v týmu bývá trochu problém, a taková nekoordinovaná informace může být zdrojem velkých potíží. Dostal se ve své pozici do ná-

ročné situace tehdy, kdy měl splnit něco, co za něj nereálně nasliboval někdo jiný z týmu (příjem klienta i přes obsazenou kapacitu). Na druhou stranu takové situace nejsou příliš časté, a zatím vždy došlo k nějaké dohodě. Onu funkčnost týmu tedy obecně vnímá ve vzájemné podpoře, v tom, že táhnou za jeden provaz.

INF5: Jako funkční shledává jejich tým tehdy, pokud je pacient spokojený a jsou jemu a rodině od všech členů MDT předávány stejné informace. Funkční tým pro ni také znamená dobrý kolektiv zdravotních sester, které „mluví stejnou řečí“. Efektivitu práce podle ní posiluje vzájemná zastupitelnost. Je pro ni aktuálně ovšem náročné podléhat velkým organizačním změnám a plnit vysoké pracovní nároky nového vedení. Spory podle ní vznikají růzností pohledů mezi personálem z praxe, a kolegy z kanceláře (vedení), jakkoliv je chce připouštět s humorem sobě vlastním. Pokud jde o spory mezi týmy, které podle ní funkčnost rovněž oslabují, pak zmiňuje především finanční neshody (boje o úkony proplácené pojišťovnou, když u jednoho klienta v terénu pracuje více organizací).

c. Podpora

V tabulkách č. 12 a 13 uvádím data z kategorie Podpora. Zajímá mě pohled každého informanta na druhy podpory poskytované v rámci jejich práce - mezitýmové sdílení, podporu od organizace, od klientů, sebepodporu apod. Data uvádím ve dvou tabulkách (tabulka č. 12 – INF 1 a 2, tabulka č. 13 INF 3 – 5).

PODPORA	INF1	INF2
mezitýmová	<ul style="list-style-type: none"> vzájemná důvěra v týmu možnost se opřít o zkušenější členy 	<ul style="list-style-type: none"> sdílení v týmu podpora od lidí v přímé péči podpora od koordinátorky PP
od organizace	<ul style="list-style-type: none"> individuální supervize skupinová supervize 	<ul style="list-style-type: none"> individuální supervizi supervizi vedoucích týmů intervize s psycholožkou nebo kaplankou
ze soukromého života	neuvádí	neuvádí
sebeopodpora	<ul style="list-style-type: none"> učení se praxí nabírání zkušeností 	<ul style="list-style-type: none"> profesní příslušnost (vzdělání)
od klienta	neuvádí	neuvádí

Tabulka 12: Různé formy podpory dle INF1 a INF2 (zdroj:vlastní výzkum)

PODPORA	INF3	INF4	INF5
mezitýmová	<ul style="list-style-type: none"> důvěra a dopomoc lídra fyzická i psychická podpora kolegů sdílení zkušeností v týmu 	<ul style="list-style-type: none"> možnost se opřít o vyjádření lékaře (lídra) prosté sdílení klientůských témat 	<ul style="list-style-type: none"> sdílení zkušeností
od organizace	<ul style="list-style-type: none"> individuální supervize skupinová supervize (týmu vedoucích i asistentů) odborné vzdělávání a rozvoj - podpořené organizací, dle vlastního výběru organizační opatření efektivní public relations informování veřejnosti o službě fundraisingová podpora 	<ul style="list-style-type: none"> případové supervize týmové supervize (ne vždy efektivní) individuální supervizi (v případě potřeby) podpora tělesné schránky (masáže od dobrovolníka) 	<ul style="list-style-type: none"> dobře nastavené časové pracovní podmínky (denní provoz – sladění s rolí matky) supervize případové (dle potřeby) supervize individuální (dle potřeby) intervize ze strany interního psychologa
ze soukromého života	neuvádí	<ul style="list-style-type: none"> podpory od přátel a rodiny (obdiv k jeho práci) 	neuvádí
sebeopodpora	neuvádí	<ul style="list-style-type: none"> schopnost ocenit sebe sama nesmí si práci nosit domů. dovolenou alespoň tři týdny v kuse relax četbou a sportem sebezkušenost s péčí o umírajícího člena rodiny 	<ul style="list-style-type: none"> humor a optimismus povznést se nad situací sebezkušenost s péčí o umírajícího člena rodiny profesní příslušnost (vzdělání) praktická zkušenost z JIP
od klienta	neuvádí	<ul style="list-style-type: none"> uznání jeho práce klientem (palec vztyčený nahoru na důkaz dobré práce) 	neuvádí

Tabulka 13: Různé formy podpory dle INF3-5 (zdroj:vlastní výzkum)

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Využívá podporu od organizace ve formě individuálních i skupinových supervizi. Pokud jde o vzájemnou podporu v týmu, je ráda, že má v kolegy důvěru a že se především o ty zkušenější může opřít. Dále soudí, že každý v týmu (včetně ní) má své vlastní mechanismy sebeopodpory. V rámci práce to pro ni konkrétně znamená učení se praxí, nabírání zkušeností.

INF2: Cítí podporu především ve své profesní příslušnosti (vzdělání). Podléhá individuální supervizi a má možnost účasti na supervizi vedoucích týmů. Soudí, že její psychika není vždycky vyrovnaná, takže jí pomáhá podpora jako taková (od kohokoliv v týmu, kdo je součástí péče). Vyjadřuje spokojenost s existencí koordinátorky PP, která pro ni takovou oporou je. Obecně soudí, že nejdůležitější podpora je sdílení v rámci týmu - lidé ze širšího týmu mají podpořit lidi z týmu užšího (blíže klientovi). To by ale samo o sobě nestačilo. Všichni členové týmu mají možnost individuálních a skupinových supervizí, což považuje za skvělou věc. Co vnímá pro ni spíš jako okrajové, je možnost se potkat s interní psychologkou, nebo si popovídat s kaplankou (intervize).

INF3: Podporu potřebuje a také cítí. Důležitá je pro ni ta ze strany lídra (v tomto případě zástupkyně ředitelky). Znamená pro ni vědomí, že se na ni může spolehnout, že najdou společný čas sdílet, konzultovat. Podpora lídra je pro ni o vzájemné důvěře, dopomoci při rozhodování, možnosti sdílet své nejistoty. Za podporu považuje ujištění, že v tom není sama. Ze strany organizace dostává podporu supervizní - individuální i skupinovou supervizi týmu vedoucích i týmu asistentů, to je pro ni možnost pročištění od ožehavých témat. Odborné vzdělávání a rozvoj (dle vlastního výběru) považuje ve své organizaci za nadstandardní podporu. Jako důležitou pak také vnímá podporu vzájemným sdílením, oceněním, či např. vzájemnou fyzickou výpomoc u klienta v terénu. V týmech jsou ostatně na vzájemnou vstřícnou podporu zvyklí. Pro ni jako lídra však podpora znamená také dobrá organizační opatření, efektivní public relations a informování veřejnosti o službě, fundraisingovou podporu třeba kvůli financování pomůcek apod. Pokud jde o podporu, cítí se saturovaná. Když si o ni řekne, dostává ji.

INF4: Informant se hojně opírá o sebedoporu. Ví, že musí dokázat ocenit i sám sebe, a že si práci nesmí nosit domů. Dovolenu si bere tak dlouhou (alespoň tři týdny), aby se dokázal zcela „odstříhnout od světa“. Doma relaxuje četbou a sportem. V soukromí se mu dostává podpory od přátel a rodiny, kteří obdivují práci, kterou vykonává. V práci má podporu od lídra (lékaře), o kterého se může opřít např. ve chvílích nesouladu s rodinou pacienta. Možnost supervize v práci sice také využívá, tu týmovou však někdy považuje spíše za destruktivní. Vnímá, že pokud jde v rámci supervize o klientská témata, může mít pro něj supervize význam, a tak ji využívá. Ví, že v případě potřeby má k dispozici i individuální supervizi. Za podporu považuje i obecné sdílení klientských témat v týmu. Velmi si považuje i podpory od klienta, což někdy může být třeba jen

palec vztyčený nahoru na důkaz dobré práce. V rámci organizace má možnost také své fyzické podpory – jednou týdně masáže zdarma od dobrovolníka. Jako podpůrnou vnímá také vlastní zkušenost s péčí o umírajícího člena rodiny. Další požadavky ohledně podpory nemá.

INF5: Humor a optimismus je pro ní forma sebepodpory, a myslí si, že tímto přístupem pomáhá i ostatním (vč pacienta a rodiny), do práce dokáže vnést světlé stránky a povznést se nad situaci. Jako podpůrné pro svou práci shledává dobře nastavené časové pracovní podmínky (denní provoz 8 – 16 h), které jí pomáhají zvládat roli matky. Náročnost paliativního tématu překonává jak vlastní zkušeností s péčí o umírajícího člena rodiny, tak vzděláním (zdravotní sestra), blíže pak svou odbornou zkušeností (chirurgická JIP). Ví, že v případě potřeby je tu supervize, zatím ji však nevyužila, jméno supervizora nezná. Má také možnost individuální supervize a podpory ze strany interního psychologa. Prozatím jí však stačí sdílení témat a zkušeností v týmu sester, který jí vyhovuje.

2.3.3 Výzkumná otázka č. 3: Jakou péči zajišťuje jejich tým v rámci zařízení, ve kterém pracují?

V tabulce č. 14 uvádím přehled zjištěných informací týkajících se péče poskytované zařízením, ve kterém informanti pracují. Ostatní informace k plánování péče a další obecnější názory na paliativní péči lze nalézt v příslušném shrnutí výzkumných rozhovorů k tomuto tématu (pod tabulkou č. 14).

	druh PP	formy péče	základní součásti poskytovaných služeb	příjemci služeb	poznámky
INF1	specializovaná	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulantní ▪ mobilní ▪ pobytová ▪ pozůstalostní 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ odlehčovací (re-spitní) pobyty ▪ odlehčovací služby terénní ▪ poradna ▪ půjčovna kompenzačních pomůcek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umírající ▪ dlouhodobě nemocní ▪ pečující, rodiny a blízcí ▪ veřejnost 	zařízení uvažuje o rozšíření okruhu příjemců péče
INF2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ obecná ▪ specializovaná (zavádí se) 	pobytová	domov pro seniory	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geriatričtí klienti v terminální fázi života ▪ rodiny a blízcí 	rozvoj specializované PP s podporou externího garantujícího týmu

druh PP	formy péče	základní součásti poskytovaných služeb	příjemci služeb	poznámky	
INF3	specializovaná	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulantní ▪ mobilní ▪ pobytová ▪ pozůstalostní 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ odlehčovací (re-spitní) pobyty ▪ odlehčovací služby terénní ▪ poradna ▪ půjčovna kompenzačních pomůcek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umírající ▪ dlouhodobě nemocní ▪ pečující, rodiny a blízcí ▪ veřejnost 	zařízení uvažuje o rozšíření okruhu příjemců péče
INF4	specializovaná	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mobilní ▪ pobytová ▪ pozůstalostní 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ odlehčovací pobyty lůžkové ▪ hospicový pobyt ▪ půjčovna pomůcek ▪ doprovázení pozůstalých 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umírající ▪ dlouhodobě nemocní ▪ pečující ▪ rodiny a pečující blízcí 	zařízení uvažuje o dostavbě (tedy rozšíření péče)
INF5	specializovaná	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mobilní 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zdravotnické zásahy ▪ osobní asistence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umírající ▪ dlouhodobě nemocní 	práce ve dvou směnách: denní (8h) a pohotovostní (24h) režim

Tabulka 14: Péče poskytované zařízeními, ve kterých informanti pracují (zdroj:vlastní výzkum)

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Jejich organizace poskytuje služby terénního mobilního hospice, ale také lůžkovou odlehčovací péči, a současně i ambulanci hospicové a paliativní péče. Součástí služeb je i poradna, která funguje celorepublikově. Služba odlehčovací (lůžková) je určena pro krátkodobé pobyty, a nabízí dokonce i respitní pobyty pro pacienty bez předem určené letální diagnózy. V organizaci existuje také návaznost na pozůstalostní péči po úmrtí klienta (služba psychologa). Služba není omezena na geriatrické pacienty, nicméně pokud tito se u nich vyskytují, pak až v terminální fázi. Pečující využívají často poradenských služeb. Informantka soudí, že pokud má pacient víc příznaků a diagnóz, je efektivnější se mu věnovat v rámci domácí hospicové péče. Geriatrickou paliativní péči považuje informantka za náročnou. Vyznačuje se podle ní složitějším plánováním péče. Geriatrická PP je podle ní práce s nejistotou (jako na houpačce), kdy všichni zúčastnění (klient, MDT, rodina) musí být připraveni na změny. Naproti tomu u „jen“ onkologického pacienta se líp plánuje, protože péče může mít delší prognózu. Obecně k paliativní péči říká, že je rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí, kdy hospicová je více orientovaná na terminální stadium života. Rozhovor s informantkou také přinesl sdílení její zkušenosti, že práce nemocničních mobilních paliativních týmů je spíše o takové té zá-

kladní paliativě, neboť množství administrativních překážek vlastně málokdy týmu dovolí vyjet za pacientem domů.

INF2: Informantka pracuje v pobytové službě - domově pro seniory. PP se tu v současnosti zavádí. Dobře funguje paliativa obecná, v tomto směru považuje i MDT za dostačující a dobře pokrytý. Informantka ovšem připouští, že situace, kdy je třeba nastavit PP specializovanou, dosud přinášejí komplikace. Domov nemá vlastního paliatara, který by se hodil právě na specializované intervence, předpis léků ad. Proto si zvou na pomoc externí poradenský tým ze zkušené organizace, který funguje i jako garant péče, a od kterého se specializovanou PP učí. Externí tým pomůže v rámci konzilia zhodnotit stav a nastavit péči v první fázi, další postupy už pak nechává na jejich MDT. Tým v čele s koordinátorem naplňuje pravidelné schůzky (vč schůzek s rodinou), a nastavuje plán péče jako takový. Je to důležité, neboť plán omezuje možnosti překvapení a může eliminovat nejistotu. MDT v PP poté postupuje opatrně, po krocích. Informantka v této části rozhovoru připojuje i obecné názory na paliativní péči. Podle ní je jedinečná v tom, že spočívá v individuálním profitu klienta, kterému také pomáhá naplnit jeho smysl života.

INF3: Tato informantka pracuje ve stejné organizaci jako INF1 – zařízení poskytuje již 10 let službu terénního mobilního hospice. V posledních 5 měsících navíc přibyla i služba pobytová (odlehčovací a respitní pobyty). Dalšími službami v rámci organizace jsou půjčovna kompenzačních pomůcek (pro jejich klienty i pro veřejnost), a celorepubliková poradna. Klienty přibírají podle informantky na základě kapacity. Kvalitní péče je podle ní taková, kdy klientů není ani málo, ani příliš. Dá se říci, že klienty odlehčovací (pobytové) služby nejsou jen lidé bezprostředně umírající. Dokonce se stává, že u klientů v dlouhodobé péči se vystřídá více služeb (a týmů). Klienty v terénu jsou také lidé jak bezprostředně umírající, tak ti dlouhodobě nemocní (s časově hůře ohraničenou prognózou). V obou případech má však péče svůj plán. Nová pobytová služba je pro informantku překvapením v tom, jak flexibilně a operativně může tým pod jednou střechou pracovat, což považuje za další podmínku kvality. Dá se také říci, že s novou službou vznikla potřeba rozšířit okruh příjemců PP, o čemž aktuálně ve velkém týmu diskutují. Pokud jde o obecné názory na paliativní péči, i tato informantka vidí její jedinečnost v orientaci na potřeby klienta, což považuje za obrovskou výhodu. V PP má totiž klient víc možností rozhodovat sám o sobě. Řeší se nejprve, co chce on, a teprve

poté se nastavuje plán péče. Tento přístup považuje za jedinečný, běžně se v medicínské praxi moc nepoužívá a informantka se domnívá, že by se více využívat měl. Tvrdí také, že PP nemá ambici udržet klienta za každou cenu při životě. Péče je tu někdy limitující, současně může být i osvobozením. Jako zásadní považuje v PP důvěru klienta a převzetí odpovědnosti za vlastní život.

INF4: Organizace, ve které je zaměstnán tento informant, poskytuje služby lůžkového hospice (1. patro budovy), v přízemí pak jsou odlehčovací lůžkové služby, kanceláře terénní hospicové služby a tzv centrum denních služeb (aktivizační služba - aktuálně nefunguje s ohledem na koronavirus). Lůžkový i terénní MDT během služby dokáží spolupracovat, a je pravidlem, že během pobytu pacient pokud možno nestřídá své lůžko. V jiné budově (mimo lokalitu – v blízkém okresním městě) je pak půjčovna kompenzačních pomůcek. Hospic uvažuje o celkové dostavbě - rozšíření prostor, přestěhování půjčovny. Součástí služeb tohoto zařízení je i doprovázení pacienta až do konce života (vč rozloučení vedené farářem přímo u nich), a rovněž doprovázení pozůstalých obdobím truchlení (psycholog, průvodkyně). Během poskytované služby, která je vždy zaštitěna podpisem smlouvy o poskytování péče, se objevují v hospicu i pacienti, kteří k nim tak úplně nepatří. Informant registruje, že takové pacienty provází z nemocnice lékařská zpráva, která mnohdy vypovídá o jejich zdravotním stavu ne zcela reálně. Nemocnice nebo léčebna dlouhodobě nemocných se takových pacientů zbaví nejlépe tak, že je „šoupne“ do hospicu. Bohužel takové pacienty je pak třeba dále přesunout do jiné služby (např domova pro seniory). Informant soudí, že rozdíl mezi PP v nemocnici a u nich je patrný na pohled a spočívá v důstojnějším přístupu k pacientovi. Cílem jejich péče je nastavení domácí atmosféry pro pacienta. Na obecné rodině ještě dodává, že smrt je ve společnosti stále tabu, avšak pokud má někdo s umíráním a smrtí blízkou zkušenost, dokáže vše lépe přijmout.

INF5: Informantka pracuje v organizaci, která poskytuje výhradně mobilní hospicovou službu, která obsáhne lokalitu zhruba do 50 km kolem sídla. Základem hospicové péče jsou podle ní zdravotnické zásahy - tým sester věnujících se pacientům v terminální fázi života. Předchází mu péče, kterou informantka nazývá péčí sociální, a kterou pro více stabilizované klienty vykonávají osobní asistenti (podávání jídla, osobní hygiena apod). Tato služba je podle ní podpůrná a pomáhá rodinám k běžnému fungování (mohou docházet do zaměstnání apod). Během této péče může dojít k překlenutí stavu

do terminálního, a tam již nastupují zdravotní sestry. Práce zdravotních sester je směnná a oddělená podle nutnosti zásahů na denní (8 – 16 hodin ve všední dny) a pohotovostní (24 h denně). Jedinečnost služeb tohoto zařízení spočívá podle informantky právě v paliativním přístupu, což znamená, že díky nim pacient odejde z tohoto světa komfortně – bez bolesti, u blízkých. Informantka také připojuje obecnější názor, že dříve nemocnice hospicové mobilní péči příliš nedůvěřovala. Nyní, v době koronavirových opatření, je však výhodné jejich služeb využívat - pacienti jsou doma a nezaplňují kapacitu nemocnic.

2.3.4 Výzkumná otázka č. 4: Jaký je podle informantů vztah koordinované rehabilitace a geriatrické paliativní péče?

Dotazy z této doplňující výzkumné otázky byly směřovány na kompaktnost geriatrické PP a koordinované rehabilitace. Zajímalo mě také případný přínos rehabilitace pro paliativní klienty/pacienty tak, jak jej informant vnímá. V tabulce č. 15 uvádím názory informantů – co vnímají pod pojmem rehabilitace, zda je rehabilitace s PP kompatibilní a jak, a poznámky týkající se vlastního výkonu RHB v zařízení.

RHB a PP	Co je RHB v PP?	Je kompatibilní s PP?	přínos RHB	poznámka
INF1	hlavně fyzioterapie	teoreticky ano	obecný - blíže neurčený profit z práce fyzioterapeuta	zařízení aktuálně fyzioterapii nenabízí
INF2	RHB je individuální podpora klienta na fyzické i psychické úrovni	rozhodně ano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ léčebný (návlek vertikalizace, podpora dýchání) ▪ celková podpora kvality života 	fyzioterapie je součástí služeb domova
INF3	léčebná a sociální RHB (individuální péče o tělo a duši)	ano (fyzioterapeut v MDT rovná se zkvalitnění služby)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sociální kontakt člověka s prostředím ▪ tělesná podpora závisející na medikaci 	o fyzioterapeutovi uvažují
INF4	léčebná - fyzioterapie	ano	tělesná - udržení sebeobsluby pacienta	fyzioterapeut je externista MDT
INF5	hlavně ošetrovatelská RHB	ne	úlevové techniky (poklepová masáž, dechová gymnastika apod)	poskytuje zdravotní sestra

Tabulka 15: Názory informantů na rehabilitaci v PP (zdroj:vlastní výzkum)

Z výzkumných rozhovorů

INF1: Informantka termín rehabilitace vnímá především jako fyzioterapii. O tom, zda jsou oba termíny – rehabilitace a geriatrická PP - kompaktní, nepochybuje, i když práci fyzioterapeuta v terminální geriatrické PP si příliš nedokáže představit. Soudí, že z práce fyzioterapeuta (resp rehabilitačního pracovníka, jak jej také nazývá), by však stabilizovanější klienti mohli profitovat. Odhaduje tak podle toho, že lidé v poradně, kde předtím pracovala, mívali dotazy směřující právě na tuto odbornost (např zlepšení mobility člověka po pádu). Organizace, ve které je zaměstnána, v tuto chvíli služby fyzioterapeuta nenabízí.

INF2: Podle této informantky jsou rehabilitace a paliativní péče zcela bez výhrad kompatibilní. Samotný termín rehabilitace však podle ní znamená u každého klienta něco trochu jiného. Může jít o nácvik sedu a mobility vůbec, nebo třeba o podporu dýchání. Rehabilitaci však vnímá především jako individuální přístup k člověku. Je možné očekávat, že kvalitu život umírajícího člověka zlepší, záleží však na tom, zda má klient chuť a sílu. Ví, že od rehabilitace v PP nelze očekávat extrémní zlepšení stavu. Je přesvědčená, že to, zda je klient paliativní, ještě neznamená, že nemůže mít rehabilitaci.

INF3: Tato informantka kromě fyzioterapie řadí do ucelené rehabilitace v PP také rehabilitaci sociální. Ta pro ni znamená i kontakt pacienta s okolním prostředím a informacemi, které k němu přicházejí. Rehabilitace je podle ní vlastně kombinace péče o tělo a duši, a je závislá i na medikaci. Mít v týmu fyzioterapeuta považuje informantka za zkvalitnění služby. Podle ní nejde ani tolik o (znovu)uschopenění člověka, spíše to znamená úlevu od bolesti, uvolnění, dobrý pocit. Tvrdí, že fyzioterapie v pobytové službě může mít velký význam, záleží však na délce péče - u krátkodobé takový význam nemá, u déleodobé péče se více dbá na zachování, udržení, event zlepšení stavu člověka. Do rehabilitace podle ní patří i zajištění kompenzačních pomůcek. Rehabilitace znamená možnost zpříjemnit umírajícímu závěr života, pokud o to má ovšem zájem.

INF4: Čtvrtý dotazovaný informant se v lůžkovém hospicu setkal s tím, že rehabilitace je častým přáním rodiny už při příjmu pacienta. Podle něj je důležitá jak pro ležící, tak pro chodící pacienty. Cílem rehabilitace je podle něj především udržení sebeobsluhy člověka.

INF5: Informantka zmiňuje spíše termín ošetrovatelská rehabilitace, která je záležitostí zdravotní sestry (tou je ona rovněž). Termín pro ni znamená např pokleповou masáž, dechovou gymnastiku apod, tedy techniky, které pomáhají pacientovi k úlevě. Jinak pro ni nejdou rehabilitace a paliativní (v jejím případě spíše hospicová) péče příliš dohromady, protože tělesné funkce u člověka odcházejí a nezlepšují se. Během její roční práce v mobilním hospicu nezaznamenala, že by někdo fyzioterapeuta poptával. Připouští však jeho potřebnost v MDT, kdy pomáhá osobním asistentům naučit se vhodně manipulovat s klientem. Fyzioterapeut pomáhá také pacientům od bolesti, do stavu plného zdraví ale nikoho nevrací.

3 DISKUSE

Na základě výsledků výzkumu předkládám diskusi, ve které se pokusím strukturovaně popsat celkový průběh výzkumné části v návaznosti na její cíl a v souvislosti s výzkumnými otázkami.

Příprava na výzkum

Předvýzkum mi měl pomoci se rámcově zorientovat v problematice paliativní péče tak, abych byla schopná začít o ní uvažovat, a hlavně o ní psát. V tomto ohledu jsem ráda, že jsem předvýzkum podstoupila. Miovský (2018) jej ostatně doporučuje jako vhodný nástroj v situaci, kdy se výzkumník necítí dostatečně zkušený a v problematice orientovaný. Nejprve jsem tedy přijala nabídku k pozorovatelské účasti na *workshopu* multidisciplinární paliativní péče domově pro seniory v září 2019. Ten byl svolán za účelem zhodnocení konkrétního případu paliativní péče v podmínkách domova, a současně k poskytnutí prostoru ke sdílení mezi členy týmu. Celý záznam workshopu lze najít v přílohách (příloha č. 1), do diskuse vkládám upravený krátký závěr: *Workshop mě inspiroval k otázce, zda v jeho diskusní části nebyla příliš řešena témata, která v rámci duševní hygieny může objektivněji ošetřit případová i týmová supervize. Jinak formu workshopu celkově hodnotím pozitivně, diskusi jsem cítila jako podnětnou, koncentrovanou, přivítala bych účast chybějících členů (fyzioterapeut, lékař, kaplanka).* Workshop byl dobrým odrazovým můstkem pro teoretické mapování i výzkum.

Další předvýzkumnou částí byl pilotní rozhovor s koordinátorkou paliativní péče domova pro seniory, který rovněž hodnotím jako užitečný. Do základní struktury pilotního rozhovoru (příloha č. 2) jsem vložila nejen otázky vzešlé z workshopu, ale i další, které podle mého názoru korespondují s cílem výzkumu. Kategorizaci získaných dat uvádím v tabulce v příloze č. 3 této práce. Ne každá kategorie našla ve vlastním výzkumném polostrukturovaném rozhovoru využití - pilotní rozhovor byl obsáhlý a sloužil k širší orientaci v tématu. Jeho přepis příkládám na datovém nosiči.

V začátku výzkumné činnosti se objevily nečekané bariéry, které vedly ke zpomalení prací. Plánované osobní rozhovory s informanty v zařízeních sociální péče zbrzdila situace týkající se opatření k zabránění šíření koronavirové infekce v ČR a zákazy návštěv v těchto zařízeních (březen 2020). Plánovaný rozhovor s pracovníkem paliativní-

ho týmu v nemocnici jsem kvůli zákazu návštěv (i z důvodu osobní bezpečnosti) vynechala zcela. Výzkumné mapování proto považuji za dílčí. Předkládám proto výsledky 5 rozhovorů s pracovníky hospicu mobilního, lůžkového (kamenného), domova pro seniory. Výhradně na geriatrickou paliativní péči se specializuje pouze domov pro seniory. K oslovování potenciálních informantů ještě dodávám, že zajímavou zkušenost jsem učinila při oslovení fyzioterapeutky z domova pro seniory. Tam je podle jejích slov *paliativní péče v počátcích*. Rozhovor odmítla, neboť se necítí být součástí multidisciplinárního týmu. Z toho odvozuji, že v některých domovech pro seniory je zavádění PP v začátcích, a personál se dosud nemusí cítit kompetentní o ní hovořit.

Výzkumná otázka č. 1: Jak jednotliví členové multidisciplinárního týmu vnímají svoji roli a ostatní členy týmu?

První výzkumnou otázkou jsem se pokusila zmapovat role v multidisciplinárním týmu. V kategorii *Role informanta* se dotazuji na jejich pozici, na vnímání jedinečnosti (osobitosti) v týmu, na jejich vlastnosti či limity v rámci práce. Rozhovory jsem vedla se 4 ženami a 1 mužem. Jejich zaměstnaneckou a týmovou příslušnost vyjadřuje tabulka č. 5. Tabulka č. 6 pak shrnuje základní informace o pohlaví a pozicích informantů mého výzkumu, dále definuji zařízení, kde pracují a obecně popisují náplň jejich práce tak, jak ji vyjádřili. Do výsledkové kategorie jsem zahrnula také tabulku, která heslovitě vystihuje subjektivní vnímání jedinečnosti jejich pozice v MDT, silných a slabších stránek jejich osobnosti, a náročnosti práce tak, jak ji nahlízejí. Všichni informanti dokázali relativně dobře popsat svoji roli v týmu i náplň práce. Tři informanti (INF1, INF4 a INF5) jsou v rolích základních spolupracujících členů týmu, nikoho dalšího nevedou. Dvě informantky (INF2 a INF3) jsou ve vedoucí pozici (lídr týmu). V rozhovorech vnímám u lídrů nadhled, promítá se v nich zodpovědnost za směřování týmu a péči o něj. To koresponduje s Kabelkou (2018) který v rámci leadershipu mluví o předpokladu lídra převzít zodpovědnost za tým, komunikovat smysluplně svou vizi a směřování týmu. Soudím, že mezi osobnostní předpoklady každého lídra patří smýšlení, které bych se nebála nazvat demokratickým. Jde podle mě o přirozenou schopnost respektovat názory druhých (dát jim k jejich vyjádření dostatečný, bezpečný prostor), a současně převzít zodpovědnost (v tomto případě za hlavní směřování práce týmu). Za zajímavou odpověď týkající se vlastní jedinečnosti v rámci MDT považuji odpověď INF2, která se ve své pozici lídra cítí osamělá. To je sdělení, které podle mého soudu

Lze považovat za určitý varovný signál. Osamělost je fenoménem, který může v extrému znamenat izolaci, pocit nepochopení, absenci důvěrného vztahu (Výrost a Slaměník in Pflieger, 2016). Soudím, že se může týkat jak lídra týmu, tak jeho „běžného“ člena. Vyskytuje-li se pocit osamělosti u lídra, může se tento postoj podle mého názoru přenášet směrem do týmu. Řešení vidím v posílení lídra průběžným sdílením (intervizí, supervizí, nalezením vhodného komunikačního partnera ad). Současně se domnívám, že v době tzv covidových opatření (opatření proti šíření nemoci Covid-19) je osamělost až izolace všeobecným fenoménem, který se promítá do našich profesních i soukromých životů. Lze jej v současnosti jen obtížně ovlivňovat, a do jisté míry je potřeba s ním i počítat. Individuální supervizi, intervizi či další podpůrné mechanismy (vč online forem) považuji za vhodnou prevenci šíření tohoto rizikového faktoru. Otázku na jedinečnost jsem do polostrukturovaného rozhovoru zařadila z důvodu zmapování atmosféry, „síly ducha kolektivu“ multidisciplinárních týmů. Domnívám se, že kompaktní tým dokáže ve svém středu vnímat i individuality a jedinečnost. Tím podle mě posiluje také svou funkčnost. O tom ostatně hovoří Mertin (in Hrdá, 2018), když poukazuje na důležitost přijetí každého názoru při tvorbě důvěrné atmosféry v týmu. Osobně se domnívám, že vědomí vlastní jedinečnosti (nikoli egoismus) posiluje jednotlivce ve vyjádření názoru. V odpovědích informantů (viz tabulka č. 7) však cítím určitou váhavost. Jakkoliv všichni nakonec otázku zodpověděli (uváděli odbornost, nasazení, empatii, humor), současně také přiznávali, že takto přemýšlí prvně, nebo že si nejsou jisti, zda to, co odpověděli, je něco výjimečného. Jedna informantka (INF5) odpověděla, že se jedinečnou být necítí. To je podle mě na jednu stranu důkazem rozvážnosti či určité pokory, na stranu druhou je zřejmé, že vědomí jedinečnosti koresponduje i s nutnou dávkou sebevědomí a týmové jistoty, stejně jako s délkou praxe (účasti) v příslušném týmu. INF1 je v týmu krátce, proto váhá. Naproti tomu INF4 je v pozici několik let, a jakkoliv za svou slabou stránku obecně považuje nízkou sebevědu, hodnotí také, že s délkou praxe se jistota jeho pozice posiluje, dokáže více komunikovat, své zkušenosti sdílet.

Kategorie *Role ostatních členů* týmu přináší poměrně rozsáhlé mapování, mmj názvů týmů a jejich složení tak, jak je vnímají informanti (tabulka č. 8). V pojmenování týmů se promítá oficiální i neoficiální (subjektivní) terminologie. Většinou lze v odpovědích nalézt dělení týmů na vnitřní (kmenový) a vnější (širší, rozšiřující, větší). Odpovědi

většinou ladí s teoretickým základem tak, jak jej uvádí Hrdá (2018). Nalézt ve výzkumných odpovědích můžeme také pojmy korespondující s odbornou příslušností k jednotlivému profesnímu podtýmu (tým zdravotních sester) či oddělující zvlášť vedoucí jednotlivých podtýmů (tým vedoucích), případně tým členů náležející k určitému druhu poskytované péče (tým mobilní hospicový, tým odlehčovacích služeb). V této souvislosti mě napadá, že dělba týmu na podtýmy může být za určitých okolností problematická. Principiálně totiž může do jisté míry bránit multidisciplinaritě. Zejména pokud takový podtým užívá i oddělený prostor (kancelář), či využívá svých vlastních nástrojů podpory (vlastní supervizi ad), a současně jiné platformy pro multidisciplinární sdílení využívá sporadicky. Společný prostor odborníků, kteří mají různé pohledy na věc, považují totiž za užitečný a rozvojový jak pro stavbu týmu, tak pro profesní rozvoj (vč rozvoje afiliace). Členy týmu takové společné multiprofesní sdílení učí respektu k názoru druhého, a tím i k názoru klienta (pacienta), který je pro paliativní péči rozhodující. Oddělování na profesní podtýmy (týmy sester, vedoucích apod) může přinést izolovanost, zúžený prostor pro společné mezioborové sdílení, a tím i větší šanci na vzájemná nepochopení až spory. Výzkum dále přináší mapování členů týmů. Složení multidisciplinárního týmu je velmi různorodé. Z rozhovorů s informanty jsem si potvrdila, že MDT má v podstatě vlastnosti améby – musí být proměnlivý, flexibilní, pružný, schopný se přizpůsobit stavu a potřebám klienta/pacienta, a to včetně počtu svých členů a jejich odbornosti. Složení týmu se také liší v závislosti na mnoha faktorech - mmj na tom, jakým skupinám pacientů má posloužit, v jakém rozsahu je péče poskytována a jakou geografickou oblast má činnost týmu pokrývat (Radbruch a kol., 2014). Podstatný je také stav klienta/pacienta. Z výzkumných rozhovorů vyplývá, že pokud bude stav člověka stabilizovanější, bude se tým skládat spíše z odborníků na obecnou PP (asistenti, praktický lékař, sestry ad). Bude-li klient/pacient v terminální fázi života, přebírají více kompetencí zdravotníci (zdravotní sestry, paliatr), ale také duchovní ad. Podle mého soudu odpovědi informantů, v nichž některé další členy týmu v rozhovorech doplňují postupně, jen potvrzují skutečnost, že něco jako optimální či stálá struktura týmu neexistuje (Hrdá, 2018). Tým je podle mě vždy proměnlivý v souvislosti s aktuální potřebou klienta/pacienta. Důležitým článkem je lékař paliatr, který v MDT ve specializované PP bývá v roli lídra. Zmapovala jsem, že tato skutečnost se týká především lůžkových forem péče. Uvedené zjištění koreluje s Čeledovou a kol. (2016, s. 58), která specializovanou paliativu podmiňuje právě přítomností tohoto od-

borníka. V domově pro seniory paliatr chybí, proto se zde o specializované paliativní péči nedá aktuálně hovořit, resp je realizována pouze s podporou garantujícího týmu externí organizace. Být lídrem MDT ve specializované PP může být podle mého názoru pro lékaře celkem přirozené. Jednoznačně se však přikláním k tomu, aby byl členem vnitřního (nejbližšího) týmu přímé péče. V opačném případě může podle mě tým pociťovat omezenou podporu, neboť takový lékař nemusí být k dispozici pokaždé (včetně mimořádných situací). Další důležitou postavou, jejíž účast v MDT jsem v rámci výzkumu mapovala, je dobrovolník. Také ten je součástí multidisciplinárního týmu (Umírání.cz, online). Všichni informanti mu ostatně připisují velkou roli. Dobrovolník by měl dostávat prostor, neboť jeho sdělení mohou být pro péči stěžejní. Mívá často kontakt s umírajícím již z dřívějšíka, kdy ještě klient nebyl paliativní. Dobrovolníci jsou často jinak zaměstnaní lidé, proto na předávání informací do týmu bývá k dispozici koordinátor dobrovolníků. INF3 s lítostí dodává, že aktuálně (s ohledem na covidová opatření) dobrovolníci u nich v organizaci nemají ke klientům/pacientům přístup. Z uvedených odpovědí vyplývá, že dobrovolník součástí MDT bezpochyby je, avšak vzhledem k tomu, že není zaměstnancem organizace (mívá své vlastní zaměstnání), je tomu tak spíše neformálně. Domnívám se proto, že pro přenos informací z dobrovolnické (zejména té přímé klientské) práce je role koordinátora dobrovolníků důležitá, neboť tento může být vhodným komunikátorem mnohdy zásadních informací o klientovi/pacientovi směrem do týmu v době, kdy příslušný dobrovolník není k dispozici. Mám ještě poznámku týkající se individuálního plánování. Standard kvality sociálních služeb č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby, bod b) až d) přiděluje každému klientovi tzv klíčového pracovníka. Jak uvádí Vacková a kol (2020), má v některých organizacích plány na starosti právě taková osoba. Ve svých polostrukturovaných rozhovorech však zmínku o klíčovém pracovníkovi nenalézám. Neptám se na něj sice přímo, v odpovědích bych jej však očekávala. Termín *klíčový* podle mě značí, že jde o někoho, kdo by měl být zásadní, klientovi nejbližší. S ohledem na rozmanitost služeb, které mapuji, však tuto absenci pouze konstatuji, do bližších názorů o důvodech takové absence se nepouštím. Role sociálního pracovníka a dalších členů týmu (pečovatelé, aktivizační pracovníci, psychiatr, duchovní, nutriční terapeut, psycholog ad) je podle výsledků mého výzkumu informanty nezpochybnitelná. I zde však v některých odpovědích narážím na tvorbu profesních podtýmů (tým zdravotních sester, tým sociálních pracovníků; tým osobních asistentů). Jde jistě o přiroze-

nou věc, bohužel za okolností, kdy se v některých formách péče profese pracovně míjejí (např. v terénním směnném provozu), se domnívám, že takové míjení může vést k omezené možnosti sdílení až neshodám, a ty mohou v konečné fázi MDT spíše rozdělovat. Takovou situaci cítím zejména z odpovědí INF5. Pokud jde o další členy týmu, považuji spolu s INF1 a INF3 za nemilé, pokud chybí v interním MDT duchovní. Jak obě informantky uvádí, získat takového člověka do týmu je aktuálně velmi složité (a oběma z nich v MDT duchovní velmi chybí). Jak v odpovědích zjišťuji, pokud nemá organizace duchovního, řeší to organizace většinou externí výpomocí, na zavolání (INF4 a INF5). Teoreticky uvažuji, že v takovém případě nemusí být vždy duchovní ve vhodný čas k dispozici, což zejména v případě terminálních fází života může být problematické. Paliativa je směr, který se orientuje na důstojnost umírání, v tomto ohledu proto považuji přítomnost včasného spirituálního zázemí a duchovní dopomoci za nezbytné, a to i v případě, že o ni pacient/klient primárně nežádá (nepovažuje se za nábožensky založeného, věřícího). Duchovní by měl být připraven. Souhlasím tedy s Kabelkou (2018), který vidí duchovní službu jako neoddelitelnou složku práce, která by měla být vždy zakomponována do složek multidisciplinárního týmu. Další člen MDT, fyzioterapeut, je často zmiňován zejména v souvislosti s doplňující výzkumnou otázkou č. 4, zmiňuji však jej již nyní. Ve spontánním výčtu členů týmu se fyzioterapeut objevuje spíše sporadicky (INF2). To je zřejmě dáno jeho externí účastí v MDT (INF4 a INF5), v některých případech jeho úplnou absencí (INF1 a INF3). Domnívám se v souladu s INF3, že mít v týmu fyzioterapeuta je zkvalitněním služby. Kalvach (2010, s. 37) soudí, že některé rehabilitační úkony péče o umírajícího nelze nahradit ošetrovatelskou rehabilitací – analgetické úkony jako jsou manuální techniky či nízkofrekvenční elektroléčba (2010) zůstávají úkolem kvalifikovaného fyzioterapeuta. V teoretické kapitole 1.2.3 zmiňuji a rámcově popisuji koncept Bazální stimulace, který obsahuje polohování, masáže ad, tedy vše, co může zkvalitnit poslední fáze života člověka. Provádět u paliativních klientů/pacientů tuto techniku by podle mého názoru mohlo kompetenčně náležet nejspíše fyzioterapeutům, přičemž fyzioterapeuta vidím jako případného koordinátora či školitele této techniky. V rozhovorech mířím dále k účasti klienta/pacienta na práci MDT. Ptám se, zda je pacient/klient a jeho rodina součástí multidisciplinárního týmu. Odpovědi nejsou vždy jednoznačné (viz tabulka č. 8). Otázku jsem položila zejména na základě vyjádření Kabelky (2018, s. 300), který cítí, že v pracovních podmínkách personál není vždy dobře laděný na empatickou komunikaci s blízkými. Zá-

kladem spolupráce v MDT je prvotně přání klienta a rodiny, byť by bylo nereálné (s tím je podle mého názoru třeba zejména v situaci konečné fáze života počítat). Soudím, že komunikaci s klientem či rodinou výrazně podpoří, pokud je budou členové týmu transparentně vnímat jako jeho součást (byť pouze neformální). Klienti/pacienti a jejich blízcí či rodiny jsou zásadní partneři při plánování péče a zvládnání onemocnění, proto by měl MDT udržovat s pacienty i jejich rodinami vztahy založené na bázi spolupráce (Radbruch, 2010).

Výzkumná otázka č. 2: Jak je zajištěna kompaktnost spolupráce (komunikace, funkčnost, podpora)?

Druhá výzkumná otázka se v kategoriích Komunikace, Funkčnost a Podpora zabývá mapováním kompatibility MDT. Výsledné kategorie se logicky navzájem prolínají (vzájemně souvisí), přesto jsem se pokusila je od sebe oddělit.

V kategorii *Komunikace* se dotazují na platformy sdílení, komunikační kanály (tabulka č. 9). Je zde patrné, že společný sdílený prostor pro výměnu informací je v rámci organizací a poskytovaných služeb variabilní. Porad či dalších forem přenášení informací v týmu zachycují v odpovědích informantů více druhů. To souvisí jak s formou poskytované péče (terénní, lůžková), tak s aktuální potřebou monitoringu stavu pacienta/klienta. Porady se v odpovědích informantů dají v základu rozdělit na pravidelné (ranní hlášení, denní hlášení, tým) a mimořádné (ad hoc setkání). Další dělení je na porady podle počtu účastníků (velký tým, užší tým) či dle zaměření - na klienta/pacienta (na konkrétního jednoho nebo na všechny) nebo porada organizační. Ráda bych vyzdvihla formu setkání s rodinou v rámci terénní péče (INF3 o ní mluví jako o tzv. rodinné konferenci), kterou považuju za nejkomplexnější možnou formu spolupráce odpovídající principům paliativní péče (spolupráce s těmi, kterých se to nejvíc týká). Za potěšující považuju odpověď INF 4, který za platformu pravidelné výměny informací v týmu setkávání považuje supervizi (a neopomíná ji do této kategorie zařadit). Domnívám se, že supervize nemá v sociálních službách vždy dostatečně pozitivní kredit, a nebývá podle vždy vnímána a zmiňována jako efektivní platforma sdílení. Zjištění, která v tabulce č. 9 zachycují, odpovídají teoretickému podkladu, který říká, že pokud má tým dobře fungovat, je třeba pravidelných setkání, která zajišťují kontinuitu a komplexnost péče (Hrdá, 2018). Pokud jde o způsoby, kterými týmy navzájem komu-

nikují, převládá v nich i nadále ústní forma sdělení, a to i v době tzv. coronavirových opatření, která s sebou přinesla jistý odstup člověka od člověka, a současně příklon k technologiím. Je pro mě příjemným zjištěním, že forma elektronická ad jsou vnímány a zmiňovány nadále spíše doplňkově. Rozličné komunikační kanály, vč e-mailového kontaktu, ovšem mohou na druhou stranu zaručit, aby se ke všem zúčastněným dostaly stejné informace včas, což současně není vždy zárukou (viz odpověď INF2). Zde vnímám rezervy k dalšímu řešení. V tabulce č. 10 uvádím - dle mého soudu - velmi užitečné praktické postřehy jednotlivých informantů ke komunikaci s klientem/pacientem a v rámci týmu/týmů. Z nich shrnuji: 1) ad komunikace s klientem a rodinou: *Názor klienta/pacienta na jeho léčbu by měl být primární, neboť jemu náleží odpovědnost za vlastní život. Důvěra klienta v péči je zásadní. Klient má možnost výběru dle odbornosti nebo sympatií, a stává se dokonce, že bývá otevřenější k personálu než k rodině. Názorově se ovšem musí tým vyladit také s rodinou, což je důležité pro prevenci neshod.* To jsou postřehy, které nepochybně dokumentují citlivost informantů k potřebám klienta a rodiny. V odpovědích však postrádám trochu hlubší vnímání vlastních potřeb, resp potřeb týmu. Tým jistě není všemocný a nelze naslibovat pověstné hory doly (to se například objevuje v odpovědi INF4, viz Tabulka č. 7, sloupec Náročnost, řádek INF4). Na základě svých praktických zkušeností se domnívám, že pečující personál může mít někdy dobrý úmysl pomoci (někdy i „za každou cenu“), ovšem na druhou stranu může mít i tendenci nesdělovat svoje vlastní potřeby, a tím pádem být pro klienta a jeho blízké málo čitelný. Kabelka (2018) zdůrazňuje, že pro užití oboustranně nenásilné komunikace je zapotřebí dodržet 4 P – pozorování, pocity, potřeby, prosbu. V tomto případě vnímám nutnost otevřeného a upřímného vyjádření oboustranných potřeb. Ad 2) komunikace v rámci týmu/týmů: Zde tabulka č. 10 přináší úvahy dotýkající se jak komunikace, tak funkčnosti práce týmu. Některé z nich považuji za obecná dilemata multidisciplinární péče. Např: *Víc zkušeností a pohledů na věc přináší možnost komplexní péče* – naproti tomu - *Příliš početný tým znamená potíže v komunikaci a spory.* Uvedené názory informantů odpovídají tvrzení Kodymové (2015, s. 41), že diverzita (různorodost) členů týmu může být jak zdrojem inovací a tvořivosti, tak konfliktních situací a neshod. Některé odpovědi ovšem přináší řešení: *Klíč k úspěchu je v respektování autorit a v toleranci k názorům druhého* - nebo - *Týmová komunikace je věcí dobré vzájemné interakce* - nebo - *V týmu mají všichni stejné slovo, není problém sdílet věci nahlas* - eventuelně - *Je důležité, aby tým věděl, jak uvažuje jejich lídr.* V tomto směru

vidím další řešení, které přináší i Hrdá (2018), která jako důležitou vidí přítomnost vedoucího nebo jeho zástupce v provozu, neboť v každodenním běhu se někdy stává, že chybí autorita, která rozhoduje. Ráda bych zde také připomněla, co tvrdí Smith (in Hrdá, 2018), který doporučuje vzhledem k říditelnosti a průchodnosti komunikace nepřekročení 12 osob v týmu. Nebála bych se ovšem tuto strategii využít také s ohledem na počty klientů, o které je současně pečováno. Připojila bych se tak k INF3, která říká, že kvalitu péče lépe zajistí tým, který má klientů tak akorát – tedy ani moc, ani málo. Dotazem na spolupráci více týmů jsem zjistila, že v terénních službách se někdy potkávají dvě a více organizací u jednoho klienta. Může se například jednat o pracovníky z týmu mobilního hospice a terénního týmu tzv home care (domácí péče). Zejména INF5 uvádí, že tato komunikace může někdy přinášet obtíže až konkurenčního rázu. V některých případech si péči více týmů koordinuje sama pečující rodina, pokud tomu tak není, bývá to problematičtější (zde opět odkazuji na INF5). Podle mého názoru je v kompetenci koordinátora paliativní péče (či jiného lídra), aby spolupráci mezi personálem vyřešil formou telefonické či face to face koordinace s druhým lídrem, a jako nástroj pro harmonizaci těchto služeb navrhl např sdílený sešit, pravidelná případová setkání apod. Kabelka (2018) takové situace navrhuje řešit komplexněji v rámci tzv systému integrovaných podpůrných služeb, formou tzv komunitního dohledu. Považuje za vhodné, aby podobné týmy byly vzájemně koordinovány ideálně „pod jednou střechou“, a vznikala proto skutečná centra komunitního dohledu, dostupná 24 h/7 dnů v týdnu. Z toho vyvozují snahu v budoucnu řídit a koordinovat služby PP na vyšší regionální úrovni.

V kategorii *Funkčnost týmu* přináším v tabulce číslo 11 množství zmapovaných dat a užitečných postřehů informantů na toto téma. Informanti se zamýšlejí nad funkčností týmu z pohledu spokojenosti klienta, přizpůsobivosti týmu jeho potřebám, návaznosti péče, jasné dělby práce, vzájemnosti a podpory, chuti po zvyšování dovedností, zkušeností. Funkčnost týmu spatřují ve snaze se harmonizovat, navzájem naslouchat svým potřebám, a současně cílit na zájem klienta. Vacková a kol.(2020) uvádí, že pro funkčnost MDT je důležité, aby spolu jednotliví odborníci komunikovali, což odpovídá jednak výše uvedeným názorům, a současně i mému zjištění, že kategorie ve výzkumné otázce č. 2 se navzájem prolínají.

Kategorie *Podpora*. Tabulky č. 12 a 13 (viz kapitola 2.3.2.2) odráží odpovědi informantů v podkategoriích Podpora mezitýmová; od organizace; ze soukromého života; sebepodpora; podpora od klienta. Soudím, že výzkum dokázal, že informanti jsou co do podpory poměrně saturováni. Podpora jim je nabízena, je jimi povětšinou vyhledávána, pozitivně vnímána. Ne ve všech případech je ovšem plně využita. Opět se tu zastavím nad formou supervizní podpory. Zaujal mě především fakt, že INF5 supervizi během svého ročního působení v MDT dosud nevyužila (nezná ani jméno supervizora). Rovněž jako zajímavou (až varovnou) vnímám odpověď INF4, který týmovou supervizi leckdy vnímá spíše jako destrukční. Domnívám se, že dovednost supervizora by měla takovým pocitům supervidovaných zabránit, neboť podle Kopřivy (2006) by měl tento získat důvěru supervidovaných a navodit bezpečné prostředí pro otevřenost. S tím je pak podle mě třeba dále pracovat a podobné nebezpečné pocity odvracet. Milým překvapením pro mě bylo, že zejména INF4 vnímá důležitost sebepodpory a duševní hygieny i mimo pracovní dobu a že v některých případech dokáže registrovat i drobné (avšak zásadní) podněty od klientů (INF4).

Výzkumná otázka č. 3: Jakou péči zajišťuje jejich tým v rámci zařízení, ve kterém pracují?

Do diskuse předkládám i mapování výzkumné otázky, která se zabývá péčí poskytovanou zařízeními, ve kterých infomanti pracují v rámci MDT. Dle tabulky č. 14 čtyři informanti pracují v zařízení, které poskytuje specializovanou PP bez konkrétního zaměření na cílovou skupinu geriatrických klientů/pacientů. Jedna informantka pak je zaměstnána v domově pro seniory, který poskytuje obecnou geriatrickou paliativu s potřebou rozšiřovat a specializovat tento druh péče - tato ambice je v současnosti zajišťována s externí podporou garantujícího týmu zkušenější organizace. V otázkách se dále orientuji na druhy a formy péče, součásti poskytovaných služeb. Jak zjišťuji a dokladuji v poznámkách v tabulce č. 14, lze i v těchto výzkumných rozhovorech zaznamenat skutečný a plošný rozvoj paliativní péče (INF1, 2, 3 a 4), a to především na úrovni rozšiřování péče (materiální zázemí, okruh příjemců služeb, kvalita a specializace poskytované péče).

Do diskuse týkající se poskytované péče bych ráda vložila také téma, které sice přímo neřeším ve výzkumné otázce, zabývá se jím však v jedné své části pilotní rozhovor.

Týká se rovněž rozšiřování PP, konkrétně v domově pro seniory. Informantka (koordinátorka PP) naznačuje začátky paliativní péče u nich v domově, když říká: *Hodně šlo o úmrtí v hospitalizaci, hodně takový ty dá se říct nepovedený návraty z hospitalizace. S tím, že akutní stav je vyřešen, ale celkovéj stav klienta i prognóza jsou špatně. A jediná tehdejší možnost byla vrátit ho zpátky do hospitalizace. Protože jinak bysme museli zachraňovat, a zachraňovat za každou cenu nemá smysl.* Soudím, že právě z takovýchto důvodů je aktuálně stále více rozšiřována tendence nahradit nemocniční prostředí péčí v domácích podmínkách, v domovech pro seniory ad. Jde ostatně o trend sílící v celém vyspělém světě (Hrdá, 2018). Pokud jde o tzv plán péče, za bazální považuji porovnání, které přináší INF1, když srovnává geriatrickou PP, a PP poskytovanou klientům mladším (s letální diagnózou). Geriatrickou PP považuje v tomto ohledu za náročnější - je to podle ní práce s nejistotou (jako na houpačce). Naproti tomu u onkologického pacienta se líp plánuje, protože péče většinou mívá delší prognózu. S informantkou do určité míry souhlasím, uvedené zjištění mi přijde logické, ačkoliv si myslím, že to bude případ od případu různé. Myslím, že geriatrická PP je složitější především proto, že u staršího pacienta lze díky geriatrické křehkosti očekávat větší množství diagnóz (nemocí), které vstupují do hry. Z toho důvodu nemusí být podle mě vždy jasné, na kterou konkrétní bolest je třeba přesně cílit, aby bylo dosaženo kýžené úlevy. Jak k tomu říká Kabelka (2018, s. 141), symptomy v PP mívají komplexní rozměr. A dodává, že zejména ty v geriatrické péči bývají úzce spojeny s přístupem pečujících. Právě proto jejich řešení nepochybně vyžaduje multidisciplinární posouzení (více odborných pohledů na věc).

Doplňující výzkumná otázka č. 4: Jaký je podle informantů vztah koordinované rehabilitace a geriatrické paliativní péče?

Rozhovory s informanty mi vesměs potvrdily to, co podle mě platí již z dřívějších dob – za rehabilitaci je obecně považována spíše rehabilitace léčebná, resp fyzioterapie. V případě INF3 jsem mile překvapena zmínkou o rehabilitaci sociální, jakkoliv se mi zdá, že je pouze teoretická, bez hlubšího vysvětlení. INF2 také vnímá RHB komplexněji - jako individuální podporu klienta na fyzické i psychické úrovni, podporu kvality jeho života. INF5 zmiňuje, že v rámci PP existuje spíše rehabilitace ošetřovatelská, kterou provádí zdravotní sestry (poklepová masáž, dechová gymnastika ad). Já se domnívám, že o tom, zda je rehabilitace součástí PP, nelze pochybovat. Otázku na kompatibilitu PP

a koordinované RHB jsem však položila záměrně proto, abych ukázala, že je třeba i v tomto případě podpořit vývoj - a to jak propagací ucelenosti rehabilitace (co to je a jaké jsou její složky?), tak posilováním pozice léčebné RHB v PP. INF 3 si je ostatně také vědoma toho, že mít fyzioterapeuta v týmu znamená zkvalitnění péče. Jak připomíná Kalvach (2010), i když je rehabilitace tou první složkou, která při přechodu na paliativní režim bývá u pacienta „škrtnuta“, mají mnohé rehabilitační úkony úlevný efekt. Pro více zjištění týkajících se koordinovanosti (provázanosti) RHB v PP bych napříště položila otázku poněkud jinak, např.: Co všechno je podle vašeho názoru rehabilitace a co z toho je součástí paliativní péče? Ráda bych ještě doplnila, že původně zamýšlenou kapitolu *Pracovní rehabilitace v geriatrické paliativní péči*, jsem nakonec z hlavní teoretické části vypustila. Zde v diskusi bych však ráda uvedla, proč jsem ji hodlala do teorie zařadit. Dovedla mě totiž k teoretické úvaze: Geriatrictí klienti/pacienti bývají nyní převážně ve věku ekonomicky neaktivním. To se však s ohledem na demografický vývoj může do budoucna proměnit. Pokud bychom již dnes připustili fakt, že klientem/pacientem PP je člověk sice s nevyhlášenou prognózou, avšak na hranici ekonomické aktivity (např. osoba samostatně výdělečně činná s vlastní živností, která je dosud mobilní a není připoutána k lůžku), pak aktivizace např. formou občasných prací může znamenat udržení životního standardu, pocitu užitečnosti, a následnou úlevu. Tehdy bychom mohli uvažovat o pracovní rehabilitaci v rámci PP.

Téma paliativní péče je až přitažlivě zajímavé. Je výzvou k osobnímu rozvoji. Cílem mé práce bylo se v problematice zorientovat, zmapovat ji. Byla třeba prostudovat množství materiálu v elektronických zdrojích, vyhledávat, analyzovat, propojovat, dedukovat, do problematiky se ponořit. Považuji za výhodu, že v době psaní mé práce vyšlo druhé přepracované vydání knihy *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci* (2018) od našeho předního paliatra Ladislava Kabelky. Ta se mi stala častou informační oporou. Při psaní jsem si do hledáčku nastavila poměrně široký záběr - tři hlavní témata. I nyní, při psaní diskuse, vnímám, že jde o rozmezí natolik rozsáhlé, že pod svůj povrch může časem vpustit jen toho, kdo se mu věnuje dlouhodobě a intenzivně. Jsem si tedy vědoma, že práce má své limity. Ne vždy se mi například dařilo cílit konkrétně na paliativní geriatrickou, neboť paliativní péče je většinou poskytována širšímu spektru věkových kategorií. Také mě mrzí, že jsem neměla možnost zmapovat PP poskytovanou v podmínkách nemocničního zařízení. Myslím si dále, že pokud jde o koordinovanou

rehabilitaci, podrobnější rešerše by mi přinesly některá další zjištění týkající se její vzájemné kompatibility s PP. A jistě jsou tu i další limity, které odhalí někdo další. Na druhou stranu jsem dost možná otevřela někomu prostor pro další mapování.

Za hlavní zjištění, vyplývající z celé mé práce, považuji tuto skutečnost: Paliativní péče je především filozofickou myšlenku důstojného umírání (Hrdá, 2018). Jedná se o respektující postoj k léčbě nevléčitelně nemocného, kde je péče poskytována také blízkým nemocného, a to i po jeho úmrtí (Kabelka, 2017). Paliativa rovná se nejen medicína, ale především přístup orientovaný na člověka, respekt k jeho životu a názoru. To považuji za zásadní.

4 ZÁVĚR

Sestavování teoretické části a práce na části výzkumné pro mě byly důležitou sondou do života týmů v oblasti paliativní péče. Mým cílem bylo rozvojové, zvědavé a co nejširší možné mapování multidisciplinarity v oblasti paliativy geriatrické, v souladu s rehabilitací koordinovanou. Teoretická část i výzkumné rozhovory mi ukázaly, že práce v geriatrické paliativní péči je velmi různorodá, náročná, krásná, a že je možné v podmínkách českého sociálně zdravotního systému registrovat i její posilování a vývoj.

Sama ze sebe hodnotím, že jsem k práci přistupovala zodpovědně. Pokusila jsem se ji členit strukturovaně, v rámci kapitol a podkapitol, v souladu s jejím názvem. Tato strukturovanost mi leckdy pomohla v celkové orientaci, stejně jako v propojování základních klíčových slov. Troufám si tvrdit, že s ohledem na doporučený rozsah stránek pro diplomové práce, jsem cestu k výzkumnému cíli zvolila srozumitelnou a relativně dobře splnitelnou. Téma je však natolik rozsáhlé a vrstevnaté, že má práce samozřejmě své limity, o nichž se zmiňuji v závěru diskuse.

Každopádně pro mě osobně bylo psaní práce rozvojové. Přístup orientovaný na člověka je mi blízký a obdivuji všechny, kteří jej dokážou používat nejen v rámci péče paliativní, ale i v obecném přístupu k lidem. Jelikož cítím, že klíč dobré péče je v kvalitní komunikaci obecně, souhlasím s INF3, která by přístup zaměřený na člověka nastavila i v dalších medicínských oborech. Jde o princip etický, respektující člověka, jeho důstojnost.

Domnívám se, že pro ty studenty a odborníky, kteří se chystají zapojit do dalšího rozvoje paliativní péče, mohou být předchozí stránky podnětné a užitečné. Ostatně rozvojové údajně byly i pro některé informanty. Do jaké míry se mi však podařilo cíl práce naplnit, nechám na posouzení těm, kterým to přísluší. Já soudím, že jsem se v problematice rámcově dobře zorientovala. Opravdový přínos mé práce však prověří až čas a skutečná potřeba se o ni opřít. Každopádně již nyní děkuji ZSF JČU za impuls se tématu cíleně věnovat a profesně i lidsky se zase o kus posunout.

SEZNAM LITERATURY a ZDROJŮ

1. ANTONOVÁ, B., KUBÁČKOVÁ, P., MARKOVÁ, A., SLÁMOVÁ, R., 2018. *Praktický průvodce koncem života. Rozcestník pro nemocné a pečující*. 1. vydání. Brno: Edika. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7
2. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE, 2017. [online]. Webová stránka [cit. 2020- 02-21]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/>
3. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2021. [online]. Webová stránka [cit. 2021-2-04-27]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/cz/>
4. BRZÁKOVÁ - BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči. Postulát křesťanské etiky v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 136 s. ISBN 978-80-246-2296-5
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 987-80-247-54024
6. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2021. [online]. *O paliativní péči*. Webová stránka [cit. 2020- 02-21]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
7. CESTA DOMŮ, 2004. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů* [datový soubor]. Praha: Cesta domů. 65 s. [cit. 2021- 02-14].
8. CESTA DOMŮ, 2020. *Podpůrné služby* [online]. Webová stránka [cit. 2020- 07 - 20]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/podpurne-sluzby>
9. CRESWELL, J. W., 1998. *Qualitative inquiry and research design.: Choosing among fice traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications. 403 s., ISBN 978-1412995306
10. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., KALVACH, Z., 2016. *Úvod do gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 150 s. ISBN 978-80-246-3404-3
11. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP, 2016. *Statut sekce geriatrické paliativní péče* [online]. ČSPM ČLS JEP. [cit. 2020- 02-07]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/pracovni-skupiny/sekce-geriatricke-paliativni-pece/>

12. DVOŘÁKOVÁ, H., 2018. *Bazální stimulace. Texty pro základní kurz*. Praha. Diakonická akademie. 26 s.
13. DIAKONICKÁ AKADEMIE, 2021. *Vzdělávání* [online]. Webová stránka [cit. 2021-24-01]. Dostupné z: <https://www.diakonicka-akademie.cz/prima-prace-s-klientem/sluzby-pro-seniory-a-lidi-s-demenci/bazalni-stimulace-i-zakladni-kurz-44/>
14. EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2021. *What we do*. [online]. Webová stránka [cit.2021-02-14]. Dostupné z: <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do/>
15. EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, 2009: *White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1* [online]. European Journal of Palliative Care no.17 (1), s. 278-289 [cit.2021-02-14]. Dostupné z: <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>
16. EUROSTAT, 2019. *Soubor: Příčiny smrti – standardizovaná míra úmrtnosti 2016*. [online]. Eurostat, statistics explained. [cit.2020-02-07]. Dostupné z <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
17. GEN – GALERIE ELITY NÁRODA, 2017. *Marie Svatošová*. [online]. FEBIO. [cit-2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/874586-gen/217562261300013-marie-svatosova/>
18. GUTOVÁ, L., MARTINKOVÁ, D., OTCOVÁ V., 2017. *Multidisciplinární tým paliativní péče. Bezpečná nemocnice. „Bezpečí ve zdravotnictví – nekonečný příběh“* [online]. ÚVN, Praha. [cit-2020-06-18]. Dostupné z: http://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4089132
19. HALL, S., PETKOVA H., TSOUROS, A. D., CONSTANTINI, M., HIGGINSON, I. J., 2011. *Palliative care for older people: Better practices*. [online] WHO. 59 s. ISBN-978-92-890-0224-0. [cit-2020-03-01] Dostupné z: <http://www.euro.who.int/>
20. HAŠKOVCOVÁ, H., 1997. *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha: Galén. 199 s. ISBN 80-85824-54-X
21. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3

22. HAVLENOVÁ, Z., 2016. *Pastorace nemocných – dobrovolníci 2016. Prezentace* [online]. Charita. Rajhrad. [cit-2021-01-23]. Dostupné z: <https://kaplan-nemocnice.cz/wp-content/uploads/2014/09/Pastorace-nemocn%C3%BDch.pdf>
23. HRDÁ, K. a kol., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: Sue Ryder. 202 s. ISBN 978-80-907190-2-6
24. HRDÁ, K., 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Sue Ryder, 65 s. ISBN 978-80-907190-0-2
25. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přeprac. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9
26. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac.a dopl.vydání. Praha. Gerontologické centrum. 143 s.
27. JANDOVÁ, E., VELIČOVÁ, J., 2012. *Využití canisterapie v ošetrovatelském procesu* [online]. Florence č. 6/2012. Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [cit-2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/6/vyuziti-canisterapie-v-osetrovatelskem-procesu/>
28. JANEČKOVÁ, K., 2019. *Péče v hospici pohledem pracovníků přímé péče*. Zlín. Bakalářská práce. UTB Zlín, FHS. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44539/jane%20kov%C3%A1_2019_dp.pdf?sequence=1
29. JANKOVSKÝ, J. et al., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU. 103 s. ISBN 80-7040-826-X
30. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. 317 s., ISBN 978-80-204-4225-3
31. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. 341 s. ISBN 978-80-204-5049-4
32. KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., STRÁNSKÝ, P., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JU. 108 s., ISBN 978-80-7394-639-5

33. KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 135 s. ISBN 978-80-904516-4-3
34. KALVACH, Z., 2019. *Zdraví a nemoc. Nárys problematiky pro studenty ne-zdravotnických oborů*. 1. vydání. Středokluky. Zdeněk Susa. 191 s. ISBN 978-80-88084-21-1
35. KAST, V., 2015. *Truchlení. Fáze a šance psychického procesu*. 1. vydání. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0789-4
36. KODYMOVÁ, P., JANKOVSKÝ, J., HOLUB, M., MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D., TAJANOVSKÁ, A., MICHELOVÁ, R., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Sešit sociální práce č. 3*. Praha. MPSV ČR. 54 s. ISBN 978-80-7421-088-4
37. KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7367-181-6
38. KOŠTÁL, J., 2015. *Léčebná rehabilitace v paliativní medicíně*. [online] Zdraví – Euro.cz [cit-2021-04-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/lecebna-rehabilitace-v-paliativni-medicine-477883>
39. KRHUTOVÁ, L., 2017. *Koordinovaná rehabilitace 1*. Ostravská univerzita, FSS. 72 s. ISBN 978-80-7464-965-3
40. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0
41. KUPKA, M., 2011. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Olomouc: UPOL. 136 s. ISBN 978-80-244-2931-1
42. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0
43. LEONG, M., SMITH, T. J., 2015. *Clinics in geriatrics medicine. An Issue in Clinics of Geriatrics Medicine*. Pennsylvania. Elsevier. ISBN – 13: 978-0-323-37597-9
44. MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
45. MACHÁČOVÁ, K., HOLMEROVÁ, I. et al, 2019. *Aktivní gerontologie aneb Jak stárnout dobře*. 1. vydání. Praha. Mladá fronta. 247 s. ISBN 978-80-204-5489-8

46. MAŤHOVÁ, L., 2012. *Canisterapie u seniorů s demencí* [online]. Časopis Psychiatrie pro praxi 2012, 13(3) [cit-2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/10.pdf>
47. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha. Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
48. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha. Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9
49. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019. *Metodika projektu Podpora paliativní péče. Příloha Metodiky č. 1. Nemocniční program paliativní péče – konziliární tým paliativní péče*. [online] MZ ČR. [cit-2020-06-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci_16695_3986_8.html
50. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
51. NIEDERMANN, E., PFLUGSHAUPT, C., RÜEGGER, H., SCHÄR, B., 2016. *Paliativní péče. Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. 1. vydání. Tábor, APSS ČR. 73 s., ISBN 978-80-906320-3-5
52. PALIATIVNÍ MEDICÍNA, 2016. *Geriatrická paliativní péče I. – klinický den ČSMP* [online]. Webová stránka. [cit-2021-01-25]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/tag/seminar/>
53. PAVELKOVÁ, H., BUŽGOVÁ, R., 2015. *Burnout among healthcare workers in hospice care* [online]. Central European Journal of Nursing and Midwifery ©2014 [cit-2021-01-23]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/12a9/e440c10bccdd13bf60f2f0248bfd22fd75db0.pdf>
54. PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, CH., 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vydání. Brno. Společnost pro odbornou literaturu. 807 s., ISBN 978-80-87029-25-1
55. PEŘINA, J., 2016: *Pomáhat lidem, kteří to potřebují*. [online] Umírání.cz. Webová stránka [cit. 2020- 02-11]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/pomahat-lidem-kteri-to-potrebuji>
56. PFEIFFER, J. a kol., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2

57. PFLEGER, T., 2016. *Osamělost – sociální pomoc a psychoterapie. Bakalářská práce.* [online] Praha, PVŠPSS [cit-2021-04-18] 70 s., 7 příloh. Dostupné z: https://www.pvsps.cz/data/2016/12/08/12/pfleger_tomas.pdf
58. RADBRUCH, L.; PAYNE, S. et al., 2010: *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Praha. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny [cit-2021-01-16]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/374223-Standardy-a-normy-doporuceni-evropske-asociace-pro-paliativni-peci-hospicove-a-paliativni-pecce-v-evrope-lukas-radbruch-sheila-payne-a-kolektiv.html>
59. RENÖCKL, H., 2007. *Ethische aspecte der physiotherapie.* [online]. České Budějovice, Časopis Kontakt 1/2007 [cit-2021-01-16]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2007/01/10.pdf>
60. SALAKARI, M. et al., 2015. *Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review.* [online] Turku: Acta Oncologica. [cit 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2014.996661>
61. SHAW, J., KEARNEY, C., GLENNIS, B., MC KAY, S., 2016. *Interprofessional team building in the palliative home care setting: Use of a conceptual framework to inform a pilot evaluation,* [online] Journal of Interprofessional Care no. 9/2015 [cit. 2020-02-07]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2015.1115395>
62. SKÁLA, B a kol., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online] SVL ČLS JEP [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/paliativni-pecce-2011.pdf>
63. SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ M., KABELKA L., 2013. *Standardy paliativní péče* [online]. Česká společnost paliativní medicíny. [cit. 2020-02-07]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/standardy-paliativni-pecce/>
64. SLÁMA, O., 2012. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR.* [online] Časopis Paliativna medicína a liečba bolesti 01/2012 [cit-2020-02-25]. Dostupné

- z:http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5710&magazine_id=13
65. SPECK, P., 2006. *Teamwork in Palliative Care. Fulfilling or Frustrating?* New York. Oxford University Press. 223 s. ISBN 978-0-19-856774-5
66. SUPERIA, 2021. *Co je to workshop? Význam slova [online]*. Webová stránka. 2015 [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: <https://cojeto.superia.cz/skolstvi/workshop.php>
67. SVATOŠOVÁ, M., a kol., 1998. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vydání. Praha: Ecce homo. 147 s. ISBN 80-902049-1-0
68. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha. Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
69. ŠVESTKOVÁ, O., SVĚCENÁ, K., FORMÁNKOVÁ, P., 2014. *Is it Occupational therapy important in the proces of Rehabilitation?* [online]. Niepelnoprawnoszcz – zagadnienia, problemy, rozwazania. No III/2014. [cit-2020-07-21]. Dostupné z: https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/0/548_07Olga_Svestkova_eng.pdf
70. USTINOVÁ, D., 2019. *Fyzioterapie v paliativní péči. Bakalářská práce*. [online] Praha, 1. LF UK. [cit-2020-02-25] 54 s., 2 přílohy. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/107595>
71. ÚMLUVA O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, 2006. [online]. In: Sbíрка mezinárodních smluv, částka 4, s. 96 – 128. [cit-2021-02-13]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>
72. ÚMLUVA NA OCHRANU LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI LIDSKÉ BYTOSTI V SOUVISLOSTI S APLIKACÍ BIOLOGIE A MEDICÍNY (*Úmluva o lidských právech a biomedicíně*), 2001. [online] In: Sbíрка mezinárodních smluv, částka 44, s. 1903 – 1905. [cit-2020-03-08]. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
73. VACKOVÁ, J. a kol., 2020: *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. 1. vydání. Praha. Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2434-3

74. VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9
75. VELEMÍNSKÝ, M a kol., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice. ZSF JU. 170 s. ISBN 978-80-7394-360-8
76. VLÁDA ČR, VÝBOR PRO LIDSKÁ PRÁVA A BIOMEDICÍNU, 2010. *Strategie rozvoje paliativní péče pro období 2011 – 2015*. [online]. Praha [cit-2020-07-20]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/projekty/nf-avast/strategie-rozvoje-paliativni-mediciny-a-pece-v-ceske-republice-v-letech-2015-2020/>
77. VODIČKOVÁ, Věra, 2018. *Výživa v geriatrické paliativní péči*. Praha. Diplomová práce. 1. LF UK a VFN v Praze.
78. VORLÍČEK J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y., 2004. *Paliativní medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha. Grada, 544 s. ISBN 80-247-0279-7
79. VOTAVA, J., 2012. Ucelenost a koordinace v rehabilitaci osob se zdravotním postižením – konkrétní cíle a problémy. In: *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV, s. 18-20. ISBN 978-80-7421-052-5.
80. ZÁKON č. 108/2006 Sbírky zákonů České republiky *o sociálních službách*, 2019. In: ÚZ č. 1308. Ostrava. Sagit. ISBN 978-80-7488-341-5
81. ZÁKON č. 372/2011 Sbírky zákonů České republiky *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* (zákon o zdravotních službách), 2011 [online]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131 [cit -2020 - 03 - 08]. Dostupné z: <https://ppropo.mpsv.cz/>
82. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sbírky zákonů České republiky, kterou *se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. In: ÚZ č. 1308. Ostrava. Sagit. ISBN 978-80-7488-341-5

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Teoretická část:

- Tabulka č. 1 Postupy při řešení konfliktních situací
- Tabulka č. 2 Pětifázový model vyhoření v pomáhajících profesích
- Tabulka č. 3 Pět praktických kroků leadershipu
- Tabulka č. 4 Hlavní indikátory adekvátního posouzení prognózy
- Obr. č. 1 Model časné integrace paliativní péče
- Obr. č. 2 Schéma možného složení MDT v PP

Výzkumná část

- Tabulka č. 5 Rozhovory s informanty
- Tabulka č. 6 Základní informace o pozici informantů v MDT
- Tabulka č. 7 Vlastnosti a kompetence informantů
- Tabulka č. 8 Součásti MDT, chybějící či nadbyteční členové, role klienta a rodiny
- Tabulka č. 9 Platformy a primární způsob komunikace v MDT
- Tabulka č. 10 Postřehy o komunikaci s klientem a rodinou, v rámci týmu/týmů
- Tabulka č. 11 Jak poznat funkčnost týmu
- Tabulka č. 12 Různé formy podpory dle INF1 a INF2
- Tabulka č. 13 Různé formy podpory dle INF3, INF4 a INF5
- Tabulka č. 14 Péče poskytované zařízeními, ve kterých informanti pracují
- Tabulka č. 15 Názory informantů na rehabilitaci v PP
- Obr. č. 3 Důvody zvýšených komunikačních nároků

SEZNAM ZKRATEK

ad	a další
apod	a podobně
APPHP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
BS	bazální stimulace
CNS	centrální nervový systém
ČSPM ČLS JEP	Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
INF	informant (účastník výzkumu, který poskytl data formou rozhovoru)
JIP	jednotka intenzivní péče
MDT	multidisciplinární tým
MS Word	Microsoft Word (textový editor)
mmj .	mimo jiné
KD	koordinátor dobrovolníků
PP	paliativní péče
příp	případně
př	příkladně
resp	respektive, čili
RHB	rehabilitace
SP	sociální pracovník
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice (v Praze)
vč	včetně
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZSF JU	Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity (v Českých Budě- jovicích)

PŘÍLOHY

- Příloha č. 1: Workshop multidisciplinárního týmu v Domově pro seniory
- Příloha č. 2: Pilotní rozhovor s koordinátorkou paliativní péče Domova pro seniory
- Příloha č. 3: Témata a kategorie vzešlé z pilotního rozhovoru
- Příloha č. 4: Osnova otázek pro polostrukturovaný rozhovor
- Příloha č. 5 Kategorizace kódů vzešlých z rozhovorů
- Příloha č. 6 Důvody zvýšených komunikačních nároků

PŘÍLOHA č. 1

Workshop multidisciplinárního týmu v Domově pro seniory v Praze (září 2019)

Přítomni: členové multidisciplinárního týmu (vedoucí odborných týmů - vrchní zdravotní sestra, koordinátorka modelu biografické péče, vedoucí Domova, vedoucí pečovatelé; dále psychologka, sociální pracovnice). Obě facilitátorky (koordinátorka paliativní péče a koordinátorka rozvojových programů) mají k dispozici dataprojektor a připravenou prezentaci.

Nepřítomni (pozvání): lékař (externista), fyzioterapeutka (nemoc)

Cíl workshopu: shrnutí nastaveného procesu paliativní péče u konkrétní klientky, poučení z kazuistiky, rozbor po jednotlivých krocích, diskuse

Výzkumník (na pozvání koordinátorky paliativní péče) v pozici pozorovatele.

Nástroje k uchování záznamu: záznamový arch, tužka, pomocný materiál - prezentace základních bodů workshopu.

Kazuistická část - paliativní přístup nastavený u geriatrické klientky v terminálním stádiu života v domově pro seniory, kde také zemřela. Kazuistickou část workshopu uvádí koordinátorka paliativní péče, která vytyčí cíl kazuistiky – ujasnit si zpětně, jak se dařilo týmu v komunikaci, jak to šlo ohledně koordinace péče, jak probíhala jednání s rodinou, zda se klientka mohla cítit komfortně apod

Období prepaliativního přístupu:

- zvažování dalšího přínosu hospitalizací klientky mimo Domov, nepřehlednost ve zdravotním stavu klientky (která diagnóza vlastně dominuje?), využití nefarmakologických přístupů (úlevná péče nejen farmaky – fyzioterapie, psychoterapie, spirituální podpora, dobrovolník ad)
- navázání kontaktu s blízkou osobou (syn) – velmi časná komunikace o možnostech paliativní péče

Období paliativní péče

- podnět od praktického lékaře Domova k nastavení paliativní léčby, podle něj je klientka v terminální fázi života

- zvažování limitů a možností – jsme schopni paliativní péči zvládnout? Jakou formu konkrétně této klientce „ušijeme na míru“?, předání informací do týmu pečovatelů, připomenutí si postupů při úmrtí klienta
- zhodnocení výše uvedeného a celkové náročnosti péči – je třeba nastavit jaký plán péče – konzilium
- setkání se synem – info, nabídka podpory ze strany externí organizace – vedoucí domova kontaktuje poradnu externí organizace
- syn kontaktuje externí organizaci, zapojení lékaře + vytvoření a rychlé předání konziliární zprávy (výhodou je sousedství hospice), sestry s potěšením kvitují jasný plán péče
- psychická podpora spolubydlících, a zajímavý moment, kdy také spolubydlící nabízí podporu synovi - cítí se být „silná“ a ráda by byla v těžkých chvílích užitečná
- rozhovor vrchní sestry se synem – informace o tom, jak se bude pravděpodobně stav dále vyvíjet, průběžné návštěvy syna u maminky, podpora syna i ze strany personálu (sociální pracovnice, vrchní sestra)

Období terminální

- zhoršení zdravotního stavu klientky – terminalita – kontaktování syna – provázení u lůžka
- péče o spolubydlící (psycholožka, vrchní sestra, koordinátorka paliativní péče)
- úmrtí s využitím SOS medikace, péče o mrtvé tělo (zdravotní sestra)

Pozůstalostní péče

- sociální pracovnice – podpurný rozhovor se synem a jeho ženou, příprava dokladů, kontaktování pohřební služby, domluva a realizace smutečního rozloučení s klientkou v kapli

Zásadní momenty z diskuse členů MDT:

Zdravotní sestra tento postup tak, jak proběhl, považuje za velmi zdařilý, podle jejího soudu klientka odcházela důstojně, jako důležité vnímá také to, že syn se opravdu bál toho, že budeme chtít maminku někam přesunout (měl zkušenosti z minule)

Koordinátorka paliativní péče: vzhledem k tomu, že zdravotní stav člověka v terminální fázi života se velice rychle mění, potřebujeme flexibilitu. V tomto směru vidí jako velkou výhodu skutečnost, že můžeme navazovat poměrně rychle spolupráci

s dalším multidisciplinárním týmem mobilního hospice- sousedy našeho Domova. Na druhou stranu ani oni nejsou schopni rychle předepsat farmaka, to může jen lékař, a tím je externista Domova (není tu každý den).

Vedoucí Domova pro seniory: základní výhoda tzv paliativní péče podle ní spočívá pro nás v tom, že jakmile máme to razítko, že je klient v paliativě, nemusíme jen „zachraňovat“ (poskytovat první pomoc při selhání základních životních funkcí ani jej odesílat do hospitalizace). Důležité je podle ní sdělení, že klient v paliativě neznamena ztrátu veškeré aktivity a neúčast na životě domova.

Psycholožka: míra stresu pro tým i pro klienta by v paliativní péči teoreticky měla být daleko menší, ale jak víme, spíše se tak neděje. Tady byla relativně malá. Díky tomu, jak to celé dobře proběhlo, tak i spolubydlící se stala osobou provázející klienta na poslední cestě. Byla respektována specifická klientky.

Vedoucí pečovateli: v tomto případě se jednalo vlastně o příklad dobré praxe, všechno klaplo, ovšem taky známe případy, kdy okolní faktory nejsou tak přívětivé.

V diskusi dále zaznělo: Většina členů multidisciplinárního týmu PP hodnotí platformu workshopu jako velmi přínosnou, neboť poskytuje prostor pro shrnutí a sdílení zkušeností, zároveň je psychosociální hygienou, neboť ukazuje, že vše, co děláme, děláme tak nejlíp, jak je to v danou chvíli možné. Workshop poskytuje jistou přehlednost, je vidět to, co se opravdu povedlo, je silně motivující. MDT však díky workshopu může vidět i rezervy a prostor ke zlepšení.

Jedním z výstupů tohoto workshopu je dotazník pro další členy MDT s následujícími otázkami (shrnutí):

- Jaká je vaše role v PP teď – co děláte?
- Co můžete dělat i za rámec toho, co děláte?
- Co z toho, co můžete, umíte?
- Co ve Vás aktuálně vyvolává v paliativní péči největší nejistoty?
- Co jsou podle Vás místa, která jsou v PP péči v domově neošetřená a zasloužila by více pozornosti?

Závěr: Tento workshop byl jakýmsi završením procesu paliativní péče u výše zmíněné klientky domova. Šlo o to shrnout, jak péče probíhala, motivovat tým, poskytnout prostor

ke sdílení, a na základě diskuse vytipovat oblasti, ve kterých je možné dále postoupit, zlepšovat se.

V Domově je paliativní přístup v procesní fázi zavádění do péče a sbírání cenných zkušeností. Je podpořen platnou metodikou (Hrdá, K., 2018: *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*), domov má tedy velmi cennou pomůcku - metodiku, o kterou je možné se opřít. To, proč je zde paliativní péče zaváděna, má jasný cíl – klienta nechat důstojně odejít „doma“, tedy v podmínkách, na které je zvyklý. Vzhledem k tomu, že domov pro seniory v tuto chvíli nedisponuje osobou specialisty (paliatra), lze nadále hovořit o obecné paliativní péči. Přesah ke specializované paliativní péči pak může do jisté míry zajistit spolupráce s externím multidisciplinárním týmem zkušenější hospicové organizace, avšak i zde vnímá tým limity („stejně nemožnou předeepsat farmaka“). Workshop je jednou z platforem, na kterém se mohou potkat členové multidisciplinárního týmu. V tomto případě se jednalo o vedoucí „podtýmů“. Jak vyplývá z jejich diskuse, pozitivní příklady mohou „táhnout“. Zdá se, že se v tomto případě povedlo nastavit péči ve spolupráci celého týmu včetně pečovatелů (zaučít i neznalé), být relativně dobře flexibilní, tedy přizpůsobovat se více změnám, které přináší rychlé zvraty situace. Oceňuji snahu dále pokračovat, učit se, zlepšovat se. Jako bonus procesu PP vnímám aktivní zapojení osoby spolubydlící, kterou tým v její podpůrné aktivitě směrem k rodině respektoval, a současně byla koordinátorkou vedena tak, aby nic nenarušovalo hranice intimity příběhu. Spolubydlící napomohla vystavět jakýsi překlenovací most mezi týmem a rodinou v náročné době. Jako příležitost otevírající se na základě tohoto setkání vnímám otevření diskuse na téma Míra účasti spolubydlících v terminálním období života klienta, a formy jejich podpory. Workshop samotný mě rovněž inspiroval k otázce, zda v jeho diskusní části nebyla příliš řešena témata, která v rámci duševní hygieny může objektivněji ošetřit případová i týmová supervize pod vedením nezávislého odborníka - supervizora. Formu workshopu celkově hodnotím pozitivně, diskusi jsem cítila jako podnětnou, koncentrovanou. Pro potřeby pozorování práce členů MDT bych však uvítala přítomnost dalších členů MDT v přímé péči - pečovatele, fyzioterapeuta, lékaře a kaplanky. Děkuji za příležitost být na workshopu přítomna.

V Praze dne 5. září 2019

Bc. Andrea Sladká (později Valošeková)

PŘÍLOHA č. 2

Základní struktura pilotního rozhovoru se členem multidisciplinárního týmu

Pozice: koordinátor paliativní péče

Organizace: domov pro seniory, Praha

Pilotní rozhovor by měl připravit otázky pro další výzkumné rozhovory týkající se multidisciplinarity v geriatrické paliativě.

Okruhy korespondující se základními výzkumnými otázkami:

1. *Role v multidisciplinárním týmu*
2. *Kompatibilita MDT*
3. *Poskytování PP*
4. *Rehabilitace a PP*

Příprava otázek:

Jaká je vaše role, jak byste ji popsala?

Jakých vlastností si u členů MD týmu v geriatrické paliativě ceníte obzvlášť?

Existují podle vašeho názoru důležitější členové týmu?

Jaký druh geriatrické paliativní péče ve vašem zařízení poskytujete a proč tomu tak je?

Co je na vaší práci těžké?

Jak probíhá komunikace se členy multidisciplinárního týmu?

Jaké podpory se dostává vám i jednotlivým členům týmu?

Kdybyste měl/a příležitost změnit na práci MDT týmu v geriatrické paliativě jednu věc, která by to byla?

Co v práci MD týmu v geriatrické paliativě ve vaší organizaci funguje dobře?

Jak vnímáte vztah mezi geriatrickou paliativou a koordinovanou rehabilitací?

Na základě pilotního rozhovoru budou otázky dále upraveny pro další využití.

PŘÍLOHA č. 3

Témata a kategorie vzešlé z pilotního rozhovoru (orientační podklad pro polostrukturovaný rozhovor)

téma	kategorie
představení role informanta	role členů
jak dlouho je v pozici?	role členů
překážky v práci	role členů
zavádění PP v domově	zavádění PP
role lídra	role členů
impuls pro zavádění PP v domově	zavádění PP
důvody pro zavádění PP v domově	zavádění PP; funkčnost
poskytování paliativní péče v zařízení	forma poskytování PP
podpora zavádění PP do domova	zavádění PP; podpora
začátek týmové práce v DSR	zavádění PP
úloha podpůrného externího týmu při zavádění PP	zavádění PP
způsoby komunikace mezi externím a interním	komunikace v MDT
platformy pro setkávání externího a interního MDT	komunikace v MDT
kdo je účasten na konziliu	platformy setkávání
obsah konzilia	platformy setkávání
obsah plánu péče	plán péče
plán péče - pravidla dělby práce	plán péče
platformy pro komunikaci členů interního MDT	platformy setkávání
způsoby komunikace mezi členy interního MDT	komunikace v týmech
obsah porady	platformy setkávání
role členů MDT - vrchní sestra	role členů
role členů MDT - zdravotní sestra	role členů
role členů MDT - koordinátor - sestra	role členů
podpora členů týmu - sestra	podpora
podpora členů týmu	podpora
potřeba zkušenosti členů MDT	kompetence
podpora pečovatelů	podpora
kompetence členů MDT	kompetence
kompetence - hranice	kompetence
co by změnil/a na své práci?	podmínky pro práci; funkčnost

téma	kategorie
co dobře funguje v práci MDT	podmínky pro práci
dobré vlastnosti člena MDT	kompetence
překážky v práci MDT	podmínky pro práci
pozice klienta v práci MDT	rodina a klient v PP
pohled koordinátora na jednotlivé členy MDT	role členů
koordinační vazby mezi členy MDT	komunikace v MDT
inspirace pro zavádění PP do DSR	zavádění PP
jak funguje PP v Rakousku	zkušenosti za zahraničí
osobní přínosy práce v PP	kompetence; podpora
přínosy pro klienta a rodinu	rodina a klient v PP
nevýhody před zavedením PP	zavádění PP
výhody po zavedení PP do domova	zavádění PP
úkoly a cíle koordinátora v PP v DSR	role členů
mapování potřeb členů MDT	podpora
obsah workshopu vedoucích týmů DSR	platformy setkávání
dovednost členů MDT využívat podporu vedoucích	kompetence
„paliativní káva“ jako platforma setkávání MDT	platformy setkávání
úkoly a cíle koordinátora do budoucna	role členů
podpora členům MDT - supervize	podpora
využívání supervize členy MDT	podpora
„paliativní káva“ jako neformální podpora - obsah	podpora
podpora členům MDT - intervize	podpora
podpora členům MDT - dobrovolníci	podpora
role členů MDT - dobrovolník	dobrovolník
je součástí MDT i dobrovolník?	role členů
rehabilitace a paliativa – jde to dohromady?	účast koordinované RHB v PP
jaká je role rehabilitace v PP?	účast koordinované RHB v PP

PŘÍLOHA č. 4

Osnova otázek pro polostrukturovaný rozhovor

1. Role v multidisciplinárním týmu

Jaká je moje role v týmu PP?

Co do týmu přináším jedinečného?

Jaká moje vlastnost mi pomáhá při práci v týmu v PP?

Jakou vlastnost bych naopak uvítal/a posílit?

Co je na mojí práci v rámci týmu náročné?

Koho považuju za součást paliativního týmu?

Je nějaká profese, která by se hodila, ale chybí?

Je nějaká, která je v paliativním týmu nadbytečná?

Existuje „lídr“ našeho týmu? (pokud jsem sama/sám lídrem, kdo je lídrem pro mě?)?

Je součástí MDT také sám pacient a rodina?

2. Kompaktnost spolupráce (komunikace, funkčnost, podpora)

Jakou podporu potřebuju a odkud?

Jaké máme skupinové nebo individuální možnosti podpory (vzdělávání, supervize apod.)?

Je to pro mě takto vyhovující?

Na čem mohu poznat, že náš tým spolupracuje?

Jsem s tím takto spokojen/a?

Jak a kde se s týmem můžeme potkat?

Setkala jsem se v praxi s tím, že by spolupracovaly dva týmy? Pokud ano, jaké to bylo?

3. **Poskytování PP v rámci zařízení**

Jaké druhy péče související s PP poskytuje naše zařízení, a jak?

V čem podle mě spočívá jedinečnost PP?

Co je to plán péče?

Pokud jsem účastna/účasten zavádění PP do zařízení, jak o tomto smýšlím?

4. **Rehabilitace a paliativní péče**

Rehabilitace a paliativní péče – jde to dohromady?

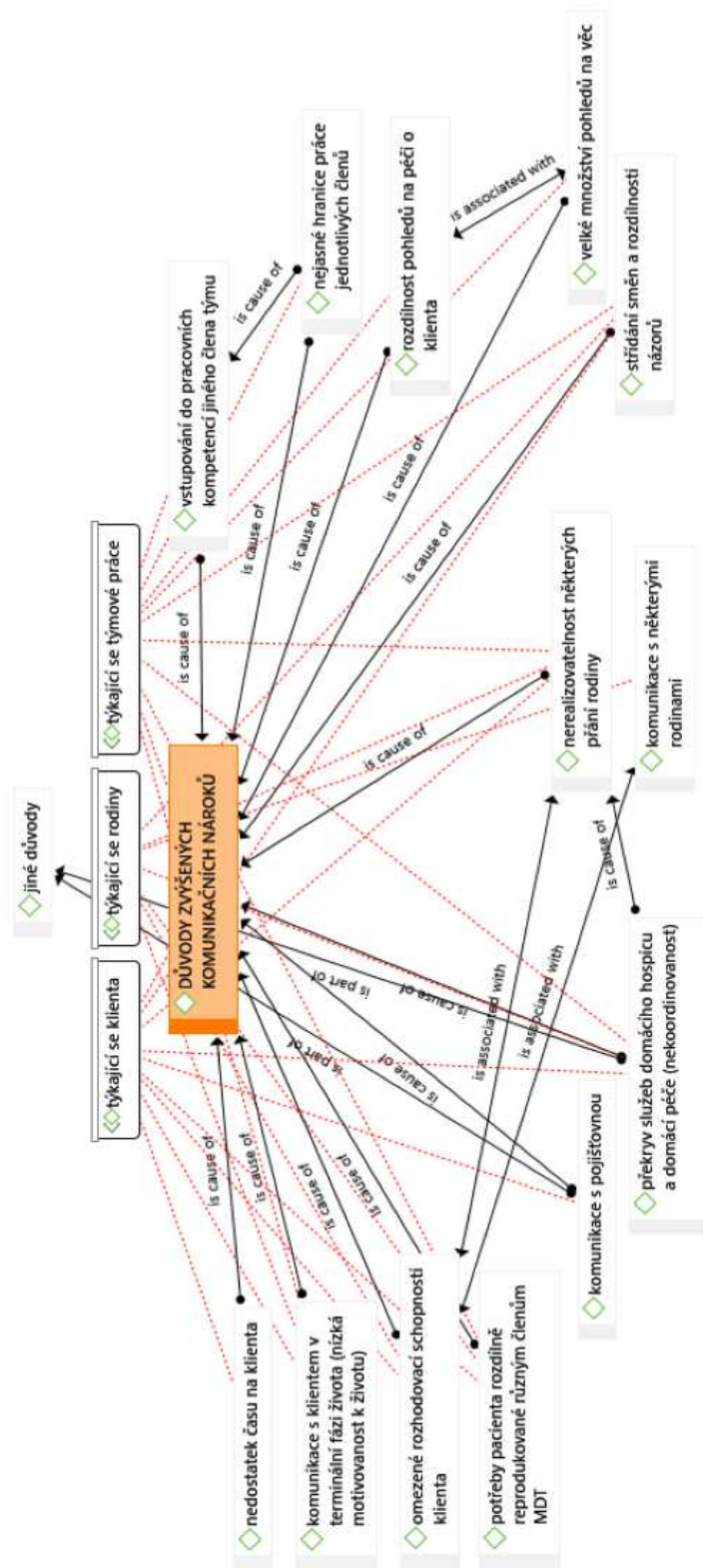
Jaká je úloha a přínos příslušného člena MDT v rámci rehabilitace?

PŘÍLOHA č. 5

Kategorizace kódů vzešlých z výzkumných rozhovorů (podle abecedy)

KATEGORIE	PODKATEGORIE
FUNKČNOST	jak jí lze poznat?
	nezdary
KOMUNIKACE	mezi MDT
	s klientem/pacientem
	externí mezi týmy
	s rodinou
PÉČE	formy a druhy péče poskytované organizací
	názory na PP
	plánování péče
	zavádění PP do organizace
PODPORA	od pacienta a rodiny
	sebepodpora
	ze strany organizace
	vzájemná v MDT
REHABILITACE	kompaktnost s PP
	přínosy do PP
ROLE V MDT	informant
	členové
	klient/pacient a jemu blízcí

PŘÍLOHA č. 6



Obrázek č. 3: Důvody zvýšených komunikačních nároků při práci (zdroj: vlastní výzkum)