

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra charitativní a sociální práce

Bakalářská práce

**ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V
MULTIDISCIPLINÁRNÍM HOSPICOVÉM TÝMU**

Vedoucí práce: Mgr. Martina PAVELKOVÁ

Autor práce: Dagmar LEŠETICKÁ

Studijní obor: Charitativní a sociální práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: III.

2021

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

30. března 2021

Dagmar Lešetická

Poděkování:

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala Mgr. Martině Pavelkové, za její odborné vedení, cenné rady, připomínky a laskavý přístup, který mi věnovala v průběhu zpracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 HOSPIC A PALIATIVNÍ PÉČE	7
1.1 Historie hospicového hnutí	8
1.2 Paliativní péče	8
1.2.1 Obecná paliativní péče	10
1.2.2 Specializovaná paliativní péče	10
1.3 Hospicová péče	10
1.3.1 Cíl hospicové péče	11
1.3.2 Cílové skupiny hospicové péče	12
1.4 Formy hospicové péče	12
1.4.1 Domácí hospicová péče	13
1.4.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)	14
1.4.3 Lůžková hospicová péče	14
2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	16
2.1 Lékaři	18
2.2 Zdravotní – všeobecná sestra	20
2.3 Duchovní	21
2.4 Rodinní příslušníci	22
2.5 Psycholog	22
2.6 Dobrovolníci	23
2.7 Sociální pracovník	24
2.8 Komunikace v týmu.	25
3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V HOSPICOVÉM TÝMU	26
3.1 Sociální práce	27
3.2 Sociální pracovník	27
3.3 Dovednosti a osobnostní předpoklady sociálního pracovníka	28
3.3.1 Empatie	29
3.3.2 Přitažlivost	29
3.3.3 Důvěryhodnost	29

3.3.4	Komunikace	30
3.4	Role sociálního pracovníka	31
3.5	Náplň práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu .	31
3.5.1	Poradenská a informační služba	33
3.5.2	Administrativa	33
3.5.3	Práce s klientem, komunikace a doprovázení	35
3.5.4	Práce s rodinou klienta a péče o pozůstalé	38
3.5.5	Práce s dobrovolníky	40
3.6	Příklad dobré praxe v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech	41
4	ETIKA HOSPICOVÉ PÉČE	45
	ZÁVĚR	49
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:	51
	ABSTRAKT	53
	ABSTRACT.....	53

ÚVOD

V minulosti bývalo běžné, že nejčastěji lidé umírali v rodinném kruhu, kde jim rodina poskytla přiměřenou léty zažitou péči. Každý člen rodiny věděl, jaká je jeho role a co má v danou chvíli dělat, jelikož si během svého života mohl několikrát vyzkoušet péči o nemocného člena rodiny. Odborná zdravotní péče nebyla dobře dostupná, a tak se především na vesnicích a malých městech hojně využívalo lidové léčitelství. Lidé tak měli běžně zažité praktické dovednosti v péči o umírající blízké, což v dnešní společnosti chybí. Dřívější přístup lidí ke smrti ovlivňovalo i náboženství. Víra lidem pomáhala vyrovnat se se smrtí. Dávala jim naději, že je duše nesmrtelná a žije dál, na rozdíl od smrti, která ukončuje pouze pozemský život. V naší době se lidé snaží starost o umírající těžce nemocné blízké nechat v rukou lékařů, jelikož jsou sami z nastalé situace a blízkosti smrti zaskočení a vystrašení. Neumějí si představit, starat se o umírajícího blízkého člověka vlastními silami, protože jim chybí zažitý vzor chování. Smrt se v očích společnosti stala strašákem a lidé její jméno ze strachu ani nevyslovují. Snaží se smrt vytěsnit ze života, ale pravdou stále zůstává, že smrtelní jsme a smrt k nám může přijít v kterémkoliv věku a čase.

V této době je péče o umírající pacienty v moderních nemocnicích na špičkové a profesionální úrovni. Zachraňují se pacienti, kteří by v minulosti svým zraněním, či onemocněním s jistotou podlehli. Bohužel zde chybí citlivý lidský přístup. Nemocnice jsou neosobní zařízení, kde je hluk a shon. V nemocnicích bývá většinou několik lůžek v jednom pokoji, a ta však rozhodně nejsou přizpůsobená potřebám pro umírající pacienty. Ti zde nemají klid a osobní prostor pro zvládnutí nejtěžší etapy jejich života. Tyto instituce nejsou zdaleka uzpůsobeny tak, aby mohl být blízký člověk svému umírajícímu nablízku, v jeho poslední chvíli. Člověk by neměl v této poslední fázi života zůstat sám. Ačkoliv se umírající svému okolí jeví netečně, svou situaci citlivě vnímá a prožívá. Každý umírající člověk by rád zemřel s posledním pohledem na milou tvář, rád by cítil dotek milovaného člověka, nebo slyšel hlas, který dobře zná. Umírajícím by měla být dána možnost výběru mezi hospitalizací a možnostmi péče v kruhu rodiny.

Veřejnost ještě nedávno vnímala hospic jako synonymum beznaděje a konce života, to se však naštěstí změnilo. Lidé si začali uvědomovat, že hospic je místo, kde i v bezvýchodně těžké situaci, lze nalézt naději a smíření.

Cílem práce je představení práce sociálního pracovníka v hospicovém multidisciplinárním týmu a zároveň zmapování silných stránek týmové spolupráce multidisciplinárního týmu směřujících k naplňování cílů hospicového zařízení.

K napsání této bakalářské práce mě motivovalo absolvování školní praxe v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech. Na vlastní kůži jsem měla možnost si vyzkoušet náročnost a úskalí práce sociálního pracovníka v hospicovém zařízení.

V úvodní kapitole je definován význam slova hospic a počátky hospicového hnutí v České republice. Je zde popsán význam hospicové a paliativní péče, její druhy a odlišnosti a také jsou zde představeny druhy hospicové péče. V další kapitole je představen multidisciplinární tým s jednotlivými představiteli, stručný popis jejich funkce s ohledem na poskytování paliativní péče a zmiňuje se o aktivní spolupráci mezi všemi členy multidisciplinárního hospicového týmu.

Nejobsáhlejší a nejzásadnější je třetí kapitola, která uceleně pojednává o sociální práci v hospici. Představuje roli sociálního pracovníka, jeho osobnostní dovednosti a vlastnosti. Popisuje nepostradatelnou činnost sociálního pracovníka v hospicové péči při doprovázení umírajících pacientů a jejich rodin, a o jeho péči o pozůstalé. Celá kapitola ukazuje komplexní význam sociálního pracovníka v hospicové péči. V poslední kapitole jsou představena etická úskalí hospicové péče.

1 HOSPIC A PALIATIVNÍ PÉČE

V překladu z anglického jazyka slovo hospic znamená „útulek“ nebo „útočiště“. Tento termín byl používán již ve středověku pro tzv. „domy odpočinku“. Tyto domy vyhledávali zejména unavení poutníci z Palestiny, kteří se zde zdrželi zpravidla jen několik dní, a když nabrali síly, vydali se na další cestu. Bylo jim umožněno se zde vyspat, najíst a napít a také ošetřit jejich bolavé nohy. Hospic většinou vedl člověk, který dovedl vést hostinec, ale zároveň měl zkušenosti s ranhojičstvím.¹

Již od dob Konstantina Velkého (4. století) začaly kláštery poskytovat hospicovou péči poutníkům na cestě do Jeruzaléma. Těm se v hospici dostalo odpočinku, jídla, dostali potřebné léky, ale navíc se jim dostalo i pomoci duchovní.²

V 19. Století se objevují organizovanější a systematičtější počátky péče o nevléčitelně nemocné, když v roce 1842 v Lyonu založila Jeanne Garnierová společenství žen, které se o takto nemocné staraly. Tato organizace byla tou, která v roce 1847 otevřela v Paříži první oficiálně označený dům hospic-místo, kde lidé umírají.³

¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 45

² Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 14

³ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 12

1.1 Historie hospicového hnutí

Hospicové hnutí vzniklo v Anglii a založila jej Cecilie Saundersová v Londýně v roce 1967 pod jménem Hospic sv. Kryštofa (St. Christopher's Hospice).⁴

Cicely Saundersová je také autorkou knihy Hospic - žijící myšlenka. Pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, ve svých 38 letech získala lékařské vzdělání. Již v mládí byla přesvědčena o tom, že umírající lidé potřebují specifickou péči, a že je možné je uchránit od utrpení. Důležitou roli v její práci sehrál jeden z pacientů, kterým byl polský emigrant David Tasma. Tento muž byl rodinou a přáteli hospitalizován v St. Joseph's Hospice, ačkoliv by věděl, jak vážný je jeho stav. Saundersová mu sdělila pravdu o jeho vážném zdravotním stavu, což bylo v této době dosti neobvyklé. Starala se o něj do poslední chvíle jeho života a pomáhala mu najít smír a význam posledních chvil. David Tasma jí pak z vděčnosti věnoval pět set liber s přáním, aby je využila na výstavbu další nemocnice hospicového typu.⁵

O založení prvního hospice v Čechách se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicové hnutí Ecce homo. Významným a úspěšným počinem bylo vybudování a otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, na kterém se podílela Diecézní charita v Hradci Králové. Marie Svatošová se v roce 2007 stala prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (APHPP).⁶

1.2 Paliativní péče

Paliativní péče je v lékařství poměrně novým oborem, ale zároveň je nejstarší formou medicíny vůbec. Mírnění lidského utrpení a bolesti, a také provázení umírajících k dobré smrti bylo posláním lékařů a ošetřovatelek již v dávných časech. Již v minulých stoletích se na péči o umírající podíleli vedle zdravotníků především rodina, přátelé a duchovní, hovoříme zde o počátku multidisciplinární péče.⁷

Paliativní medicína nastupuje v péči o nemocné s pokročilým, nevy léčitelným a život ohrožujícím onemocněním tam, kde již není možná kurativní léčba. Jedná se o pacienty s pokročilými stadii onemocnění spějících ke smrti. Poskytuje pomoc v péči

⁴ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 14

⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 46

⁶ tamtéž s. 47-48

⁷ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 13

psychologické, sociální, duchovní a především fyzické, a tím je přínosem jak pro nemocného, tak pro jeho rodinu a blízké. Nenabízí umírajícím vyléčení, ale pomáhá jim dožít zbytek života důstojně a v nejlepší možné kvalitě. Vždy je kladen důraz na jedinečnost lidské důstojnosti pacienta a na respektování jeho přání.

Příjemcem paliativní péče je nejen nemocný, ale i jeho rodina a blízké okolí. Paliativní péče představuje týmovou spolupráci nejen zdravotnického personálu (lékařů a sester), ale též psychologa, sociálního pracovníka, duchovních, rodiny, a také dobrovolníků.⁸ Kvalifikovaný tým paliativní péče vnímá umírání jako součást života, ke svým pacientům přistupují dle jejich individuálních potřeb, empaticky a s respektem k nevléčitelné nemoci a emocionálního stavu pacienta.

Definice dle §5, odst. 2, písm. h, Zákona o zdravotních službách č.372/2011 Sb.:

Paliativní péče je druh péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

Jednou z forem paliativní péče je hospicová péče. Tato péče je poskytována lidem v terminálním stadiu života a to jak ve speciálním lůžkovém zařízení nebo v domácím prostředí. Vždy je toto provázení člověka obrovským přínosem pro celou naši společnost.⁹ Tým pečovatелů dává umírajícím pacientům a jejich rodinám prostor pro strávení co nejvíce příjemných chvil společně, při zachování důstojného dožití.

Paliativní medicína nemá neomezené možnosti léčby, avšak může významně ovlivnit kvalitu života terminálně nemocných. Nesnesitelné tělesné symptomy nemoci lze zvládnout tak, že se buď zcela odstraní, nebo se stanou snesitelnými. Mezi hlavní zásady paliativní medicíny patří vyloučení, či možné omezení invazivních vyšetřovacích a léčebných metod. Umírající pacient by měl mít pocit, že má věci pod kontrolou, což významně přispívá k jeho kvalitě života.¹⁰ Prioritou hospicového personálu je zajištění co nejlepší kvality života umírajících.

⁸ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 11

⁹ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 39

¹⁰ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 199

1.2.1 Obecná paliativní péče

Tato forma paliativní péče představuje schopnost zdravotnického personálu včas vyhodnotit pacientův zdravotní stav a být schopen určit smysluplnost další aktivní léčby. Patří sem především léčba bolesti a dalších symptomů. Pokud se pacient nachází v takové fázi nemoci, kdy její prognóza není v souladu se životem, měli by lékaři pacientovi doporučit speciální odbornou paliativní péči.¹¹

Zdravotníci všech oborů a specializací by měli být schopni poskytnout obecnou paliativní péči. Pro nemocného je stěžejní určit to, co je pro jeho kvalitu života nejvýznamnější. Podstatné je včasné nasazení léčby nepříjemných symptomů nemoci, respektování autonomie nemocného, empatická a důvěrná komunikace¹² s umírajícím a jeho rodinou, o život ohrožující nemoci, její prognóze a rozsahu léčby. Obsahuje sociální poradenství, psychologickou péči a také dostupnost duchovní péče, a to jak v ambulantním, tak v ústavním zařízení.

1.2.2 Specializovaná paliativní péče

Tuto formu péče poskytují taková zařízení, která mají paliativní péči jako hlavní činnost. Zdravotnický personál musí mít vyšší úroveň profesní kvalifikace. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné a poskytovat pacientovi podporu, ať se jedná o péči v domácím prostředí, lůžkovém zařízení, denním stacionáři nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče podporují ostatní zdravotníky, spolupracují s nimi a v případě potřeby s nimi konzultují možné postupy léčby.¹³ Specializovaná péče navazuje na péči obecnou, když intenzita obtíží pacienta přesahuje možnosti obecné paliativní péče. Paliativní péče by měla být dostupná všem pacientům, kteří jí potřebují.

1.3 Hospicová péče

V této kapitole jsou popsány jednotlivé formy hospicové péče, jejich odlišnosti a specifika, především v péči zdravotnické a ošetrovatelské, které zajišťují nemocnému důstojné prostředí a péči v závěrečné fázi života umírajících pacientů. Jsou zde představeny formy psychologické, sociální a spirituální podpory, které jsou v hospicové

¹¹ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 17-18

¹² Srov. NEZBEDA Ondřej, *Průvodce smrtelníka*, s. 93

¹³ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 21

péči poskytovány umírajícím a jejich členům rodiny. Seznámíme se s cílovou skupinou hospicové péče a co je hlavní myšlenkou paliativní péče.

1.3.1 Cíl hospicové péče

Hlavní myšlenkou hospice je zachovat důstojnost a jedinečnost každého člověka. Vychází z úcty k životu a člověku, jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Dalším cílem doprovázení umírajících podle Svatošové je, že se nemocným nelze o jejich zdravotním stavu, ztratili bychom tak jejich důvěru a pacienti by ztratili tolik důležitý pocit bezpečí. Hospic doprovází terminálně nemocné pacienty a jejich rodiny těžkým životním obdobím. Hospicová zařízení sice neslibují pacientům vyléčení, ale rozhodně jim neberou naději.

Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.¹⁴

Hospice jsou zdravotnická zařízení, kde na rozdíl od léčeben dlouhodobě nemocných nebo nemocnic, není cílem pacienty léčit, ale tišit nepříjemné a obtěžující projevy zákeřné nemoci a poskytnout pacientům příjemné a bezpečné prostředí.¹⁵ Jde především o koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb, nabízející komplexní formu péče terminálně nemocným a jejich rodinám tam, kde kurativní léčba již nepomáhá.¹⁶

V hospicovém zařízení nelze život pacienta prodloužit, ani ho zachránit. Hospic neslibuje vyléčení umírajících, ale slibuje léčitelnost zákeřné nemoci. Jde zde především o to, aby byla zachována kvalita zbývajících života umírajícího. Je důležité respektovat osobní svobodu, soukromí nemocného a jeho blízkých, aby nemocný mohl v pravou chvíli odejít.¹⁷

Hospicové zařízení poskytuje i výraznou sociální podporu pacientovi a jeho rodině, což výrazně zvyšuje kvalitu života nemocných v terminálním stadiu života.¹⁸

¹⁴ SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 115

¹⁵ Srov. SLÁMOVÁ at al., *Praktický průvodce koncem života, Rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 93

¹⁶ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 43

¹⁷ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 203

¹⁸ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 14

1.3.2 Cílové skupiny hospicové péče

Kvalitní paliativní péče by měla být obecně dostupná všem umírajícím pacientům. Jedná se zejména o lidi s onkologickým onemocněním a o lidi v konečných fázích nenádorových onemocnění- jde především o orgánová selhání. Dále se jedná o pacienty, jejichž nepříznivý zdravotní stav se zhoršuje, a jejich prognóza je nejistá – pokročilá stadia syndromu demence, AIDS, terminální geriatrické deteriorace, pokročilá stadia imobilizačního syndromu a další.¹⁹

Pacienti jsou do hospicové péče přijímáni na vlastní žádost a dobrovolně. Součástí žádosti je informovaný souhlas pacienta. Pacient je informován, že se v hospici upouští od léčebných postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života, ale že se zde pokračuje v takové léčbě, která kvalitu života umírajícího zlepšuje. Průměrná doba pobytu umírajících pacientů v hospici bývá tři až čtyři týdny.²⁰ Někdy se ale zhoršení zdravotního stavu pacienta zpomalí tak, že může v hospici plnohodnotně prožít třeba i rok.

Sociální a duchovní složky života umírajících jsou součástí hospicové péče a mají kladný vliv na stav pacienta. Je známo, že po příchodu pacientů do hospicové péče a jejich stabilizace zdravotního stavu, dostávají nemocní nový elán do života, jejich psychický stav se zlepšuje a touží si aktivně a plnohodnotně užít poslední dny života. Tito lidé umírají smířením se svým osudem.²¹ Každý člověk by měl mít čas na to, aby se smířil se svou těžkou životní situací a během posledních chvil života si mohl urovnat různé rodinné či majetkové vztahy.

1.4 Formy hospicové péče

Zlepšení kvality života v jeho závěrečné fázi a umožnění terminálně nemocnému pacientovi důstojné umírání je účelem paliativní hospicové péče. Hospicový tým snižuje a odstraňuje nesnesitelné bolesti a nepříjemné symptomy nemoci, spojené s umíráním, čímž je umožněn intenzivní a nerušený kontakt umírajícího s rodinou. Důstojná hospicová péče klientům bez rozdílu náboženského vyznání je poskytována ve třech základních formách, které je případně možné kombinovat. Jedná se o lůžkovou, stacionární a domácí hospicovou péči.

¹⁹ Srov. KALVACH Zdeněk, *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 15

²⁰ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 202

²¹ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 14

1.4.1 Domácí hospicová péče

Aby se domácí hospic mohl takto označovat, je zapotřebí, aby splňoval kritéria, která stanovuje česká společnost paliativní medicíny. Tato společnost již několik let spolupracuje s dalšími institucemi a vytváří koncept Mobilní specializované paliativní péče, která pomáhá při začleňování domácích hospiců do veřejného zdravotnictví.²²

Pro nemocné je ideální, aby své poslední dny strávili v domácím prostředí. Péče o nemocného v domácím prostředí je velice náročná, vyžaduje 24 hodinovou péči, která je velkou zatěžkávací zkouškou pro pečující. Bohužel se často stává, že je buď rodinné zázemí nedostačující, nebo prostě rodině dojdou síly. Důvody mohou být např. i prostorové podmínky, kdy rodina žije v malém bytě, a společně s nemocným zde žijí jejich děti s rodinou. Skloubit pak takovou péči s výchovou dětí a se zaměstnáním členů rodiny, je velmi náročné a mnohdy nerealizovatelné, jsou však výjimky.

V domácí péči bývají umírající, kteří projeví přání odejít z nemocnice nebo z hospice, a přitom se mohou spolehnout na podporu a péči rodiny. Rodina poskytuje umírajícím laickou péči a provádí lehké odborné úkony, které je naučí zdravotníci. Náročnější ošetrovatelské úkony provádějí profesionálové, kteří podle potřeby nebo dohody navštěvují umírajícího v domácím prostředí. Pokud se zdravotní stav nemocného zhorší, nebo rodina nemůže kvalitně plnit nároky na péči (únava, náročnost výkonů, nemoc ošetřujícího člena rodiny atd.), je umírající opět hospitalizován. Důležité je ujištění pacienta, že jakmile se jeho zdravotní stav stabilizuje a podaří se zvládnout bolest a další symptomy nemoci, tak se bude moci nemocný opět vrátit domů.²³ V domácím prostředí se pacienti cítí nejlépe a za podpory hospicového týmu, je jim poskytnuta taková pomoc, že nevyčerpitelně nemocný pacient může žít co nejdéle bez bolesti, obklopen svými blízkými, kde je za všech okolností zachována jeho lidská důstojnost.

Základním principem domácích hospiců je multidisciplinarita – což znamená, že pracovníci hospice se s rodinami nemocných snaží vytvořit pacientům co nejpříjemnější a nejpohodlnější podmínky k životu. Péče se zde nesoustředí pouze na zdravotní problém. V týmu vždy musí být kvalifikovaný lékař, který garantuje kvalitu zdravotní péče a koordinuje činnost ostatních kolegů, kteří drží služby. Zdravotní sestry zabezpečují nepřetržitou pohotovostní službu. Součástí týmu je i sociální pracovník, který pomáhá pacientovi a jeho rodině v různých situacích – od vyřízení příspěvku na péči po např.

²² Srov. SLÁMOVÁ at al., *Praktický průvodce koncem života, Rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 99

²³ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 65

zajištění dobrovolníků. Pokud by pacient nebo rodina potřebovali psychologickou pomoc, přichází do rodiny terapeut, na přání dochází i duchovní.²⁴

1.4.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Hospicové stacionáře jsou v zahraničí značně oblíbené, u nás se většinou jedná o doplňkovou službu lůžkových hospiců. Stacionární péče umožňuje nemocnému pobývat v domácím prostředí a zároveň oddaluje hospitalizaci, stává se tak výbornou alternativou, pokud není možná celodenní péče poskytovaná rodinou. Péče o nemocné ve stacionáři bývá řádově několik hodin.²⁵ Rodina pacienta do hospicového stacionáře přiváží ráno a odpoledne nebo k večeru ho odváží domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo dle domluvy a místních podmínek hospic. Tato forma hospicové péče je vhodná pro nemocné žijící v místě, nebo v blízkém okolí hospice. V určité fázi nemoci může být pro některé pacienty tím nejvhodnějším řešením.²⁶ Výhodu v tomto druhu hospicové péče shledávám v tom, že pacient při náhlém zhoršení zdravotního stavu a při následné hospitalizaci v hospici, je již na dané zařízení zvyklý, a tak pro něj není hospitalizace traumatizující. Tito pacienti se lépe adaptují na dané prostředí.

Hospicová paliativní denní péče poskytuje umírajícím lidem oporu různými způsoby, nabízí pacientům jak kvalifikovanou lékařskou pomoc (například posouzení přiměřených dávek léků), tělesnou a sociální péči, také i emoční a praktickou oporu umírajícím. Mezi aktivity denní péče patří i aktivizace a povzbuzování pacientů k účasti na relaxačních a jiných terapiích. Respítní péče o umírající dává prostor pro oddych domácím pečujícím,²⁷ zatímco tito lidé stráví svůj čas ve společnosti. Posláním této služby je klienty aktivizovat, zabránit jejich sociálnímu vyloučení a jejich čas smysluplně naplnit.

1.4.3 Lůžková hospicová péče

Pokud není možná každodenní péče o nemocného v domácím prostředí, rodina péči již nezvládá, je vyčerpaná a pobyt v nemocnici není nutný, je možné využít službu lůžkového hospice.

Pacienti jsou obvykle přijímáni do hospicové péče, aby dostali symptomy nevyléčitelné nemoci pod kontrolu, nebo aby dali umírajícím lidem a jejich rodinným pečujícím čas na oddych. Do hospice jsou dále přijímáni nemocní za účelem poskytnutí

²⁴ Srov. SLÁMOVÁ at al., *Praktický průvodce koncem života, Rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 99

²⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 58

²⁶ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 119

²⁷ Srov. PAYENOVÁ S. at al., *Principy a praxe paliativní péče*, s. 440

terminální péče v terminálním stadiu nemoci.²⁸ Tuto službu většinou využívají onkologicky nemocní, kteří do hospice přicházejí dobrovolně a svobodně. Pacient může v hospici pobývat se svým rodinným příslušníkem, nebo si může dohodnout s rodinou návštěvy, které jsou v hospici možné nepřetržitě po 24h 365 dní v roce, záleží čistě na přání pacienta.²⁹ Stálá přítomnost někoho z příbuzných je možná. Rodina se může na péči o umírajícího podílet, ale i nemusí. Fyzická přítomnost někoho z rodiny je velkou psychickou podporou pro nemocného.³⁰

Lůžkový hospic bývá obvykle samostatně stojící budova, která poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v terminálním stadiu nevléčitelné nemoci. Primární důraz je kladen na individuální potřeby a přání umírajícího. Snahou je vytvořit takové prostředí, kde by se pacienti cítili co nejlépe, a to v intenzivních vztazích se svou rodinou a blízkými. Tím, že většina lůžkových hospiců má kolem 25 lůžek, se umírajícím dostává osobitě a domácí atmosféry.³¹ Je zde respektováno soukromí pacientů a volný režim návštěv. Možnost dozdobit si pokoj vlastními věcmi, které má klient rád a je na ně zvyklý, podtrhuje myšlenku co nejpříjemnějšího prostředí.

Zda bude nemocný přijat do lůžkové hospicové péče, nebo se o něj lze postarat ve stacionáři nebo v domácím prostředí, rozhoduje hospicový lékař, po zvážení zdravotního stavu pacienta a možností hospice. Pokud jsou v hospici volná lůžka, může být pacient do péče přijat. Je-li však hospic naplněn, musí být dána přednost těm nemocným, u kterých se předpokládá, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Takto nemocným pacientům je hospic především určen.³² Léčba a plán hospicové péče vychází z individuálních potřeb umírajícího. Tato péče je především zaměřena na mírnění obtíží jako je bolest, dušnost, nevolnost apod. a na uspokojení duchovních a psychosociálních potřeb.

Hospic je zařízení, které má příjemné prostředí s domácí atmosférou, kde zaměstnanci doprovází umírající na jejich poslední cestě. Denní hospicový režim se od toho nemocničního výrazně liší, v hospici je vše uzpůsobeno potřebám jednotlivých

²⁸ Srov. PAYENOVÁ S. at al., *Principy a praxe paliativní péče*, s. 440

²⁹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 120

³⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 50

³¹ Srov. SLÁMA Ondřej at al., *Paliativní medicína v praxi*, s. 31

³² Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 122

pacientů. Nemocní zde nemají stanoveno, kdy mají uléhat ke spánku, nebo kdy mají vstávat. Není zde stanoveno, kdy se bude podávat jídlo, stravovací režim je zde volný, pacient si může zvolit hodinu, kdy chce jíst a určit co chce jíst. Také denní hygiena je prováděna podle přání pacienta a ne “ na povel“ jak to bývá např. v nemocnici. Pacienti se ráno mohou obléknout do civilních šatů a zapojit se do běžného života v hospici. Péče o pacienty je zcela individualizována, každý z pacientů má svou osobní sestru nebo ošetřovatelku.³³ Pacient se během dne, po domluvě se sestrami, může jít projít po zahradě, nebo navštívit Centrum denních služeb, knihovnu, či si dohodnout službu kadeřnice či pedikérky. Potřeby a problémy nemocného se však mění podle jeho zdravotního stavu, je proto nutné jeho stav a přání respektovat.

Lůžkový hospic je primárně určen pro pacienty s onkologickým onemocněním, u kterých kurativní léčba již nepřináší žádný užitek, tyto pacienty nemoc ohrožuje na životě. Péče o umírající pacienty vyžaduje paliativní péči a zároveň nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici. O tyto nemocné bohužel nelze pečovat v domácím prostředí, protože většinou nestačí. Umírající má zájem o péči v hospici a s touto péčí souhlasí.³⁴

2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

V této kapitole jsou představeni jednotliví členové multidisciplinárního týmu, kteří poskytují paliativní péči. Je zde popsáno propojení jednotlivých profesí, vymezení jednotlivých úkolů, cílů a kompetencí. Fungování multidisciplinárního týmu v praxi, vede ke společnému cíli, a to k zabezpečení přání, potřeb a představ klienta, který je vždy ve středu zájmu celého týmu. Je zde představena vhodně vedená komunikace v týmu, vedoucí k co nejobsáhlejší a zásadním informacím o klientovi, které pomáhají k nastavení co nejlepší individuální péče o umírajícího a jeho blízké.

Každý člověk je jedinečný a unikátní, a také umírá za neopakovatelných okolností. Úkolem multidisciplinárního hospicového týmu je zajistit umírajícímu odbornou a kvalitní ošetřovatelskou péči, kterou poskytuje především paliativní péče.

„Paliativní péče je aktivní péče o nemocné s pokročilým, nevléčitelným a život ohrožujícím onemocněním. Vedle paliativní medicíny zahrnuje též péči psychologickou,

³³ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 49

³⁴ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 27-28

sociální a spirituální. Je to druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“³⁵

Péče o pozůstalé je proto součástí paliativní péče stejně, jako péče při umírání klienta.

Hospicový paliativní tým musí být vždy multidisciplinární, aby všichni z týmu mohli společně směřovat své síly ke kvalitnímu životu umírajících pacientů a zmírňování jejich celkového utrpení. Pacient by měl mít vždy nejvýznamnější slovo při rozhodování o jeho léčbě. Pouze v takovém týmu může být zachována důstojnost umírajícího a mohou být řešeny všechny obtíže jak nemocného, tak jeho blízkých. Mezi členy multidisciplinárního týmu by měli být považováni jak členové rodiny umírajícího, tak i sám umírající.³⁶

O pacienty v hospici pečují nejen lékaři a zdravotní sestry a ošetřovatelé, ale do hospicového týmu patří také psychologové, duchovní a na péči se podílejí i sociální pracovníci. Umírajícím se dostává profesionální medicínské péče, sociální a spirituální podpory tak, jak to pravidla paliativní péče vyžadují.³⁷ Společně především chrání důstojnost nemocného s důrazem na jeho kvalitu života.

Tím, že se o pacienta stará celý tým ošetřujících, ať se jedná o lékaře, sestry či sociální pracovníky, dostává se více času na samotného pacienta a jeho rodinné příslušníky. Pečující tak mají prostor na to, aby zjistili, co pacienta nejvíce trápí a v čem především potřebuje největší pomoc a podporu. Není pravidlem, že se vždy jedná pouze o zdravotní problémy pacienta.³⁸ Umírající lidé mají největší strach z bolesti a ze ztráty důstojnosti. Jakmile se však podaří symptomy zákeřné nemoci dostat díky hospicové péči pod kontrolu, spíš než strach ze smrti, tyto lidi trápí většinou neurovanané rodinné, či jiné vztahy.

V hospici se ošetřující personál setkává se smrtí téměř denně a rozdíl mezi jednotlivými profesemi se stírá, což není překážkou odbornosti. Kompetence jednotlivých profesí jsou přesně vymezeny tím, že se celý tým snaží být více lidmi a držet při sobě, což přispívá k celkové pohodě na pracovišti. Každý v hospicovém týmu je stejně důležitý, na nadřazenost a podřazenost se zde neupozorňuje.³⁹ Důležitá je především

³⁵ BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 11

³⁶ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 35

³⁷ Srov. SLÁMOVÁ at al., *Praktický průvodce koncem života, Rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 93

³⁸ tamtéž s. 70

³⁹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 129

komunikace a vzájemná úcta mezi jednotlivými členy týmu. Pokud by na pracovišti hospicové péče panovaly špatné vztahy, nebylo by možné naplnit poslání hospicového zařízení.

Nejdůležitější úlohou multidisciplinárního týmu je pomoci pacientovi i jeho blízkým dostat se do fáze umírání, tj. smíření, akceptace blížící se smrti.⁴⁰

Hospicový multidisciplinární tým se nejčastěji skládá z lékaře - specialisty v paliativní péči, zdravotních sester a ošetřovatelů, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, nutričního specialisty, duchovního, dobrovolníků a také pečující rodiny.⁴¹ Aby byla zabezpečena flexibilita systému a péče o umírající pacienty, je třeba, aby jednotlivé pečující profese dobře znaly své kompetence a zásady ostatních spolupracujících profesí, aby byly schopny se v základní formě vzájemně zastupovat. Musí také dobře vědět, kdy je nezbytné povolat další příslušnou profesi ke konzultaci zdravotního stavu pacienta, aby byla zabezpečena kvalita, bezpečnost a ucelenost paliativní péče.⁴² Jen díky kvalitní spolupráci členů týmu může být vytvořena atmosféra bezpečí a naděje pro umírající pacienty a jejich blízké.

Vedení hospicových zařízení se musí neustále věnovat problematice zaměstnanců v paliativní a hospicové péči. Je důležité podporovat jejich vzdělávání, organizovat pro ně kurzy, které by se věnovali práci s vlastními emocemi a především krizové intervenci. Na pracovištích, kde jsou zdravotnické a sociální týmy by měly být pravidelné kvalitní supervize.⁴³ Tuto práci nemůže dělat každý. Práce všech členů týmu je velmi fyzicky a psychicky náročná, s hrozbou syndromu vyhoření. K prevenci syndromu vyhoření slouží také neustálé vzdělávání, a to jak v odborné oblasti, tak v oblasti komunikace, psychologie nebo v oblasti duchovní.

2.1 Lékaři

Lékař v hospicovém týmu musí být odborníkem na zvládání paliativních problémů a komplikací. Hospicový lékař přijímá umírajícího pacienta do péče a vede paliativní dokumentaci pacienta, vypracovává plán péče, který se musí shodovat s přáními a cíli pacienta a jeho nejbližších. Pravidelně zdravotní stav pacienta kontroluje.

⁴⁰ TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 17

⁴¹ Srov. KALVACH Zdeněk, *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 33

⁴² tamtéž s. 33

⁴³ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 105

V hospicích je lékařská péče zabezpečena 24 hodin denně a díky tomu je možné zvládnout většinu zdravotních komplikací souvisejících s terminálními stadii nemocí. Lékaři jsou zde přítomni ve dne i noci, a tak se pacientovi dostává odborná péče a pomoc kdykoliv to potřebuje.⁴⁴ Pokud se jedná o lékaře v mobilním hospici, je možné s ním zdravotní stav pacienta konzultovat telefonicky 24hodin 7 dní v týdnu.

Lékař v hospicovém týmu po zhodnocení zdravotního stavu vypracuje plán paliativní péče a dle něj koordinuje zdravotnickou péči ve všech aspektech. V jeho kompetenci je sdělování aktuálního zdravotního stavu nemocnému a jeho blízkým s ohledem na jejich potřeby a možnosti.⁴⁵ Lékař musí jednat lidsky a empaticky a zároveň brát ohled na autonomii umírajícího, aby ten byl schopen se ve sdělených informacích zorientovat. Je přínosné hovořit o zdravotním stavu s pacientem a současně s jeho rodinou, pokud s tím pacient souhlasí. Informovaná rodina tak může být nemocnému větší oporou. Jednání lékaře by mělo být citlivé a otevřené s ohledem na kulturní tradice umírajícího a jeho rodiny. Umírající pacienti tak získají pocit bezpečí a komfortu.

Paliativní lékaři i ostatní ošetřující personál musí dobře vědět, jak nejlépe a nejšetrněji nemocné vyšetřovat, léčit a ošetřovat. Musí bezpečně vědět, jak tlumit chronickou tělesnou bolest, jakými preparáty a v jakých dávkách a v jakém časovém rozpisu. Různou dávku a druh léků dostane pacient, pokud si např. přeje komunikovat s návštěvou, nebo sledovat oblíbený televizní pořad a jinou medikaci dostane, pokud si přeje odpočinout od bolesti spaním.⁴⁶ Veškeré léčebné postupy odsouhlasuje sám pacient. Lékaři také zjišťují postoj pacienta k život prodlužující léčbě, pokud již nebude schopen komunikovat.

Paliativní lékaři dávají umírajícím kromě tisíců léků na bolest také „lék naděje“ na perspektivu života, která jim v jejich těžké životní situaci uklidňuje duši. Velice často dochází k obnově vztahů a komunikace s členy rodiny. Léčí se tak rány a křivdy

⁴⁴ Srov. SLÁMOVÁ at al., *Praktický průvodce koncem života, Rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 93

⁴⁵ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče* [online], s. 7

⁴⁶ Srov. KALVACH Zdeněk, *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, s. 14

z minulosti, které umírajícího mnohdy velice tíží.⁴⁷ Po odpuštění starých křivd a urovnání vztahů v rodině, se vzduch vyčistí a pacienti umírají smíření a klidní.

2.2 Zdravotní – všeobecná sestra

Jedním z klíčových členů týmu je všeobecná sestra, která je nejčastěji v kontaktu s nemocným. Zdravotní sestra pečlivě vede kompletní dokumentaci pacientů a vyhodnocuje celkovou situaci v rodině umírajícího, nebo v hospici. Musí být schopna pracovat samostatně a týmově zároveň. Sestra nemusí mít speciální vzdělání v paliativní medicíně, ale musí být emočně stabilní, tolerantní, komunikativní, být schopna pracovat v týmu a mít lásku k lidem. Musí respektovat jedinečnost pacienta, jeho náboženské vyznání a zvyklosti. Terminálně nemocní pacienti jsou velmi citliví na obsah a způsob sdělované informace, proto zdravotní sestra musí umět empaticky a důvěrně komunikovat s pacienty a rodinou, a být schopna citlivě předávat pravdivé informace o průběhu nemoci. Musí rozumět a respektovat to, čím umírající a jeho blízcí prochází, respektovat jejich vzájemné vztahy, způsob jednání a hodnoty.⁴⁸

Zdravotní sestry aplikují ošetrovatelské postupy v souladu s moderními poznatky ošetrovatelství a to s ohledem na potřeby a přání umírajícího pacienta a jeho rodiny. Zdravotní sestra předvídá a eliminuje rizika vzniku zdravotních komplikací klientů zajištěním bezpečného prostředí, polohováním nemocného, přiměřenou hydratací a kontrolou fyziologických funkcí v souladu se stanoveným plánem péče. U nemocného pravidelně kontroluje symptomy nemoci jako je dušnost, nevolnost, zvracení, nespavost, monitoruje bolest a další obtíže ve spolupráci s ošetřujícím lékařem. Společně s ostatními členy týmu podporuje nemocného a jeho rodinu po psychické, emocionální a sociální stránce. Sestra v rámci svých pracovních kompetencí spolupracuje se všemi členy týmu, s nemocným a s jeho rodinou.⁴⁹ Práce sestry v hospicovém týmu, je velmi náročná, především po emocionální stránce. Vidí umírat pacienty téměř denně a zároveň podává psychologickou pomoc pozůstalým. Sestře se většinou pacienti svěřují jako první se svou bolestí, s přáními něco stihnout, udělat, někomu něco říct a s někým se setkat. Díky týmové spolupráci s ostatními členy, se tato většinou poslední přání pacientů daří splnit.

⁴⁷ Srov. SIEBEROVÁ Jana, *Hospic: příběh naplněné naděje*, s. 11

⁴⁸ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 55

⁴⁹ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče* [online], s. 7

2.3 Duchovní

Každý z umírajících pacientů, ať je věřící či nikoliv, touží zemřít v lásce a bezpečí. Duchovní služba je součástí hospicové péče a je vykonávána pastoračními pracovníky. Někdy se o umírající starají také řádové sestry. Duchovní služba pomáhá zmírnit utrpení spojené s nemocí a s myšlenkou konce života. V hospicích bývá modlitebna, kde jsou slouženy bohoslužby i jiné obřady. Pastorační pracovník v případě zájmu věřícího zprostředkovává kontakt s duchovními, kteří jsou blízcí víře umírajícího. Pastorece je velmi citlivě nabídnuta všem pacientům, odmítnutí je respektováno.⁵⁰ I nevěřící umírající pacient občas touží hovořit s duchovním, aby mu pomohl uzavřít kapitolu jeho života a mohl spočinout v klidu a bezpečí.

Priority potřeb umírajících pacientů se v průběhu onemocnění mění. Na začátku nemoci jsou v popředí zájmu nemocného jeho tělesné potřeby, v terminálním stavu nemoci se primárně jedná o potřeby zvládnutí bolesti a především o potřeby spirituální. Výčitky svědomí mnohdy způsobují větší utrpení než fyzická bolest, která se v dnešní době dá snadno zvládnout. Je třeba výčitky svědomí pacientů nezlehčovat a nepodceňovat, ale brát je jako příznak onemocnění duše. Díky týmové spolupráci lze umírajícímu zprostředkovat odbornou pomoc.⁵¹ Pacientům a jejich rodinám se tak dostává pomoci při pocitech zoufalství, utrpení a viny, ale třeba i odpuštění. Duchovní péče pomáhá pacientům s vyrovnáním se s nevyléčitelnou nemocí, kdy jsou závislí na pomoci druhých a zároveň ztrácí smysl života.

*„Jednou v blízkosti se smrti budeme všichni toužit dát své věci do pořádku. Budeme potřebovat kolem sebe blízkost druhých lidí, jejich lásku, péči a pozornost. Protože jedině tímto způsobem může do smrti vstoupit víra a naděje“.*⁵²

Člověk, který celý život žil podle křesťanských zásad, má právo podle nich i zemřít. Nelze vnucovat víru umírajícímu, který ji není ochoten ani schopen přijmout.⁵³

⁵⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 63

⁵¹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 135

⁵² SIEBEROVÁ Jana, *Hospic: příběh naplněné naděje*, s. 115

⁵³ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 95

2.4 Rodinní příslušníci

V konečné fázi života bývá pro umírajícího člověka ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého člověka, ať se jedná o rodinného příslušníka či někoho z přátel. Proto je rodina důležitým členem multidisciplinárního týmu, její funkce je nezastupitelná.⁵⁴ Umírající pacient může trávit čas v jejich společnosti, a tak není násilně vytržen ze svého přirozeného prostředí.

Rodinní příslušníci mohou být ubytovaní v hospici společně s nemocným, a tak mu být neustále na blízku. Pomáhají s péčí o umírajícího, mohou s pacientem mluvit, držet ho za ruku a hladit ho, i když umírající zdánlivě nic nevnímá. Nikdo z týmu nemůže tuto péči zastoupit, proto je rodina v týmu důležitá a nezastupitelná.

Rodinní příslušníci jsou nejdůležitější osoby při doprovázení umírajícího. Často jsou však právě rodinní příslušníci a přátelé umíráním jejich blízkého hluboce zasaženi. Tím že trpí s umírajícím a očekávají ztrátu milovaného člověka, jsou konfrontováni s vlastní smrtelností, strachem a nejistotou. Sami přitom potřebují podporu, aby toto těžké období zvládli.⁵⁵ Hospicový tým se snaží rodinným příslušníkům maximálně pomáhat. Poskytují jim pravdivé informace o zdravotním stavu pacienta, připravují je na reakce a průběh umírání a učí je doprovázet svého blízkého. Hospicový tým neustále sleduje potřeby a problémy příbuzných pacienta a snaží se jim maximálně vycházet vstříc. Rodina by měla mít především dostatek času na potřebný odpočinek.

2.5 Psycholog

Psycholog v hospici nabízí svou pomoc tím, že především naslouchá a povzbuzuje umírající a jejich blízké. Umírající často hledají odpovědi na otázky, se kterými si neví rady. Potřebují pomoc se zvládnutím strachu, zlosti a smutku z této náročné životní situace. Období umírání je náročnou životní etapou jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu a blízké. Psycholog je tím, kdo jim v tuto chvíli stojí na blízku, nabízí jim podporu a provázení.

Psycholog v hospicové péči hodnotí psychický stav (úroveň stresu, úzkost, deprese, kognitivní poruchy..), jak u umírajícího pacienta, tak u doprovázejících. Mapuje tak

⁵⁴ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 129

⁵⁵ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 63

potřeby nemocného a jeho blízkých, a nabízí pomoc s vyrovnáním se se zátěžovou situací. Věnuje pozornost komunikaci ve vztahu pacienta s rodinou, a rodiny ve vztahu k hospicovému týmu. Do zdravotní dokumentace zaznamenává vývoj psychického stavu umírajícího a je kompetentní v poskytnutí psychologické pomoci a podpory pozůstalých zemřelého.⁵⁶ Psycholog pomáhá umírajícím a jejich blízkým vyrovnat se s nejnáročnější životní etapou a nabízí jim provázení a podporu.

2.6 Dobrovolníci

Dobrovolníci v hospicovém týmu jsou velmi důležitým prvkem. Dobrovolníci pomáhají v hospicích tvořit domácí a útulnou atmosféru. Díky jejich práci a obětavosti, kterou věnují umírajícím pacientům, mnohdy nahrazují osamoceným pacientům rodinné příslušníky.

Aby byla rodina schopna doprovázet nemocného, musí mít možnost si odpočinout a nabrat síly. Je proto dobré, aby se do doprovázení umírajících zapojilo i širší okolí nemocného. Hovoříme zde o dobrovolnících, kteří by se měli rekrutovat zejména ze širšího příbuzenstva, sousedů, kolegů ze zaměstnání, přátel a rodiny. Pokud je umírající věřící, lze oslovit i farnost nebo sbor, ke kterému se nemocný hlásí. Dobrovolníci tak mohou být rodině velkou pomocí, když např. obstarají nákup, či na pár hodin pohlídají nemocného.⁵⁷ Rodina tak získá potřebný čas na to, aby si odpočinula a nabrala nezbytné síly pro péči o svého blízkého.

Dobrovolníkem se může stát každý. Nejdříve musí všichni absolvovat informativní přednášku a krátký kurz o péči s umírajícími. Dobrovolník si sám určí, o jakou činnost v hospici má zájem a kolik hodin týdně se jí chce věnovat. Zaměstnanci hospice evidují potřeby umírajících a jejich rodin a také celého zařízení. Činnost dobrovolníků pak řídí koordinátor dobrovolníků tak, aby vyhovovala jak nemocným, tak i poskytovatelům dobrovolných aktivit.⁵⁸ Ve většině případů řídí jejich činnost právě sociální pracovník.

Dobrovolníci působí v řadě činností. Jednak mohou umírajícím zpříjemnit pobyt na lůžku osobním rozhovorem, četbou z oblíbené knihy nebo poslechem hudby. Podávají kávu, čaj a jiné občerstvení nemocným a příbuzným. Mohou pomáhat na recepci hospice,

⁵⁶ Srov. *Standardy hospicové paliativní péče* [online], s. 7-8

⁵⁷ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 23

⁵⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 64

v administrativních záležitostech, při opravách prádla či drobných řemeslnických pracích. V některých hospicích nabízejí kadeřnické a holičské služby, manikúru a pedikúru, nebo se starají o zahradu.⁵⁹

Dobrovolníci musí být empatičtí, trpěliví, nesobečtí a být schopni vnímat skutečné potřeby umírajícího. Zájemci o činnost dobrovolníka procházejí důkladnou přípravou a stávají se součástí týmu, který o umírající pečuje. Od ostatních členů týmu dostávají psychologickou podporu, aby nevyhořeli. Jsou tak schopni pracovat v hospicovém týmu i desítky let. Mnohdy se dobrovolníkem stává pozůstalý, který v hospici dochoval svého blízkého a rád by svou dobrou zkušenost předával dál. V řadách dobrovolníků se stále častěji objevují lidé, kteří vykonávají velmi náročné profese. Těmto lidem zřejmě chybí pocit, že je jejich práce prospěšná a smysluplná.⁶⁰

„Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a jejich práce je společensky vysoce ceněna, přestože, anebo možná právě pro to, že ji dělají „jen“ pro radost!“⁶¹

2.7 Sociální pracovník

Sociální pracovník má nepostradatelnou roli v multidisciplinárním týmu. Sociální pracovník zde vystupuje jako koordinátor sociálních služeb a poradce pro pacienta a jeho rodinu při řešení vzniklé životní situace. Jeho hlavním zájmem je zlepšení kvality života nemocného a jeho rodiny v psychosociálním kontextu.⁶²

Sociální pracovník nabízí svou pomoc jak nemocným, tak pečujícím osobám, a to jak praktickou, tak i emocionální. Musí mít přehled o dostupných a vhodných službách pro terminálně nemocné a jejich rodiny, které nabízí státní i nestátní sektor.⁶³ Pomáhá rodině zorientovat se např. v sociálních dávkách, na které může mít nemocný a rodina případně nárok. Pomáhá rodině v organizaci péče o nemocného, koordinuje péči a přístup kvalifikované péče k nemocnému.

⁵⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 63

⁶⁰ Srov. SLÁMOVÁ at al., *Praktický průvodce koncem života, Rozcestník pro nemocné a pečující*, s. 96

⁶¹ SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 124

⁶² Srov. SLÁMA Ondřej at al., *Paliativní medicína v praxi*, s. 333

⁶³ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 205

2.8 Komunikace v týmu.

Důležitým předpokladem dobrého fungování multidisciplinárního týmu je komunikace. Každý v týmu je stejně důležitý, a aby spolupráce mezi členy týmu dobře fungovala, musí být komunikace mezi všemi vždy partnerská. Marková dělí komunikaci multidisciplinárního týmu na formální a na neformální.⁶⁴

Do formální komunikace spadá především vedení jednotné písemné dokumentace nemocného, kam všichni z týmu, pacient nebo i rodina, zapisují veškeré údaje potřebné k zabezpečení celkové pohody pacienta. Tato dokumentace je dostupná všem profesionálům z týmu, pacientovi a s jeho svolením i např. dobrovolníkům. Důležité jsou záznamy z domácí hospicové péče, které pomáhají sestře zhodnotit zdravotní stav pacienta v době její nepřítomnosti.

Mezi formální komunikaci patří především pravidelné schůzky-porady multidisciplinárního týmu, kde každý člen týmu představí ostatním svůj úhel pohledu na celkovou situaci umírajícího. Tyto porady se konají buď denně, nebo několikrát týdně, dle potřeb jednotlivých hospicových zařízení. Lékař zde informuje členy týmu o diagnóze, prognóze a nastavené medikaci pacienta. Lékař také schvaluje, nebo zamítá žádost pacienta o přijetí do hospicové služby. Staniční zdravotní sestra doplňuje informace o stavu pacienta z hlediska ošetrovatelského, seznámí tým s aktuálními problémy a potřebami umírajícího. Ke stavu nemocného se vyjadřuje i psycholog, který obeznámí členy týmu s duševním stavem pacienta. Důležitou roli zde má i sociální pracovník, který týmu představuje žádosti o hospicovou službu pacientů, stručně charakterizuje zdravotní stav nových pacientů a možnosti hospicové péče. Poskytuje týmu nezbytné podklady o aktuální situaci v rodině klienta, zejména pokud zde nejsou dobré vztahy. Zpravuje tým o sociální situaci, rodinném zázemí a problémech nových a stávajících pacientů, a jejich rodin. Informuje o přáních klienta a o nepodávání informace o zdravotním stavu např. konkrétní osobě. Duchovní pak představuje spirituální potřeby pacienta. Cílem a účelem těchto schůzek týmu je, aby všichni získali celkový pohled na potřeby umírajícího a jeho rodiny, a tím společně našli možnosti k naplnění potřeb umírajícího.⁶⁵

V neformální komunikaci dle Markové je důležité, aby si členové hospicového byli skutečně nablízku, aby byli všímaví vůči sobě navzájem a vnímali potřeby všech kolegů.

⁶⁴ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 36

⁶⁵ tamtéž, s. 36

Jednotliví kolegové mohou být vyčerpaní a frustrováni smutkem a napětím prožívaných situací s umírajícími lidmi, a tak by měli dostat možnost se svěřit svým kolegům a vyjádřit své emoce, aby pak mohli nadále kvalitně odvádět svou náročnou práci.⁶⁶ Aby komunikace v týmu fungovala správně, je důležitá úcta nejen k pacientům, ale i ke všem kolegům a především k samotnému životu.

Sociální pracovníci jsou rovnocennými partnery jednotlivých profesí v týmu, ale měli by svou úlohu již zpočátku objasnit a zdůraznit všem členům. Plní zde především úkol spojovacího článku, tzv. *odborníka na spolupráci*, který je školen s důrazem na týmové, komunikační a konflikty zvládající schopnosti.⁶⁷ Každý z týmu by měl mít možnost vyjádřit svůj názor a společně se tak zapojit do péče o pacienta. Tato otevřenost a rovnost členů týmu je typická pro hospicový multidisciplinární tým. Jak jsem již zmínila výše, komunikace mezi jednotlivými kolegy je velice důležitá. Každý z týmu vidí situaci klienta pouze ze svého úhlu pohledu, když se pak jednotlivé střípky informací dají dohromady, zobrazuje se pravdivější a ucelenější obraz o situaci klienta, než kdyby mezi sebou členové týmu nekomunikovali.

3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V HOSPICOVÉM TÝMU

Předmětem této kapitoly je představit roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu. V předchozí kapitole jsme si nastínili jednotlivé představitele multidisciplinárního týmu, jejich charakteristiku a jejich nezastupitelné dovednosti. V této kapitole se budeme věnovat osobě sociálního pracovníka v hospicovém týmu jako takové. Specifikujeme jeho roli v týmu, jeho funkce, které v týmu zastává, a jeho výjimečné dovednosti a osobnostní předpoklady. Práce v hospicovém týmu se zásadně liší od práce v jiném sociálním zařízení, nikde totiž není sociální pracovník v neustálém kontaktu s umírajícími lidmi a jejich bezmocnými a bezradnými blízkými. Sociální pracovník tak musí empaticky poskytovat podpůrnou péči klientům, která vychází z chápajícího a nesoudícího vztahu. Také odborné znalosti sociálního pracovníka výrazně přispívají ke zlepšení kvality života umírajících. Řešením vzniklé tíživé situace klienta, pomáhá ke zlepšení celkové atmosféry v jeho rodině.

⁶⁶ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 37

⁶⁷ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 52

Tato část bude zaměřena na pracovní náplň sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu, kterou jsem rozdělila do pěti oblastí – informační a poradenská činnost, administrativa, práce s klientem, komunikace a doprovázení, na práci s rodinou klienta a péče o pozůstalé a práci s dobrovolníky.

3.1 Sociální práce

Definice sociální práce dle Matouška:

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.) Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, a jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.“⁶⁸

Sociální práce využívá psychosociální kompetenci a tím je především zodpovědná za úkoly spojené s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci klientům, se školením členů týmu, sociálně právním poradenstvím apod.⁶⁹

3.2 Sociální pracovník

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §109 o sociálních službách, v platném znění, definuje sociálního pracovníka takto: *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“*

⁶⁸ MATOUŠEK Oldřich, *Slovník sociální práce*, s. 200-201

⁶⁹ Srov. TOMEŠ Igor at al., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, s. 68

Sociální pracovník by měl splňovat kritéria obsažená v ustanovení §110 zákona č.108/2006 Sb. O sociálních službách, mezi které patří např.:

- odborná způsobilost – vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitní práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- vysokoškolské vzdělání – získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku
- absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech

„Sociální práce v paliativní péči znamená propojení zdravotní a sociální péče. Sociální pracovník by proto měl mít relevantní znalosti z oblasti medicíny, psychologie, psychoterapie, etiky, pedagogiky, práva, sociální politiky atd. Vedle odborných znalostí jsou v kontextu paliativní péče důležité i určité osobnostní charakteristiky, zejména schopnost zachovat profesionální přístup i v emočně vypjatých situacích, schopnost komunikovat, ctít lidskou důstojnost, dodržovat určitou morálku a etiku. K tomu patří i schopnost neustále se vzdělávat a mít rozhled v různých společenských oborech.“⁷⁰

Aby mohl sociální pracovník vykonávat svou práci v hospicovém týmu, musí mít odborné předpoklady a stále se vzdělávat v problematice paliativní péče.⁷¹

3.3 Dovednosti a osobnostní předpoklady sociálního pracovníka

Sociální pracovník by měl být především schopen umět projevit vřelost a soucit, být trpělivý a empatický, a také by měl umět druhým naslouchat. Naopak by sociální pracovník neměl okamžitě a samostatně rozhodovat, nýbrž se ptát a povzbuzovat klienta, uschopňovat a společně se pak dopracovat k pomoci.⁷² Pokud sociální pracovník zjistí, že některé potřeby a přání pacienta jsou nad rámec jeho kompetencí, obrátí se o pomoc na ostatní členy týmu.

⁷⁰ BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 100

⁷¹ Srov. tamtéž, s. 68

⁷² Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 155

3.3.1 Empatie

Empatie obecně znamená schopnost vcítit se do pocitů a jednání klienta a měla by být nedílnou složkou jeho osobnostních dovedností. Úzce souvisí s nasloucháním a vnímáním neverbální komunikace. Empatický sociální pracovník je tak schopen zacházet s emocemi, vcítovat se do situace klienta, je emocionálně schopen se ztotožnit s viděním, cítěním a chápáním klientovo obtížné situace. Empatie patří vedle opravdovosti a vřelosti k nejdůležitějším podmínkám úspěšné práce s klientem.⁷³ Empatický sociální pracovník se dokáže vcítit do situace nemocného a jeho rodiny, a tím je schopen efektivně zvládnout vyřešit složitou životní situaci zúčastněných.

3.3.2 Přitažlivost

Sociální pracovník se pro klienta může stát přitažlivým, nejen díky svému zevnějšku, ale především pro svou odbornost a pověst, které se těší. Přitažlivým může být sociální pracovník tím, jak se ke klientům chová a zda je s klientem v blízké názorové a myšlenkové rovině.⁷⁴ Sociální pracovník by měl být slušně a čistě oblečený, a na první pohled působit přitažlivým, ne odpudivým dojmem. Měla by z něj být cítit přirozená autorita a schopnost být nad věcí, byť s velkou dávkou sociálního cítění.

3.3.3 Důvěryhodnost

Důvěryhodnost se podle S.R. Stronga (1968) skládá z toho, jak klient vnímá smysl sociálního pracovníka pro čestnost. Důležitou roli zde také hraje srdečnost a otevřenost, jeho sociální role a nízká motivace pro vlastní prospěch. Lze vymezit složky, které přispívají k důvěryhodnosti pracovníků:

- Diskrétnost - to co klient sociálnímu pracovníkovi řekne, se nedostane k dalším lidem
- Spolehlivost - klienti mohou sociálnímu pracovníkovi věřit, že jim nelže
- Využívání moci – pokud se klient sociálnímu pracovníkovi svěří, bude se mu pracovník věnovat
- Porozumění – pokud bude klient o sobě vyprávět, bude mu sociální pracovník naslouchat a snažit se ho pochopit⁷⁵

⁷³ Srov. MATOUŠEK Oldřich, *Slovník sociální práce*, s. 54

⁷⁴ tamtéž, s. 52

⁷⁵ STRONG S.R., *Journal of Counseling psychology* citováno podle MATOUŠKA, *Sociální práce v praxi*, s. 53

3.3.4 Komunikace

Předpokladem k vykonávání funkce sociálního pracovníka v hospici, je schopnost komunikace. Především slušné, klidné a trpělivé vystupování a seriózní jednání jak s pacienty a jejich rodinami, tak se všemi členy týmu. Předností sociálního pracovníka je také fyzické zdraví, které není sice podmínkou, ale předností. Sociální pracovník by také měl mít dobré rodinné zázemí,⁷⁶ aby případné problémy nepřenášel do zaměstnání. Z důvodu předcházení syndromu vyhoření je důležité, aby měl sociální pracovník čas na zájmové činnosti či koníčky a především čas na odpočinek. Měl by dbát o svou duševní a fyzickou stránku, být optimisticky naladěný a svou pozitivitu přenášet na své spolupracovníky a klienty.

Komunikační dovednost je nezbytná schopnost, kterou sociální pracovník musí ovládat. Může tak volit vhodná slova k navázání kontaktu s klientem, který se nachází v těžké sociální situaci.

K těmto čtyřem základním dovednostem počítá G. Egan (1986) ještě tyto dovednosti:

- fyzickou přítomnost – pracovník klientovi účelně pomáhá už tím, že se s ním pravidelně setkává
- naslouchání – schopnost přijímat a rozumět verbálním a neverbálním signálům, které klient otevřeně nebo skrytě vysílá.
- analýza klientových prožitků – schopnost dokázat vyjádřit a popsat klientovo chování a pocity, které prožívá⁷⁷

Hospicová zařízení vycházejí z holistického přístupu a jsou tak postavena na vzájemné spolupráci všech profesí. Sociální pracovník musí umět komunikovat se všemi členy multidisciplinárního týmu. Respektuje názory a postoje ostatních členů týmu a jedná se všemi na partnerské úrovni a to vždy v zájmu klienta. Radost všem členům týmu pak přináší spokojenost nemocných.

⁷⁶ Srov. KUPKA Martin, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 47

⁷⁷ EGAN G., *The skilled helper. A Systematic approach to effective helping* citováno podle MATOUŠKA, *Sociální práce v praxi*, s. 53

3.4 Role sociálního pracovníka

České hospicové hnutí se rozvinulo bez asistence sociálních pracovníků. Zdravotníci měli představu, že je sociální pracovník většinou jen asociální úředník bez emocí, a tak tuto práci vykonávaly většinou zdravotní sestry. Tato očeřující nálepka se časem strhla a sociální pracovník se díky své odbornosti a především lidskosti, upřímnosti a umění naslouchat, stal plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník se především zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby, a nabízí tak pomoc praktickou i emoční, jak terminálně nemocným, tak jejich pečujícím.⁷⁸

Pozice sociálního pracovníka by měla být obsažena v každém hospicovém multidisciplinárním týmu, protože jeho osobnost funguje jako opora pacienta a jeho rodiny, a zároveň jeho práce směřuje k zachování života. Sociální pracovník je ve vztahu ke klientovi především poradcem, který pomáhá klientovi a jeho rodině získat celkový náhled na vlastní rodinnou, finanční, sociální a psychickou situaci. Sociální pracovník působí také jako zprostředkovatel služeb a pečovatel. Spolupracuje s úřady např. se správou sociálního zabezpečení, úřadem práce či zaměstnavatelem klienta. Pomáhá vyhledávat klientům i jiné dostupné sociální služby, doprovází je na úřední jednání a pomáhá se všemi činnostmi, které klient z důvodu svého onemocnění již sám nezvládne. Sociální pracovník pomáhá i rodině, která mnohdy byla na klientovi závislá a nyní se musí začít osamostatňovat.⁷⁹

3.5 Náplň práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu

Práce sociálního pracovníka má v hospici nezastupitelné místo. Jeho celostní biopsychosociální perspektiva práce zohledňuje celou osobu klienta v jeho životě a v jeho životní situaci. K jeho naplnění mu pomáhají specifické metody sociální práce a profesionální kompetence, které využívá k plnění specifických úkolů v kontextu umírání, smutku a truchlení.

- Za pomoci sociální práce vede sociální pracovník umírající a jejich blízké k překonání situace umírání (podpoří otevřenou komunikaci)
- Podporuje umírající a jejich blízké k uchování práva na sebeurčení (vyslechne přání a požadavky umírajícího, a posílí jeho pocit bezpečí navzdory jeho bezmoci)

⁷⁸ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 204-205

⁷⁹ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 99-100

- Zastupuje zájmy umírajícího a jeho blízkých (práce s veřejností, vzdělávání, reprezentuje přání nemocných – působení proti stigmatizaci)
- Začleňuje umírající a proces umírání zpět do společnosti (čelí hrozící izolaci použitím sociálních zdrojů - dobrovolníci, vzdělání)
- Pomáhá umírajícím s vypořádáním se s životními křivdami truchlících (podpora pozůstalých)
- Vnáší umírání a smrt do povědomí veřejnosti (rozšiřuje myšlenku hospice prostřednictvím kontaktů s ostatními službami)⁸⁰

Mezi hlavní úkoly sociálního pracovníka patří podávání informací o nárocích, zdrojích a možnostech pomoci, zprostředkování znalostí o právních a finančních podmínkách, které by pomohly ke zmírnění strachu a obav klienta v jejich tíživé situaci. Důležitá je schopnost podpory komunikace s klienty, kteří se nacházejí v krizových situacích, kde mohou být objeveny zdroje a možnosti rodinných příslušníků. Neocenitelnou oporou sociálního pracovníka při zvládnání úkolů je rozvoj schopnosti důvěry v sebe sama, pomáhá tak rodině zvládnout těžkou situaci v doprovázení terminálně nemocného blízkého. Neodmyslitelnou součástí sociální práce v hospici je péče o pozůstalé, pro které je stěžejní vědět, na koho se mohou se svým smutkem obrátit a jak se se ztrátou blízkého vyrovnat.⁸¹

V zájmu všech členů hospicového týmu, a především s ohledem na blaho klienta, je úkolem sociálního pracovníka podpora soudružnosti a spolupráce všech zúčastněných. Jedná se především o navázání vztahů v psychosociální péči, vzdělávání, školení, administrativní podpoře, aktivizaci zdrojů a v práci s veřejným sektorem.⁸²

Sociální pracovník dodržuje etický kodex a vnitřní předpisy hospicového zařízení.

⁸⁰ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 110

⁸¹ tamtéž, s. 108

⁸² tamtéž, s. 109

3.5.1 Poradenská a informační služba

Prvním, s kým přijde zájemce o hospicovou službu do kontaktu, je sociální pracovník, který dané zařízení reprezentuje. Je proto důležité, aby sociální pracovník ovládal kultivovaný způsob komunikace a měl příjemné vystupování.

Klient, nebo jeho rodina, kontaktuje sociálního pracovníka většinou telefonicky a sociální pracovník jim poskytne základní informace o nabízené hospicové službě. Seznámí je možnostmi platby za službu a požádá je, o doručení zdravotní a ostatní nezbytné dokumentace. Pokud se klient rozhodne pro hospicovou péči, domluví si s klienty osobní setkání v hospici, kde společně sepíší a uzavřou smlouvu o hospicové péči.

Někdy se na sociálního pracovníka obracejí vyčerpaní dlouhodobě pečující, kteří již nemají sílu pokračovat v péči o jejich blízkého. Tito rodinní příslušníci většinou potřebují povzbuzení, ujištění a podporu, že dělají pro svého blízkého to nejlepší, a že pokud se stav nemocného zhorší, může být umírající do hospicové péče přijat. Pokud tato situace nastane a pečující o lůžkovou hospicovou službu požádá, sociální pracovník je tím, který žadatele o přijetí do hospicové služby informuje. S klientem a jeho rodinou pak domlouvá podrobnosti nástupu do péče. Zároveň je informuje o dalších možnostech péče v regionu.⁸³

K dalším povinnostem sociálního pracovníka patří vykonání sociálního šetření u klienta, za účelem zjištění reálného stavu a potřeb klienta a jeho rodiny. Dále poskytuje sociální poradenství a krizovou pomoc uživatelům hospicové služby a jejich blízkým.

Pro uživatele hospicové služby vytváří podmínky důstojného prostředí a zacházení při poskytování služby. Vytváří podmínky pro kvalitní a standardizovanou realizaci činností při zohlednění individuálního přístupu k uživateli hospicové služby.

3.5.2 Administrativa

Administrativní práce se nevyhne ani sociálnímu pracovníkovi. Sociální pracovník přijímá a eviduje žádosti o přijetí do hospicové péče. Pokud je nemocný hospitalizovaný v nemocnici, vyjednává s rodinou vše potřebné k jeho převozu do hospice. Sociální pracovník s klientem a jeho rodinou projednává a sepisuje smlouvu o péči, seznamuje je s režimem hospice, možnostmi, příležitostmi a s nabídkou aktivit v hospici. V některých

⁸³ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 12

hospicových zařízeních bývá Centrum denních služeb, kde se aktivizační pracovnice individuálně věnuje pacientům. Dále se jedná o možnost individuálního denního režimu pro nemocného, nebo o dovybavení pokoje vlastními věcmi, které má nemocný rád, aby se cítil jako doma. Nabídne jim možnost doprovázet umírajícího, možnou návštěvu duchovního či psychoterapeuta, a také je seznámí s nepostradatelnou službou dobrovolníků.

Sociální pracovník si nejprve zjistí veškeré pro sociální práci potřebné informace o sociálním zázemí klienta, pak si stanoví sociální problém, ale i plán jeho řešení. Nejčastěji řeší problémy ohledně dosílky důchodů, výplaty nemocenských dávek, záležitosti týkající se osobního účtu klienta, řeší různé půjčky a dluhy klienta, nebo vyřizuje jeho neplatný občanský průkaz. K jeho činnostem také patří pomoc se sepsáním závěti, převod majetku mezi pozůstalé, zajištění návštěvy notáře v hospici, vyřizuje plnou moc pro rodinu, zabezpečuje ověření podpisu klienta, žádá o příspěvek na péči, či pomáhá s výpovědí z nájmu apod.⁸⁴ Z důvodu přijímání nemocných, kteří vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nejsou schopni písemného souhlasu s umístěním do péče a podpisu smlouvy o péči, spolupracuje sociální pracovník s úřady a se soudem.

Finančně se nemocní na péči podílejí jen z části, většinou k tomu stačí důchod nemocného, nebo nemocenská. Sociální pracovník řeší výši platby individuálně, pokud klient nemá přiznán příspěvek na péči, okamžitě o něj zažádá.⁸⁵ Sociální pracovník pak často urguje lékaře a sociální odbor o uspíšení vyřízení žádosti.

Sociální pracovník administruje platby za pobyt od pacientů a příbuzných, kompletuje chorobopisy a odesílá lékařské zprávy.⁸⁶

V kompetenci sociálního pracovníka společně s ostatními členy multidisciplinárního týmu je, zaznamenávat realizaci péče do individuálního plánu určených přání a potřeb klienta. Do tohoto plánu se zapisují osobní cíle klienta a jejich plnění, hodnocení průběhu plnění a případné stanovení nového cíle. Písemné záznamy a pravidelné vyhodnocování individuálního plánu jsou základním požadavkem vyplývající z § 88 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Individuální plánování přání a potřeb vede především ke zlepšení kvality života umírajících a jejich spokojenosti.

⁸⁴ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 101

⁸⁵ Srov. SVATOŠOVÁ Marie a PALÁN Aleš, *Neboj se vrátit domů*, s. 154

⁸⁶ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 15

Povinností sociálního pracovníka je sledovat změny v legislativě a informace o zásadních změnách předává všem kolegům v týmu. Také spolupracuje s multidisciplinárním týmem při tvorbě koncepčních a metodických materiálů souvisejících se službou. Vyhodnocuje aplikaci platných právních předpisů a včas signalizuje možné problémy. Dává podněty k úpravě koncepčních, metodických a jiných materiálů týkající se služby a spolupracuje na jejich tvorbě nebo aktualizaci. Ve své činnosti vždy postupuje podle platných právních a vnitřních předpisů a postupů.

Sociální pracovník aktivně spolupracuje při propagaci a zviditelnění hospicové služby v mikroregionu. Pro řádné poskytování služby vytváří a udržuje horizontální a vertikální kontaktní síť. Sociální pracovník zabezpečuje řádné vedení a archivaci sociální dokumentace.

Úkolem sociálního pracovníka je také organizování různých aktivit hospice. Jedná se o setkávání pozůstalých, vytváření přáníček k narozeninám, organizování oslav, výročí či narozenin klientů z tohoto důvodu by měl mít dobré organizační schopnosti.

3.5.3 Práce s klientem, komunikace a doprovázení

Mnozí si stále myslí, že povídání si s klienty zvládne každý, ale zapomíná se na to, že to není jen nějaké tlachání. Rozhovor s umírajícím má svůj cíl, směr, význam a sociální pracovník má k němu nástroje a metody, tento rozhovor umí klientovi pomoci.

K tomu, aby mohl sociální pracovník lépe reagovat na chování umírajícího, měl by znát jednotlivé fáze vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí. Americká psycholožka Elisabeth Kübler- Rossová v roce 1969 zavedla tzv. model pěti fází smutku. Na základě jejího výzkumu s nevléčitelně nemocnými a umírajícími pacienty popsala, jak se lidé v jednotlivých fázích vyrovnávají se skutečností smrtelného onemocnění.

1. Popírání – nemocný v prvním stadiu je v šoku a svou diagnózu popírá. Např. „Tohle není můj případ, to určitě není pravda.“ To musí být nějaký omyl.
2. Hněv - ve druhé fázi je pacient našťvaný, vzteká se, může odmítat spolupráci. Dává si otázku: „Proč já?“
3. Smlouvání – ve třetím stadiu se nemocný snaží vyjednávat, hledá zázračné léky či alternativní formy léčby, je ochoten vynaložit veškeré své úspory, jen aby si mohl život prodloužit.
4. Deprese – ve čtvrtém stadiu si nemocný již svou nemoc uvědomuje, prožívá pocity strachu, úzkosti a beznaděje. Umírající má strach o budoucnost svých blízkých.

5. Akceptace – v posledním stadiu dochází k vyrovnávání se s blížící se smrtí, dochází k ústupu úzkosti, nemocný je již schopen spolupracovat a komunikovat s okolím.

Jednotlivé fáze nemusí následovat dle pořadí, ani nemusejí u umírajících proběhnout všechny. Někteří umírající např. bojují s nemocí až do úplného konce, zůstávají tak ve fázi popírání. Smiřování se se smrtí je tedy individuální proces, kde platí nutnost individuálního přístupu a přijetí jedinečnosti každého z klientů.⁸⁷ Je důležité si uvědomit, že jednotlivými fázemi vyrovnávání si prochází pacient, ale i jeho rodina. V některých případech se rodina nachází o několik fází za umírajícím. Hospicový tým musí umět rozpoznat, v jaké fázi se umírající a jeho rodina nacházejí, aby věděli, jak s jejich emocemi a střídajícími se fázemi pracovat.

Za pomoci jednotlivých fází vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí by měl sociální pracovník umět odhadnout, jak se k nemocnému přiblížit a jaký odstup si zachovat. Měl by být odborníkem, který v práci s umírajícím člověkem musí být především člověkem. Měl by být vždy upřímný, trpělivý, věrný a vytrvalý, a především si umět na nemocného udělat dostatečný čas. V doprovázení umírajících je primární jednat opravdově, neskrývat bolest a nejistotu, a především umět nemocnému naslouchat a chápat.⁸⁸ Sociální pracovník by si na rozhovor s umírajícím měl vyčlenit dostatečný čas, působí krajně nevhodně, pokud se v průběhu rozhovoru omluví, že musí odejít, protože má naplánovanou další schůzku.

Zásadní dovedností sociálního pracovníka je komunikace a právě komunikace s umírajícím představuje postoj sociálního pracovníka k vlastní smrtelnosti. Je důležité mít na paměti, že na smrt se nelze nikdy připravit. Sociální pracovník přijímá a sděluje informace, formou rozhovoru, čímž snižuje napětí u klienta a jeho rodiny a pomáhá snižovat úzkost. Informace o minulosti klienta, o současné situaci, ale i o budoucnosti klienta zaznamenává do plánu sociální práce s klientem. Klient si uvědomuje svůj konec životní cesty, který je třeba nezlehčovat, ani ho popírat. Obava umírajícího z konce života vede i k obavě blízkého ze setkání s umírajícím. Sociální pracovník musí těmto problémům čelit a snažit se svým působením, aby nedošlo u klienta k sociální izolaci.⁸⁹

⁸⁷ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 33-34

⁸⁸ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 205

⁸⁹ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 106

Umírající mnohdy se sociálním pracovníkem řeší vlastní smrt a pohřeb. Tato situace představuje pro sociálního pracovníka velmi citlivé a jemné jednání s klientem, který potřebuje pomoc s řešením pro něj velice důležité a citlivé záležitosti.⁹⁰

Sociální pracovník v paliativní péči získává informace od celého pracovního týmu, a také tomuto týmu získané informace od klienta včasné a pravdivě předává. Získané ucelené informace umožní klientovi rozhodovat se o své budoucnosti a zároveň může spolupracovat na výběru sociálních služeb, které mohou zkvalitnit poslední fázi života umírajícího. Informace s obsahem přiměřené naděje (omezení bolesti, nebo že se setká s dávným přítelem) jsou pro umírajícího velmi povzbuzující.⁹¹

Umírající nemocný má se sociálním pracovníkem vztah vybudovaný na důvěře. Pacient dostává ucelené a srozumitelné informace získané ze všech zdrojů multidisciplinárního týmu v pravý čas. Pokud některé informace nemocný nechce rodině sdělit, snaží se mu sociální pracovník vysvětlit, proč by mělo být sdělení informace rodině pro jeho péči důležité. Zároveň se společně s psychologem snaží klientovi důležitost sdělené informace pochopit. Zkušený sociální pracovník, je za přispění nutné empatie, schopen pomoci rodině a umírajícímu řešit i otázky, které nebyly bezprostředně vyřčené. U všech činností spojených s péčí o klienta je třeba notná dávka empatie, klidu, rozvahy a celkové pohody. Klient musí být vždy respektován a to, i když již není schopen komunikace.⁹² Pokročilé stadium nemoci u umírajících pacientů představuje pro nemocného a jeho rodinu velkou psychickou zátěž, proto je potřeba klienta podporovat, aby se snáze s tímto stavem vyrovnal. S umírajícím člověkem je nutné komunikovat do poslední chvíle důstojně, je třeba mu naslouchat, držet ho za ruku, říkat mu vlídná slova, nebo se ho dotýkat. I když umírající již není schopen udržet oční kontakt, je schopen pouze gestikulace, nebo hýbe jen očima pod víčky, musí být komunikace s ním maximálně citlivá. Umírajícímu se snažíme pomoci potlačit strach ze smrti a vyrovnat se se svým osudem.

Sociální pracovník plní úkoly spojené se zajišťováním sociální pomoci, snaží se umírajícím plnit přání a sny, zaměřené např. na setkání s konkrétním člověkem. Umírající, mnohdy upoután na lůžko, se často touží setkat s lidmi, které z nějakého důvodu dlouho neviděl, chtěl by se jim třeba omluvit, nebo jim odpustit. Mnohdy by jim

⁹⁰ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 106

⁹¹ tamtéž, s. 106

⁹² tamtéž, s. 106

rád poděkoval a řekl, že je má moc rád.⁹³ Sociální pracovník tak mnohdy plní nelehký úkol s vyhledáváním starých přátel a příbuzných umírajícího. Tato setkání jsou velmi krásná a mívají hodně emotivní náboj. Umírající pak odchází smířený a klidný, že učinil v životě vše, co si přál.

3.5.4 Práce s rodinou klienta a péče o pozůstalé

Důležitým prvkem v práci sociálního pracovníka jsou rozhovory a psychická podpora rodiny umírajícího, jejímž cílem je přijetí zdravotního stavu jejich blízkého, přijetí blízké smrti, a především podpora rodiny v době úmrtí a po úmrtí. Jednotlivé rozhovory s příbuznými těžce nemocného klienta plní často funkci nejen informativní, ale i podpůrnou. Příbuzní se většinou potřebují někomu svěřit, popovídat si o své těžké situaci a sdělit své emoce někomu, kdo je poslouchá. Sociální pracovník s nimi často hovoří i o velmi citlivých tématech, jako je např. úmrtí nemocného, o jeho informovanosti s vlastní diagnózou a prognózou.

Sociální pracovník by měl prvotně zmapovat situaci rodiny umírajícího, aby věděl, s jakým typem rodiny vlastně pracuje. Musí pak volit takový postup pomoci, aby rodina po smrti klienta byla schopna dál fungovat. Sociální pracovník rodině nabídne pomoc se zařízením pohřbu, finančním zabezpečením pozůstalých, s právními otázkami dědického řízení, a také s případným zajištěním nezletilých dětí zemřelého. Nabídne pozůstalým i další odbornou pomoc.⁹⁴ Po úmrtí jejich blízkého, je důležité provázet je obdobím bolesti a hledání, a ukázat jim cestu, jak žít dál se ztrátou blízkého člověka.⁹⁵ Pozůstalí potřebují vědět, že mohou kdykoliv do hospice přijít, popovídat si a podělit se o své trápení. Je také dobré sdělit pozůstalým, že tím že byli až do konce se svým blízkým, udělali obrovský kus práce. Potřebují především pochvalu a ocenit jejich snahu, a také ujištění, že nemusí mít pocit viny, že něco neudělali správně či nedotáhli do konce.

Pro kvalitní komunikaci sociálního pracovníka s rodinou je dobré znát její vnitřní vztahy, které mnohdy nebývají jednoduché. Při komunikaci s jednotlivými členy rodiny musí být sociální pracovník nestranný, nesmí se přiklánět k pocitům nikoho z členů rodiny. Pokud však vládnou v rodině velice blízké vztahy s umírajícím, bývá velmi těžká komunikace a navázání partnerského vztahu. Rodina je tak citově závislá na umírajícím,

⁹³ Srov. MATOUŠEK Ondřej at al., *Encyklopedie sociální práce*, s. 375

⁹⁴ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 101

⁹⁵ Srov. SIEBEROVÁ Jana, *Hospic: příběh naplněné naděje*, s. 67

že vyžaduje neustálý kontakt se zdravotníky, aby se ujistila, že je o umírajícího dobře postaráno. Zde je důležité si uvědomit, že rodina situaci nezvládá, bojí se, a je tedy nutné s rodinou jednat zdvořile a s maximální ohleduplností. Jen tak může být nastolena vzájemná důvěra a rodina pak bude schopna lépe spolupracovat. Uvnitř některých rodin se naopak nacházejí konfliktní vztahy, které není jednoduché na první pohled rozpoznat. Rodina většinou neventiluje své chování před zdravotníky. O těchto vztazích se sociální pracovník dozvídá až při navázání důvěrného vztahu s rodinou, nebo od kolegů z multidisciplinárního týmu. Každá rodina má svůj příběh a úkolem sociálního pracovníka není vztahy v rodině narovnávat. Sociální pracovník se vyhýbá jakýmkoliv soudům a ve svém úsudku, se nepřiklání k žádnému členu rodiny umírajícího pacienta. Trpělivě všem naslouchá a s maximální upřímností se snaží pomoci⁹⁶ ke smíření, k akceptaci dané situace, a to co nejdříve, aby mohli zbývající čas s nemocným prožít co nejintenzivněji. Jen tak je možné jejich utrpení zmírnit a ukázat jim, kudy vede cesta dál.⁹⁷

Smrt milovaného člověka patří k nejtěžším ztrátám, které nás mohou v životě postihnout, protože smrtí milovaného člověka ho ztrácíme navždy. Pozůstalí v této situaci prožívají hluboký zármutek, mají pocit, že se jejich svět zhroutil, a že jejich život již nemá žádný smysl. Sociální pracovník by měl být natolik zkušený, aby byl schopen rozpoznat u pozůstalých atypickou formu zármutku, která se liší především v intenzitě a v délce truchlení, ne ve způsobu. Někteří pozůstalí sami vycítí, že již nemohou dál a vyhledají si odbornou pomoc. Pokud si to však sami neuvědomují, záleží na zkušenostech sociálního pracovníka, aby si např. u rozhovoru s pozůstalými všiml, že je třeba co nejrychleji zahájit krizovou intervenci.⁹⁸ Kontakt pozůstalých s hospicem může být i ve formě korespondence, která se udržuje různě dlouhou dobu a citlivě, dle odezvy. Sociální pracovník vycítí podle délky napsaného textu a frekvence doručených dopisů, zda je třeba pozůstalému poskytnout pomoc např. ve formě psychoterapie. Pokud se intervaly mezi dopisy časem prodlužují a dopisy se začínou zkracovat, vede proces truchlení ke zdárnému konci.⁹⁹

⁹⁶ Srov. SIEBEROVÁ Jana, *Hospic: příběh naplněné naděje*, s. 37-38

⁹⁷ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 130

⁹⁸ Srov. ŠPATENKOVÁ Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, s. 69-72

⁹⁹ Srov. MATOUŠEK Oldřich at al., *Sociální práce v praxi*, s. 207

Pro pozůstalé je z psychologického hlediska velice důležité, aby se se svým blízkým dostatečně rozloučili. Pokud by tak neučinili, rozloučení by jim chybělo, jejich proces vyrovnání se se smrtí blízkého a uzavření jeho kapitoly života by narušilo proces truchlení, který by mohl být pak dlouhý a komplikovaný. V takových případech je možnost účasti ve svépomocných skupinách, kde se pozůstalí setkávají a prožívají truchlení společně.¹⁰⁰ Rozloučit se se svým blízkým mohou pozůstalí v Síni posledního rozloučení, která bývá součástí hospicových zařízení. Je zde možnost uspořádat mši za zemřelého a někdy i pohřeb v kruhu rodiny.

Sociální pracovník po uplynutí dvou až tří měsíců po úmrtí pozůstalé buď telefonicky kontaktuje, někdy se s nimi sejde přímo v hospici. Je tradicí jednotlivých hospicových zařízení organizovat pravidelná roční nebo půlroční Setkání pozůstalých a známých zemřelých v hospici. Na programu bývá mše svatá za zemřelé a krátký kulturní program. Na těchto setkáních si sociální pracovník a ostatní z týmu povídají s pozůstalými o tom, jak se vyrovnávají se ztrátou blízkého člověka, a také společně vzpomínají na zemřelé. Lidé dojíždějí na tato setkání i z velkých vzdáleností, zřejmě je potřebují k jejich duševnímu zdraví. Pokud se rodina podílí na péči o umírajícího, většinou proces truchlení zvládne bez komplikací. Společně strávené chvíle jim umožnily rozloučení a smíření se.¹⁰¹

3.5.5 Práce s dobrovolníky

K práci sociálního pracovníka patří koordinace dobrovolníků, kteří přicházejí trávit čas s nemocnými (četbou, rozhovory, nasloucháním, zpěvem, modlitbou). Sociální pracovník je taková spojka mezi dobrovolníky a hospicem. Společně se zdravotnickým personálem navrhuje, kdo z nemocných by přítomnost dobrovolníka v danou chvíli nejvíce ocenil.¹⁰² Jejich funkce je důležitá, protože není v silách veškerého personálu a rodiny se věnovat umírajícím tak, jak by si přáli, právě proto jsou zde dobrovolníci. Navštěvují klienty v terminálním stavu nemoci a naslouchají a sdílejí s nimi jejich obavy a starosti. Sedí u jejich lůžka, drží je za ruku, polohlasně se modlí, nebo jim otírají čelo vlhkou žínkou. Člověk totiž v posledních chvílích života stále vnímá okolí, i když nám to není schopen dát najevo.

¹⁰⁰ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 101-102

¹⁰¹ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 14

¹⁰² tamtéž, s. 14-15

3.6 Příklad dobré praxe v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech

V Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech je pečováno o nemocné s krátkou prognózou dožití. Často se jedná pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním, ale tato nejsou výlučnou nemocí, kvůli které jsou lidé v hospici umístěni. Pacientům v pokročilém a posledním stadiu nevyléčitelného onemocnění zde poskytují specializovanou paliativní a hospicovou péči. Péče multidisciplinárního týmu složeného z lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů, sociálních pracovníků, psychologů a duchovních se zaměřuje na odstranění či minimalizaci symptomů doprovázejících nevyléčitelné onemocnění (zejména bolesti) a na naplnění fyziologických, psychosociálních a spirituálních potřeb pacienta. Podporují a doprovází rodinné příslušníky nemocného tak, aby mu mohli být oporou a zvládli tuto těžkou životní situaci nejen v průběhu hospitalizace, ale také po jeho úmrtí.

Lůžkový hospic slouží pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění s předpokládanou délkou života kratší než 6 měsíců a to bez ohledu na věk, finanční možnosti a místo bydliště nemocného. Toto zařízení je pro ty, jež potřebují úlevu od bolesti nebo jiných závažných symptomů snižujících kvalitu života, a domácí péče v jejich případě není možná nebo nestačí.

Lůžkový hospic vytváří podmínky podobné domácímu prostředí, jak vybavením, tak i denním režimem. Ve dvou patrech jsou k dispozici jednolůžkové pokoje s vlastním bezbariérovým sociálním zařízením. Pokoje jsou vybaveny polohovacími lůžky, televizí a přistýlkou pro rodinné příslušníky či přátele. Některé pokoje mají balkon s vnějším sezením. Dva dvoulůžkové pokoje nabízí možnost pobytu pro manželský pár, nebo partnery, celkem je zde 25 lůžek. Pro chvíle rozjímání se nabízí malinká kaplička, pro oddech a pobyt na čerstvém vzduchu je zde krásná zahrada a atrium. Pacienti, klienti i návštěvy mohou trávit aktivnější chvílky v prostorách Centra denních služeb, útulné kavárny nebo knihovny.

Domácí hospic zabezpečuje péči o nevyléčitelně nemocné pacienty všech věkových kategorií, kteří chtějí žít a dožít v domácím prostředí. Léčba a péče vychází z konkrétních potřeb pacienta. Je zaměřená na mírnění potíží, které způsobuje nevyléčitelné onemocnění, tišení bolesti a emocionální podporu nemocného a jeho rodiny. K ošetrovatelské a lékařské péči nabízí i zapůjčení kompenzační pomůcek (oxygenator, polohovací lůžko, invalidní vozík.) V rámci péče je zde možnost využít i odlehčovacích terénních služeb (pomoc při osobní hygieně, či podávání léků ...).

Hospic Dobrého pastýře disponuje čtyřmi sociálními pracovníky, kde každý z týmu sociálních pracovníků zodpovídá za určitý druh hospicové péče. Tým se skládá z vedoucí

sociálních pracovníků, ze sociálního pracovníka pro lůžkový hospic, sociálního pracovníka pro domácí hospic a sociálního pracovníka pro odlehčovací a pobytové odlehčovací služby. Velice úzce spolu spolupracují a v případě dovolené nebo nemoci se zastupují. Trochu ztížené podmínky praxe byly v tom, že se v hospici objevilo onemocnění Covid – 19 u ošetřujícího personálu, a tak byla část lůžkové části uzavřena pro návštěvy rodinných příslušníků. Výjimky v návštěvách uděloval sloužící lékař, a to pacientům, kteří byli ve velmi vážném - terminálním zdravotním stavu. Jelikož jsem byla v ochranném období po prodělané nemoci Covid -19, mohla jsem praxi v hospici v prosinci roku 2020 absolvovat. Sociální pracovníci a zdravotnický personál byli testováni vždy před nástupem do zaměstnání antigenním testem. Nošení ochranné masky dýchacích cest nebo respirátoru bylo povinné po celou dobu ve všech prostorách zařízení.

Zúčastňovala jsem se každý den ranního hlášení multidisciplinárního týmu a také 1x týdně v pátek velké porady. Této porady se účastní lékaři, ředitelka hospice, vrchní sestra, sestra aktuální směny a sociální pracovníci. V rámci porad se předávají veškeré informace o stavu pacientů. Sociální pracovník lůžkového hospice zde předkládá žádosti o hospicovou službu ke schválení lékaři. Všichni kolegové z multidisciplinárního týmu si mezi sebou předávají informace na profesionální úrovni, s úctou a respektem k jednotlivým kolegům a hlavně pacientům. Každý z týmu za svou oblast předkládá informace k jednotlivým pacientům a okamžitě jsou přijata veškerá opatření a úkoly vycházející z podstaty předaných informací. Připadala jsem si jak v dobře fungujícím hodinovém strojků. Duchovní se porad nezúčastňuje, dojíždí 2x týdně do hospice sloužit katolickou bohoslužbu, a pak kdykoliv je to třeba - na požádání pacienta či rodiny. Každou středu dojíždí do hospice farář Církve adventistů sedmého dne. Psycholog v hospici pracuje externě, zúčastňuje se pouze pátečních porad.

Práce sociálního pracovníka v hospici začíná počáteční informací - telefonickým kontaktem rodiny pacienta a končí bohužel většinou smrtí klienta. Byla jsem přítomna u telefonických hovorů a následně i osobních setkání s rodinou nemocného, při kterých byly předány rodině veškeré potřebné informace pro přijetí nemocného člena rodiny do hospicové péče. Prvotně vlastně sociální pracovník zjišťuje, zda má pacient a potažmo jeho rodina zájem o lůžkovou hospicovou péči, nebo by rádi pečovali o svého nemocného v domácím prostředí vlastními silami. Péče o terminálně nemocné je pro rodinu velmi náročná, a tak musí zvážit to, zda jsou schopni se o nemocného postarat sami. Zvážit musí všechny možnosti a typy hospicové péče. Za pomoci sociálního pracovníka se tedy rodina rozhodne buď umístit blízkého nemocného do lůžkového hospice a chodit ho pravidelně

navštěvovat, nebo pro domácí péči. Domáčí péče však mnohdy není možná, a tak rodina volí lůžkový hospic. Podle toho, o jakou péči se rodina rozhodne, předá sociální pracovník rodině a pacientovi informace o financování lůžkové či domácí péče, což činí u lůžkové péče 85% z důchodu + příspěvek na péči a u domácí hospicové péče je tato hrazena zdravotní pojišťovnou, pokud pacient splňuje její podmínky, pokud ne, činí 200,- Kč na den.

Sociální pracovník nabízí rodinám, že si mohou prostory hospice prohlédnout, také je informuje o možnosti pobytu rodinného příslušníka či přítele společně s nemocným na jednom pokoji. Následně zpracovává žádost o přijetí do lůžkového hospice, ke které je nutné přiložit aktuální lékařskou zprávu od praktického lékaře pacienta, ve které stojí jeho doporučení o využití hospicové paliativní péče a informovaný souhlas pacienta s hospicovou péčí. Žádost o přijetí se pak předkládá lékaři ke schválení. Pokud je žádost schválena, sociální pracovník informuje rodinu a začne připravovat smlouvu o hospicové péči. Sociální pracovník pak řeší platby za služby, vyřizuje žádost o příspěvek na péči a zároveň zastavuje příspěvek na mobilitu. Také se vyptává rodiny, kdo bude za nemocným chodit na návštěvy, komu se bude telefonovat, při změně zdravotního stavu pacienta. V některých případech také řeší exekuci pacienta, či vyřízení hmotné nouze a samozřejmě provádí odborné sociální poradenství před příjmem a kdykoliv v průběhu hospitalizace. Sociální pracovníci vedou a řádně zaznamenávají veškeré informace do dokumentace klientů v souladu s ochranou osobních údajů. Kvalitu poskytovaných služeb pravidelně vyhodnocují. Nástup do lůžkového zařízení bývá ovlivněn kapacitou naplnění hospice, pacienti čekají na umístění max. 14 dní, ale většinou se umísťují do druhého dne.

Po přijetí pacienta do péče a jeho stabilizaci zdravotního stavu, řeší s ním sociální pracovník např. závěť, převod majetku, povolání notáře a také radí rodinám, co je důležité řešit a co ne. Je proto lepší, aby pacient o své diagnóze věděl, má tak čas na to, aby urovnal vztahy v rodině a rozdělil majetek po jeho smrti. Někdy se stává, že pacient na přání rodiny o svém vážném zdravotním stavu neví. Tímto je mu znemožněno využít svůj poslední čas života tak, jak by si přál. Pacienti se občas na sociálního pracovníka obrací s žádostmi, že by se chtěli ještě s někým vidět a ten pak mnohdy pátrá po dotyčné osobě, protože ví, že je to jedno z posledních přání pacienta. Mnohdy se dá tato činnost přirovnat k policejní vyšetřovací práci. Setkání pak bývají velmi dojemná a plná emocí.

V hospici mají pacienti možnost denně využívat Centrum denních služeb, kde se klientům věnuje sociální pracovnice, která pro klienty připravuje různé tematické

aktivizace. Z důvodu covidové nákazy však bylo Centrum denních služeb po celou dobu mé praxe mimo provoz, a tak jsem se sociální pracovnící alespoň pravidelně navštěvovala klienty hospice a krátce s nimi hovořila. Všichni se moc těšili na konec covidového omezení, až se budou moci opět v Centru denních služeb setkávat a vytvářet např. vánoční výzdobu, poslouchat hudbu či péct vánoční cukroví. Tato služba pomáhá lidem přijít na jiné myšlenky, rozptýlit je a zavzpomínat na časy minulé.

Významnou roli v hospici hrají dobrovolníci, jejichž činnost má na starost jeden ze sociálních pracovníků. Dobrovolníci dochází do hospice pravidelně, nebo jak jim čas dovolí. Někteří rádi pracují samostatně a docházejí ke klientům na pokoje a předčítají jim knihy, nebo si s nimi povídají. Někteří z nich pravidelně docházejí do Centra denních služeb a pomáhají se strukturou aktivizačních činností. Mnoho z nich hraje na hudební nástroj, tak je odtud často slyšet hudba a lidé se odtud dobrá nálada. Klientům jejich absence z důvodu covidové nákazy v zařízení velmi chyběla.

Po úmrtí pacienta sociální pracovník kontaktuje - Úřad práce, notáře a matriku. Rodině pak pomáhá např. ukončit odběr el.enegie v bytě zemřelého a platbu nájmu. Ve spolupráci s ekonomickým oddělením hospice řeší případné dluhy za pobyt, zasílá lékařské zprávy praktickému lékaři a národnímu onkologickému registru apod. Pozůstalým je nabídnuta podpora a pomoc se zvládnutím tohoto emočně těžkého období. Je možné využít pomoci psychologa.

Hospic v suterénu budovy disponuje místností posledního rozloučení, kterou mohou pozůstalí využít k obřadu a rozloučením se zemřelým. Tato místnost je důstojným a klidným místem, kde se rodina může v klidu a bez časového presu se svým zesnulým rozloučit.

Sociální pracovníci hospice Dobrého Pastýře mají takové osobnostní kvality, že jsou schopni za každé situace s klienty jednat empaticky a vstřícně. Jsou srovnání s vlastní smrtelností a smrt a umírání berou jako běžnou součást života. Svoji práci se rozhodli vykonávat svobodně, a tato práce je naplňuje. Z mé praxe si odnáším obrovskou úctu ke každému členu multidisciplinárního týmu, který se podílí na chodu hospice, jeho nasazení, kolegiality, péči a jednání s klienty. Bylo mi ctí poznat sociální pracovníky a zaměstnance hospice, kteří se vlídně a důstojně starají o pacienty a jejich blízké i navzdory pandemii Covidu -19.

4 ETIKA HOSPICOVÉ PÉČE

V praxi paliativní péče pak vyvstává spousta etických otázek, jejichž souvislosti by měli znát všichni členové multidisciplinárního týmu.

Prvořadé je ošetřovat pacienta jako osobnost a zároveň zachovávat jeho důstojnost až do poslední chvíle jeho života. Poskytování zdravotní péče je vymezené čtyřmi etickými principy, které se vzájemně doplňují, a tak tvoří jednotu.

Princip autonomie - úcta k osobnosti pacienta, k jeho lidské důstojnosti a schopnosti o sobě rozhodovat, princip spravedlnosti - právo každého člověka na dostupnost kvalitní zdravotní péče, která je poskytována bez diskriminace. Každý jedinec by měl mít právo určovat chování a jednání, podle svých osobních etických zásad. Znamená to připustit si volbu umírajícího člověka podle jeho osobních hodnot a přesvědčení. Pacient si vlastně přebírá zodpovědnost za sebe sama a nenechá lékaře na základě jejich vědomostí a přesvědčení rozhodovat o léčbě, bez ohledu na své konkrétní postoje a přání. To je v podstatě možné pouze při urgentních stavech, v případě akutního ohrožení života, kdy lékař musí urychleně rozhodnout. Jakýkoliv pacientem neautorizovaný zásah do jeho svobody je považován za narušení jeho práv na nedotknutelnost jeho osoby¹⁰³.

Pilířem novodobého zdravotnictví je tzv. informovaný souhlas a také princip dříve vyslovených přání pacienta. Pokud je tedy pacient svéprávný a plně orientovaný, je jediný, kdo může rozhodnout o další léčbě a o tom, komu smí, a komu nesmí být informace o jeho zdravotním stavu sděleny. V praxi však často dochází k tomu, že rodinní příslušníci tlačí na lékaře, aby jejich blízkému jeho špatnou diagnózu zdravotního stavu nesdělil, ale pro zdravotníka je partnerem v první řadě pacient. Ošetřující lékař by měl nejdříve zjistit, zda si pacient přeje být informován o svém zdravotním stavu, nebo ne, zda může podávat informace rodinným příslušníkům nebo, jiné konkrétní osobě a pacientovo přání vždy respektovat. Sdělování informace o zdravotním stavu nemocného bez jeho souhlasu zákon nepřipouští. Terminálně nemocný také může sepsat dříve vyslovené přání dle § 36 zákona o zdravotnických službách ohledně jeho další léčby pro případ, že by již v budoucnu o této léčbě z hlediska svého zdravotního stavu nebyl schopen rozhodovat. Pomocí dříve vysloveného přání může pacient do budoucna odmítnout resuscitaci (tzv. pokyny DNR), zavedení umělé výživy, napojení na přístrojovou podporu životních funkcí apod.¹⁰⁴

¹⁰³ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 82

¹⁰⁴ Srov. BYDŽOVSKÝ Jan at al., *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*, s. 93

Dříve vyslovené přání musí splňovat zákonem stanovené požadavky a je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Lékař by tedy měl znát přání pacienta a jeho očekávanou kvalitu života. Vždy je důležité hledat smysl a cíl péče o pacienta. Každý člověk je totiž jedinečný a má na věc svůj vlastní názor, proto může odmítnout jakoukoliv léčbu, která podle něj smysl nedává. Každý člověk má smysluplnost nastavenou jinak a je třeba přání každého jednotlivce respektovat, např. při nenasazování, nebo ukončení léčebné terapie.

V případech, že by pacient nebyl v budoucnu schopen o sobě rozhodovat, je možné, aby určil osobu (zástupce), která o zdravotní péči bude za něj rozhodovat, případně se může vyjádřit, koho by si přál za opatrovníka, který by rozhodoval o poskytované zdravotní péči.¹⁰⁵ Samozřejmě lze tyto dvě věci zkombinovat tak, že ve dříve vysloveném přání pacient určí zástupce pro rozhodování o další poskytované péči.

Dalším etickým problémem může být léčba, kdy lékař vždy použije všechny dostupné prostředky k boji o život či k prodloužení života. Někdy je k tomu tlačěn samotným pacientem, který by chtěl přežít za každou cenu a využít všechny dostupné možnosti léčby, ačkoliv si nedokáže představit, co všechno bude muset podstoupit. Za tímto nátlakem může stát jak rodina pacienta, tak samotný pacient. Je třeba se na to podívat i ze strany lékaře, který se mnohdy může obávat odpovědnosti za pacientovu smrt a brát ji jako svou prohru. Použitím život udržujících prostředků však také může být pro lékaře tím, že se vyhne rozhodování o možnostech další léčby, a tak se vyhne odpovědnosti hovořit o nich s rodinou nemocného či s nemocným. Avšak v medicíně nejde vždy vítězit, nebo se pokoušet o vítězství za každou cenu. Lékař je schopen rozpoznat, kdy je již léčba pacienta marná a v tomto případě citlivě nabídne pacientovi poradenství a péči, které se bude především týkat kvality a smyslu zbývajících života.¹⁰⁶

„V hospicové etice má mít prioritu umírající člověk a jeho rozhodnutí, proto jsou zvláště zatěžující ty konflikty, které skutečně či zdánlivě zpochybňují autonomii pacienta.“¹⁰⁷

Setkání se závažnou diagnózou je náročné pro všechny zúčastněné. Informovanost pacienta - pravda versus neinformovanost – zdrženlivost a šetrnost. Obojí je velmi těžké. Důležitá je vždy otevřená a empatická komunikace s nemocným, kde musíme brát v potaz duševní křehkost nemocného člověka. Pacienti přijímaní do hospicového zařízení, by

¹⁰⁵ tamtéž, s. 94

¹⁰⁶ Srov. KUPKA Martin, *Psychosociální aspekty paliativní péče*, s. 152

¹⁰⁷ STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 131

měli být informováni o svém onemocnění a o nepříznivé prognóze, ale často se tak neděje. Při přijetí pacienta do hospice nemocný často netuší nic o vážnosti svého zdravotního stavu. Většinou o tom vědí pouze rodinní příslušníci, kteří si přejí, aby nemocný o svém stavu nevěděl. Pacienti si tak často myslí jen to, že v hospici jim bude pomoheno od bolesti. To však přináší jak lékařům, tak celému multidisciplinárnímu týmu spoustu nelehkých úkolů. Hospicový tým tak musí být neustále ve střehu, aby něco nezanedbal, protože sdělením pravdivé diagnózy by mohl nemocnému vážně uškodit. Pro lékaře má však vždy přednost pacient, a pokud by pravdu znát chtěl, lékař mu ji velmi šetrně sdělí. Pravdivou informaci pak pacientovi může pomoci unést křesťanská víra a naděje. Oporu mu pak většinou poskytne rodina a přátelé, kteří nemocného s láskou doprovodí. Marie Svatošová uvádí:

„Pravda má jednu obrovskou výhodu. Nemusíš si pamatovat, co jsi řekl minule, nemusíš se bát, že kolegové řeknou pacientovi něco jiného a budete si protiřečit.“¹⁰⁸

Svatošová také tvrdí, že *„Lež se možná zpočátku někomu jeví jako lepší řešení, ale nemocný ji brzy prokoukne a znejistí. Jestli je něco těžší než nepříjemná pravda, je to právě nejistota.“¹⁰⁹*

Dalším etickým problémem, je přání pomoci zemřít. Toto přání se otevřeně i skrytě objevuje i v hospicové oblasti. Hospicová etika výslovně odmítá úmyslné zkrácení života, proto se zde dostávají do konfliktu hodnoty práva na sebeurčení pacienta a nedisponovatelnost života.¹¹⁰ Toto přání pacienta je důkazem, že nejsou všechny jeho potřeby uspokojeny. První naší reakcí by nemělo být utěšování, ale naopak snaha zjistit pravou příčinu daného požadavku. Ta však může být v kterékoliv ze čtyř oblastí: bio-psycho-socio-spirito.¹¹¹

Terminálně nemocní lidé mají většinou strach z nesnesitelné bolesti a především ze ztráty lidské důstojnosti. Obávají se toho, aby nebyli na obtíž své milované pečující rodině, jsou zoufalí a smutní z nastalé situace. Když tito lidé nenajdou pocit bezpečí u své rodiny, obracejí se s žádostí urychlení smrti na lékaře. Paliativní tým ujistí pacienta, že udělá vše pro to, aby mu ulevil symptomatickou léčbou a také, že bude účinně léčit léčitelné komplikace, nebo je tlumit. Paliativní tým tak zabezpečí biologické a fyziologické potřeby, potřebu jistoty a bezpečí, ochranu, péči a pomoc, lásku a lidskou

¹⁰⁸ SVATOŠOVÁ Marie a PALÁN Aleš, *Neboj se vrátit domů*, s. 203

¹⁰⁹ SVATOŠOVÁ Marie a PALÁN Aleš, *Neboj se vrátit domů*, s. 215

¹¹⁰ Srov. STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 132

¹¹¹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 31

sounáležitost. Čím bude tato péče o terminálně nemocné pacienty lepší, tím méně bude žádostí o eutanazii. Pacientovi se dostane komplexní hospicová péče, a jakmile se stav nemocného stabilizuje, přání pomoci zemřít se již neobjevuje. Lékař především chrání život pacienta, a proto je pro řadu lékařů pouhá myšlenka na eutanazii prohřeškem proti etice a základnímu učení Hippokratovy přísahy. *„Hovořit s umírajícím člověkem o jeho životě a smrti – to je hospicová nabídka, která uchovává šanci se emočně i duchovně připravit na smrt a snad ji i vnitřně přijmout.“*¹¹² Nemocní tak dokáží přijmout svou konečnost a odcházejí z tohoto světa smířeně.

*„Hospic nemocnému garantuje, že: nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen“.*¹¹³

Nesmírně důležité pro pomáhající profese tedy je, vytvořit si kladný vztah s tím, komu je pomáháno. Tento vztah by měl být založen především na vzájemné důvěře, porozumění a v neposlední řadě na pocitu bezpečí.

¹¹² STUDENT J.CH. at al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 134

¹¹³ JANKOVSKÝ Jiří, *Etika pro pomáhající profese*, s. 146

ZÁVĚR

Když do života člověka vstoupí nevyhléditelná nemoc, má to dopad nejen na jedince, ale potažmo na celé jeho okolí. Intervence sociální práce pak napomáhá ke zlepšení života klienta a k aktivizaci schopností zvládnout těžkou životní situaci. Klientem v hospicové péči se tak stává umírající a jeho rodina, každý se svými specifickými potřebami péče.

Umírající potřebuje dostat pod kontrolu nepříjemné symptomy nemoci, které jí provázejí. Dále má potřeby psychologické, sociální a spirituální. V hospicové péči se neustále dbá na zachování důstojnosti člověka, ať se pacient nachází jakékoli fázi nemoci. Aby se pacient necítil ve své situaci osamocený, může přijímat návštěvy po celý den a to i v době covidové pandemie. Je tak podpořena spoluúčast rodiny na péči o umírajícího, zároveň je tím nemocnému umožněno sdílet své radosti, starosti a obavy s blízkými lidmi, kterým důvěřuje. Společně s rodinou může umírající hledat smysl prožitého života, rekapitulovat ho a smířit se s vlastní konečností.

Blízké osoby potřebují zejména podpořit svého nemocného, ujistit se, že je o něj dobře postaráno, ale také cítit podporu od ošetřujícího týmu.

Postavení sociálního pracovníka a jeho prestiž záleží především na osobnostních předpokladech a kvalitě člověka, na způsobu jeho práce, na jeho chování a jednání s pacienty a jejich blízkými a také s ostatními kolegy z týmu. Jeho pracovní náplň je velice obsáhlá a na jeho osobnost jsou kladeny vysoké požadavky. K tomu, aby svou práci odváděl kvalitně, musí být především empatický, komunikativní, dokázat naslouchat a komunikovat s klienty. Musí být schopen zachovat si vždy profesionální přístup v emočně vypjatých situacích, jaké se v hospicovém prostředí dějí, proto je zřejmé, že tato profese není vhodná pro každého. Jedním z hlavních předpokladů je, být smířený se svou smrtelností a brát smrt, jako součást života.

Cílem bakalářské práce bylo představit činnosti, funkce a především nepostradatelnost role sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu. Důležité informace získané studiem odborné literatury a internetových zdrojů byly uceleny a zpracovány do předkládané bakalářské práce. Činnosti, jež je sociální pracovník schopen zvládnout a především jeho osobnost je v hospicové péči nezastupitelná a nenahraditelná. Z dostupných zdrojů bylo zjištěno, že sociální pracovník

je pro multidisciplinární hospicový tým, pro těžce nemocné pacienty a jejich blízké velkým přínosem.

Díky poznatkům získaných školní praxí v Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech, jsem měla možnost prakticky nahlédnout do fungování zařízení tohoto typu. Seznámila jsem se s prací sociálního pracovníka, která mi pomohla dospět k názoru, že umírání nemusí být vždy stresujícím a traumatizujícím zážitkem, nýbrž práce plná lásky, porozumění, pokory a odpuštění. Sociální pracovníci považují mnohdy své povolání ne za zaměstnání, ale především za své poslání.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3
- BYDŽOVSKÝ Jan, KABÁT Jiří a kolektiv. *Ošetrovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú, 2015. ISBN 978-80-905973-3-4
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978- 80-247-4650-0.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah, jako součást profese*. Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-9222-4.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd.1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2 vydání, Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK Oldřich, KOLÁČKOVÁ Jana, KODYMOVÁ Pavla (eds.). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1
- NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka*. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., a INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

- SLÁMOVÁ, Regina, Alžběta MARKOVÁ, Petra KUBÁČKOVÁ a Barbora ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 978-80-266-1279-7
- SIEBEROVÁ, Jana. *Hospic: příběh naplněné naděje*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-038-7.
- SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie a PALÁN, Aleš. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich, 2018. Rozhovory (Kalich). ISBN 978-80-7017-249-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3
- TOMEŠ, Igor, DRAGOMERICKÁ, Eva, SEDLÁROVÁ, Katarina, VODÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Elektronické zdroje:

Standardy hospicové paliativní péče [online], Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, říjen 2016 [cit. 2021-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>>.

ABSTRAKT

Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu

Klíčová slova: Sociální práce, hospic, multidisciplinární tým, paliativní péče, umírání, smrt, sociální práce v hospici.

Bakalářská práce se zaměřuje na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním hospicovém týmu. Jaká je jeho role a jaká je jeho náplň práce. Zmíním zde osobnostní dovednosti a schopnosti sociálního pracovníka. Dále práce popisuje formy hospicové péče a její historii v České republice. Zaměřuji se na jednotlivé členy multidisciplinárního týmu.

ABSTRACT

The role of a social worker in a multidisciplinary hospice team

Key words: Social work, hospice, multidisciplinary team, palliative care, dying, death, social work in hospice.

The bachelor thesis focuses on the position of a social worker in a multidisciplinary hospice team. What is his role and what is his job. I will mention here the personality skills and abilities of a social worker. The work also describes the forms of hospice care and its history in the Czech Republic. I focus on individual members of a multidisciplinary team.