

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální práce v paliativní péči v domově pro seniory**

**Social work in palliative care in a home for the elderly**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:

Veronika Janůrková, DiS.

Praha 2024

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, MUDr. Jiríně Ondrušové, Ph.D., za odborné vedení a zároveň za velkou trpělivost a ochotou při konzultacích poskytnutých ke zpracování této práce. Poděkování patří také všem respondentům v Domově Sue Ryder, kteří mi věnovali čas a podělili se o své zkušenosti.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce v paliativní péči v domově pro seniory“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Veronika Janůrková

## **Anotace**

Tato bakalářská práce je zaměřena na sociální práci v paliativní péči v domovech pro seniory. Teoretická část je věnována definici paliativní péče a sociální práce, včetně příslušných legislativních rámců. Dále popisuje úlohu a význam sociální práce jak v rámci domovů pro seniory, tak i specificky v oblasti paliativní péče. Práce se zabývá poskytovanými službami v domovech pro seniory a mapuje současnou situaci paliativní péče v těchto zařízeních. V praktické části je podrobně popsán Domov Sue Ryder a prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů jsou zkoumány zkušenosti sociálních pracovníků s implementací paliativní péče do jejich každodenní praxe.

## **Klíčová slova**

Sociální práce, sociální pracovník, paliativní péče, domov pro seniory, Sue Ryder, stáří, umírání.

## **Annotation**

This bachelor thesis focuses on social work in palliative care in homes for the elderly. The theoretical part is focused on the definition of palliative care and social work, including their legislative frameworks. It also describes the role and importance of social work both within the context of homes for the elderly and specifically in palliative care. The thesis deals with the services provided in homes for the elderly and maps the current situation of palliative care in these institutions. In the practical part, the Sue Ryder Home is described in detail and the experiences of social workers in implementing palliative care in their daily practice are explored through semi-structured interviews

## **Keywords**

Social work, social worker, palliative care, home for the elderly, Sue Ryder, old age, dying.

# OBSAH

OBSAH.....	5
SEZNAM ZKRATEK .....	7
ÚVOD.....	8
1 PALIATIVNÍ PÉČE .....	10
1.1 Vývoj paliativní péče v ČR.....	12
1.2 Legislativa v paliativní péči.....	13
1.3 Indikace paliativní péče .....	14
1.4 Etika v paliativní péči .....	15
2 DOMOV PRO SENIORY .....	16
2.1 Statistický přehled domovů pro seniory v ČR.....	17
2.2 Legislativa domovů pro seniory .....	18
2.3 Poskytování zdravotní péče v domovech pro seniory .....	19
3 PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY .....	21
3.1 Specifika paliativní péče v domovech pro seniory .....	22
3.2 Integrace paliativní péče do domovů pro seniory .....	23
3.3 Pracovníci v paliativní péči v domovech pro seniory.....	26
4 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI V DOMOVECH PRO SENIORY.....	27
4.1 Sociální práce.....	27
4.2 Význam sociální práce v paliativní péči .....	28
4.3 Sociální pracovník .....	29
4.4 Role sociálního pracovníka v domovech pro seniory.....	30
4.5 Úloha sociálního pracovníka v paliativní péči v domovech pro seniory.....	30
5 PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
5.1 Domov Sue Ryder.....	32
5.1.1 Domov pro seniory .....	32
5.1.2 Paliativní péče v domově.....	34
5.1.3 Sociální pracovníci .....	35
5.1.4 Koordinátor paliativní péče .....	36
5.1.5 Pracovníci v přímé péči .....	36
5.1.6 Kaplan.....	37
5.1.7 Psycholog.....	37
5.1.8 Nutriční terapeut .....	37
5.1.9 Lékař .....	37

5.1.10	Zdravotní sestry .....	38
5.2	Výzkumné šetření .....	38
5.2.1	Cíle výzkumného šetření .....	38
5.2.2	Metoda výzkumného šetření .....	39
5.2.3	Metoda sběru dat.....	39
5.2.4	Charakteristika vzorku respondentů .....	39
5.2.5	Etické zásady .....	39
5.2.6	Limity průzkumu .....	40
5.2.7	Výzkumné otázky .....	40
5.2.8	Sběr dat – výsledky průzkumu.....	42
5.2.9	Shrnutí výsledků a jejich interpretace.....	44
ZÁVĚR .....		46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....		47

## **SEZNAM ZKRATEK**

APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DSR – Domov Sue Ryder, z.ú.

LZPS – Listina základních práv a svobod

MDT – Multidisciplinární tým

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

WHO – Světová zdravotnická organizace

# ÚVOD

V současné době vnímám ve společnosti postupné změny v přístupu k tématu smrti a umírání. Co dříve bylo tabu, se stává předmětem otevřené diskuse. Lidé si začínají uvědomovat svoji smrtelnost a možnost ztráty blízkých, a chtějí se lépe připravit na tuto závěrečnou fázi života. Přejí si mít možnost rozhodovat o tom, kde a s kým budou trávit poslední chvíle. Vzhledem ke stárnutí populace a rostoucí potřebě péče o starší občany vidím toto téma o to aktuálnější.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala, abych zjistila, jak na tyto změny ve společnosti reagují v domovech pro seniory, kde klienti tráví poslední chvíle svého života, a otázka konce a bilancování je tedy pro ně velmi důležitá. Motivací bylo také odpovědět na otázku, zda jsou pracovníci domova připraveni poskytnout klientům a jejich rodinám kvalifikovanou podporu při vyrovnávání se s touto obtížnou životní fází. A to konkrétně na příkladu Domova Sue Ryder, který se jako první v České republice rozhodl zavést paliativní péči do svého portfolia nabízených služeb.

Cílem bakalářské práce je popsat současné pojetí paliativní péče v České republice a postupné zavádění této péče i do domovů pro seniory. Poskytnout přehled o tom, jak je paliativní péče v těchto zařízeních poskytována, zejména z pohledu sociálního pracovníka. Podrobněji popsat význam sociální práce v domovech pro seniory a úlohu sociálního pracovníka při poskytování paliativní péče. Dále informovat o zkušenostech s implementací paliativní péče v Domově Sue Ryder, který tento proces úspěšně absolvoval. Pomocí výzkumného šetření zjistit, jak sociální pracovníci Domova Sue Ryder hodnotí integraci paliativní péče, zda jsou spokojeni s formou poskytované péče a jejími přínosy pro klienty a zda by stejný postup doporučili i jiným domovům pro seniory.

První kapitola bude pojednávat o paliativní péči zahrnující různé definice a dělení této formy péče jak v odborné literatuře doma, tak i v zahraničí. Uvedu zde, komu je paliativní péče určena a kde a kým může být poskytována. Zmíním historický vývoj paliativní péče v našich krajinách, včetně legislativního rámce, kterým je aktuálně podřízena, spolu s důrazem na etické principy.

Ve druhé kapitole se zaměřím na domovy pro seniory. Jak jsou ošetřeny legislativně, komu jsou určeny, jaké služby jsou zde poskytovány a za jakých podmínek. Pro dokreslení aktuálního stavu domovů pro seniory přidám statistiky z databáze Českého statistického úřadu. Věnovat se také budu stále nedořešené problematice poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních.



Ve třetí kapitole popíši nedávný, ale i současný stav poskytování paliativní péče v domovech pro seniory. Jaká jsou specifika klientů domova i v souvislosti s paliativní péčí či jaké jsou doporučované postupy v plánování péče ze strany vedení domova. Dále se zaměřím na iniciativy organizací směřující ke zlepšení systému a vzdělávání pracovníků v této oblasti. V této kapitole se také budu věnovat popisu jednotlivých pracovníků domova v paliativní péči, jejich rolím a úkolům v rámci mezioborové spolupráce.

V poslední čtvrté kapitole se zaměřím na sociální práci, zahrnující definici a její význam v kontextu paliativní péče. Pozornost také věnuji samotnému sociálnímu pracovníkovi a jeho činnostem v domovech pro seniory, ale také jeho nezastupitelné roli v rámci paliativní péče.

Praktická část bude sloužit pouze k dokreslení teoreticky popsaného paliativního přístupu v domovech pro seniory, jakožto aktuálně vznikajícího konceptu péče v domovech pro seniory v České republice.

Při psaní své bakalářské práce využiji dostupnou literaturu a zdroje, které se věnují této problematice. Zásadní pro mě budou publikace *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory* (Hrdá et al., 2018) a *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku* (Pechová et al., 2020). Jako největší přínos považuji možnost osobního setkání s pracovníky Domova Sue Ryder, díky kterému se mohu dozvědět, jakým způsobem oni hodnotí zavedení paliativní péče do jejich každodenní práce s klienty.

# 1 PALIATIVNÍ PÉČE

Slovo "paliativní" pochází z latinského slova "pallium", což lze přeložit jako plášť nebo závoj. Anglický překlad "palliate" pak vyjadřuje ulehčení od nepříjemného. Ústředním cílem paliativní péče je zmírnit projevy nevléčitelné nemoci a současně se starat o člověka trpícího, aby mu bylo umožněno vést kvalitní život, i když je nemocný (Bužgová, 2015).

Paliativní péče je primárně zaměřena na pacienty s nevléčitelnou nemocí. Cílem ale není takového pacienta léčit, ale odstranit jeho potíže, a to ať jsou jakékoliv – fyzické či psychické. Kalvach (2010, s. 14) popisuje paliativní péči jako: *„cílevědomou, ucelenou, ale také kvalifikovanou podporu lidí se závažným, příčinně nevléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) včetně podpory jejich rodin“*.

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definuje paliativní péči jako: *„přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodinám, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícími onemocněními, a to prostřednictvím předcházení a zmírnění utrpení pomocí včasné péče o pacienta, bezchybného posouzení a léčby bolesti a řešení dalších zdravotních, psychosociálních a duchovních obtíží“* (WHO, 2002, s. 84, vlastní překlad).

Paliativní péči můžeme tedy charakterizovat jako různorodou činnost, která se zaměřuje na zajištění úlevy od bolesti a poskytování psychologické a duchovní podpory nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Cílem paliativní péče není zkracovat ani prodlužovat život, ale spíše zlepšovat kvalitu života nemocného. Poskytování paliativní péče může mít pozitivní vliv na průběh nemoci a pomoci jedinci a jeho blízkým lépe zvládat období nemoci a smrti WHO (2002).

Dle Koncepce paliativní péče v ČR (Sláma et al., 2004, s. 10) jsou základními principy paliativní péče např. neodvracet se od nevléčitelně nemocných, pomoci jim zvládnout bolest, neurychlovat ani oddalovat jejich smrt, respektovat jejich přání a chránit jejich práva, nabízet všestrannou oporu nemocným, ale i rodině či přátelům.

Výše uvedené lze ještě doplnit o definici uvedenou ve Standardech hospicové a paliativní péče v Evropě, kde je paliativní péče popsána jako aktivní celková péče poskytovaná pacientům, u nichž nemoc nepříznivě reaguje na kurativní léčbu. Klíčovým cílem je zvládnání bolesti, dalších symptomatických projevů a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Tento přístup je interdisciplinární a zaměřuje se na pacienta, jeho rodinu a komunitu. Paliativní péče poskytuje základní koncepci péče, která se soustředí na

uspokojení potřeb pacienta bez ohledu na místo pobytu – domácí prostředí nebo nemocnici. Důrazně respektuje život a přirozený proces umírání, přičemž klade důraz na udržení co nejvyšší kvality života až do jeho konce (Radbruch et al., 2010, s. 16).

Sláma a Vorlíček (Sláma, 2011) rozdělují paliativní péči na **obecnou a specializovanou**. Rozdíl spatřují v tom, že obecnou paliativní péči může poskytnout jakýkoliv pracovník v rámci léčby, oproti tomu specializovanou paliativní péči může nabídnout pouze zkušený a kvalifikovaný odborník v oblasti paliativní péče. Pro obě formy ale platí, že jsou směřovány jak nemocnému, tak i jeho rodině. Obsahem obecné paliativní péče je zejména komunikace, psychosociální pomoc, ale také symptomatická léčba onemocnění. Specializovaná paliativní péče je poskytována formou:

- **Domácí paliativní péče** (mobilní hospic) – péče poskytovaná v domácím prostředí, do kterého dochází lékař, sestry, pečovatelé. Péče je poskytována 24/7. Důležitou součástí je rodina či blízké okolí nemocného.
- **Lůžkový hospic** – zdravotnické zařízení pro nemocné v terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Důraz na vytvoření domácího prostředí. Rodina sama neošetřuje, ale dochází za nemocným.
- **Konziliární tým paliativní péče** – péče je poskytována ve zdravotnickém zařízení, kde byl pacient doposud léčen. Za pacientem dochází specialisti – lékař, sestra, sociální pracovník.
- **Oddělení paliativní péče** – péče v rámci zdravotnických zařízení. Je určena pro pacienty, kteří potřebují kromě paliativní péče také další služby nemocnice.

V literatuře se můžeme setkat s dalšími termíny jako jsou paliativní medicína a hospicová péče. Jelikož neexistují přesné definice paliativní medicíny, hospicové péče, ani paliativní péče, často se tyto termíny zaměňují.

Autoři Radbruch et al., (2010) uvádí: „*rozdíly v terminologii se objevují nejen v odborné literatuře, ale také v zákonech, ve vládních dokumentech a vyhláškách i stanoviscích odborných společností*“.

Paliativní medicína je specializovaný obor medicíny zaměřený na léčbu pacientů s vážnými, život ohrožujícími onemocněními. Zaměřuje se tedy na léčbu a péči o nemocné, především na úlevu od bolesti. Jde o celkovou léčbu nemocného, který již nereaguje na kurativní léčbu. Je poskytována lékaři s odbornou specializací v paliativní medicíně, kteří jsou odborníky na zvládnutí symptomů a komunikaci s pacienty a jejich rodinami. Od roku

2009 má paliativní medicína v České republice status samostatného specializačního oboru díky uznání Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (Kupka, 2014).

Paliativní péče je širší pojem zahrnující celkovou podporu zaměřenou na zlepšení kvality života pacientů s vážnými onemocněními, včetně lékařské, psychologické, sociální a duchovní podpory. Tuto péči poskytuje multidisciplinární tým složený z lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, duchovních a dalších specialistů. Paliativní medicína je tedy specifickým oborem v rámci lékařství, zatímco paliativní péče je širší koncept zahrnující různé aspekty péče o pacienty (lékař, nemocný, rodina), bez ohledu na místo poskytování péče. Oba pojmy se však prolínají a jsou nezbytné pro komplexní a kvalitní péči o pacienty s vážnými onemocněními (Vorlíček et al., 2004).

Hospicová péče je specializovaná forma paliativní péče určená pro pacienty v terminálním stádiu nemoci, obvykle s krátkou prognózou délky života. Jejím hlavním cílem je poskytovat komplexní péči zaměřenou na komfort a kvalitu života v posledních fázích onemocnění, podporovat důstojnost pacienta a nabízet podporu rodinám. Tuto péči poskytuje multidisciplinární tým, který může zahrnovat lékaře, sestry, sociální pracovníky, psychology, duchovní a dobrovolníky, a často je poskytována v hospicových zařízeních nebo v domácím prostředí pacienta (Svatošová, 2008).

Zatímco paliativní medicína a paliativní péče mohou být poskytovány v jakékoli fázi vážné nemoci, hospicová péče je specificky zaměřena na pacienty v terminální fázi, s důrazem na poskytování komfortu a podpory na konci života. Nicméně, cílem všech těchto pojmů je jediný – zlepšit kvalitu života nemocného (Kupka, 2014).

## **1.1 Vývoj paliativní péče v ČR**

Ačkoliv se může zdát, že paliativní péče nemá oproti jiným odbornostem tak dlouhou tradici, opak může být pravdou. Podle Markové (2010) je paliativní péče nejstarší formou medicíny. Po celá staletí byla hlavním posláním lékařů zmírňovat lidské utrpení a doprovázet lidi k důstojnému konci života. O umírající se zcela přirozeně starala rodina, přátelé, kněz či rodinný lékař. Odklon od tohoto modelu vidí autorka v industrializaci 19. století, kdy se lidé stěhovali do měst za prací, oddělení od svých rodin a přirozené komunity, která by mohla poskytnout podporu během nemoci a umírání. Města zajišťovala nemocniční péči, avšak tato péče byla zaměřena spíše na léčbu než v doprovázení v jejich posledních fázích života.

V našich krajinách měl na rozvoj paliativní péče tragický dopad komunistický režim. Umírající byli záměrně odsunuti do sterilního prostředí nemocnic, bez přítomnosti

rodiny či kněze. Péče o tyto umírající nebyla prioritou, neboť byla považována za překážku v naplňování hospodářských plánů a socialistických ideálů. Což potvrzuje Svatošová (2019 s. 27) která popisuje, jak lidé dříve umírali: „*v nemocnicích, v cizím prostředí, často za pověstnou bílou plentou na vícelůžkovém pokoji, odříznuti od svých blízkých*“.

V České republice se o rozvoj paliativní péče zasloužila především MUDr. Marie Svatošová. Na počátku 90. let založila Sdružení pro podporu domácí péče a hospiců a s jeho podporou otevřela první český hospic v Červeném Kostelci. Sama toto období popisuje jako období improvizace. Neexistovaly žádné manuály či návody, pouze nadšení a inspirace ze zahraničí. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která má za cíl sdružovat zařízení poskytující paliativní péče. Neslouží jen pro výměnu zkušeností, ale i na spojení sil v prosazování společných zájmů zejména při vyjednávání se zákonodárci. V roce 2016 vydala tato asociace Standardy hospicové paliativní péče, prostřednictvím kterých definuje požadavky, které by měli poskytovatelé hospicové paliativní péče, sdružení v asociaci splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita (Svatošová, 2019).

I když byla v České republice paliativní péče primárně určená pro onkologické pacienty a jejich rodiny, v posledních letech je tato péče určená i pro pacienty v terminálních stádiích nevyléčitelných onemocnění, do které spadají i obyvatelé pobytových zařízení sociálních služeb. Komplikace je bohužel v rovině legislativní, protože paliativní péče spadá do oblasti zdravotní a pobytové zařízení do oblasti sociální. O to víc je kladen důraz na mezioborovou spolupráci. V současné době ale již můžeme vidět snahy o rozšíření paliativní péče také do oblasti sociálních služeb (Pechová et al., 2020).

## **1.2 Legislativa v paliativní péči**

Základní právní rámec paliativní péče najdeme v samotné Listině základních práv a svobod (dále jen LZPS). Zejména pak v článku 6 a 10: „*Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života. Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života*“.

Definice paliativní péče dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách §5 písmeno h) zní takto: „*Paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí.*“ Dále pak je v § 10 odst.1

písmeno a) b): „Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou a) návštěvní služba, b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče“.

V souvislosti s legislativou, která se týká paliativní péče je důležité zmínit také **institut „dříve vysloveného přání“**. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách § 36 se zabývá možností, že pacient může předem vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotní péče v případě, že by se dostal do stavu, kdy není schopen vyjádřit svou vůli. Lékař má za povinnost respektovat dříve vyjádřené přání pacienta, pokud je k dispozici a pokud je situace předvídatelná a pacient není schopen vyjádřit nový souhlas nebo nesouhlas. Dříve vyslovené přání musí být písemné a opatřené úředně ověřeným podpisem pacienta, a musí být provázeno písemným poučením o důsledcích rozhodnutí lékařem. Takové přání se zaznamenává do zdravotnické dokumentace pacienta. Nicméně existují situace, kdy není dříve vyslovené přání respektováno, například pokud došlo k významné změně ve stavu pacienta nebo pokud by jeho naplnění ohrozilo ostatní osoby.

V České republice bohužel dosud chybí samostatný zákon týkající se paliativní péče. I když se objevují snahy poslanců takový zákon připravit.

### 1.3 Indikace paliativní péče

Paliativní péči může indikovat pouze lékař, který by měl včas rozpoznat zdravotní stav pacienta. Lékař by měl přizpůsobit péči s cílem udržet dobrou kvalitu života. Je také zodpovědný za informování pacienta o dalším průběhu onemocnění a za stanovení plánu další péče. Měl by také určit, zda pacient potřebuje pouze obecnou paliativní péči, nebo zda jeho stav vyžaduje konzultaci či péči specialisty na paliativní péči (Sláma et al., 2013, s. 8-9).

Loučka (2014) na konferenci TEDx Talks v Kroměříži zmiňuje, že včasné zavedení paliativní péče je velmi důležité a může prodloužit a zkvalitnit pacientovi život. Podle něj by bylo výhodnější, kdyby se paliativní péče poskytovala současně s léčbou. Pacient by byl léčen a zároveň dostával podporu od paliativního týmu formou vysvětlování situace, seznamování se s možnostmi a nastavováním plánů ve spolupráci s rodinou. Paliativní péče by tedy neměla začínat až poté, co skočí léčba pacienta, ale měla by být do ní implementována v jejím průběhu. Loučka hovoří o tzv. včasném integrovaném přístupu paliativní péče.

## 1.4 Etika v paliativní péči

Etika v paliativní péči vychází ze základních etických principů, které jsou platné i pro další obory medicíny a sociální práce. Zahrnuje důležité aspekty jako je zachování lidské důstojnosti, aktivní naslouchání potřebám pacientů a jejich rodin, a poskytování péče s ohledem na individuální hodnoty a přání. Kalvach (2010, s. 21) uvádí že: *„základním východiskem pro paliativní péči je nepozbyitelná hodnota a ochrana lidského života, a to i ve specifických podmínkách umírání“*.

Autoři Prokop a Kabelka (Sláma, 2011) sepsali základní etické principy v paliativní péči:

- **Autonomie** – možnost vlastní volby
- **Informovanost pacienta** – právo na informace či právo tuto informaci odmítnout
- **Beneficence** – prospěšnost péče
- **Nonmaleficence** – neškodit péčí
- **Spravedlivost** – stejná práva

Autoři apelují na fakt, že při uplatňování těchto principů je důležité zohlednit individuální stav umírajícího. Jednotlivé principy totiž mohou být v konfliktu. V takových situacích je důležité zvolit takový přístup, který nejlépe řeší potřeby a problémy konkrétního člověka. (Sláma, 2011, s. 319-320). Například princip **beneficence a nonmaleficence**. Princip beneficence zavazuje lékaře k jednání ve prospěch pacienta, zatímco princip nonmaleficence zdůrazňuje povinnost neubližovat. V některých případech může dojít k rozporu mezi tím, co lékař považuje za prospěšné a co pacient považuje za přijatelné.

Malíková (2020) zmiňuje, že k porušování etických zásad a principů v paliativní péči může docházet v mnoha oblastech. Autorka uvádí například: nevhodná komunikace, snižování závažnosti zdravotního stavu, neuctivé zacházení s umírajícím, nadměrná tlumící medikace, ale i propagace legalizace eutanazie.

## 2 DOMOV PRO SENIORY

Před tím, než se detailněji zaměřím na domovy pro seniory, je nezbytné se nejprve definovat, kdo jsou senioři a jaká je role sociální práce v rámci jejich podpory.

Vzhledem k rostoucímu podílu stárnoucí populace se senioři stávají významnou skupinou jedinců vyžadujících sociální péči. Tento trend nese mnoho ekonomických, sociálních a zdravotních důsledků, jak pro jednotlivce, tak i celou společnost. Díky prodlužování délky života potřebují senioři podporu a péči po delší dobu než v dřívějších dobách. Zároveň jsou často závislí na různých formách státní podpory a sociálních služeb. Sociální práce se seniorem se zaměřuje na poskytování podpory a péče, která respektuje specifické a individuální potřeby seniorů. Tito lidé čelí postupné ztrátě soběstačnosti, zdravotním obtížím a často i osamělosti (Ondrušová et.al., 2019).

V České republice je člověk obvykle považován za seniora od dosažení věku 65 let. Toto věkové rozmezí je běžně používáno v různých oblastech, jako jsou zdravotnické služby, sociální péče a statistik (ČSÚ, 2023). Věk ale není jediné kritérium pro poskytování sociální práce. Cílem sociální práce je zaměřit se především na nejzranitelnější skupiny, jako jsou osoby trpící dlouhodobými nemocemi, omezujícími poruchami pohybu či kognitivními problémy, stejně jako na ty, kteří jsou izolováni nebo sociálně vyloučeni. Sociální práce spočívá v poskytování podpory, navigaci v dostupných službách a pomoci při řešení praktických, emocionálních a sociálních problémů, aby mohly tyto osoby žít co nejlépe a zachovat si co největší míru důstojnosti a autonomie (Matoušek et al., 2010, s.163).

V nedávné minulosti, tedy před rokem 1989, byla situace v péči o seniory velmi neuspokojivá. Stejně tak jako např. lidé s postižením, nemocní, umírající, tak i staří byli odsunuti do ústavní péče, bez zájmu o individuální potřeby. Lidé neměli možnost výběru zařízení, ale ani péče. Byli pouze pasivními příjemci péče, bez šance žít podle svých dosavadních zvyklostí a rytmu. Stávali se pouze objektem sociální péče, nikoliv jeho subjektem. Často docházelo k porušování jejich práv a nebyla respektována jejich důstojnost. Výrazná změna nastala po vzniku zákona o sociálních službách v roce 2006. V současné době jsou služby pro seniory plánovány individuálně, ve spolupráci se samotným klientem, aby byl v co největší míře do aktivit sám zapojen a nebyl jen pasivním příjemcem. Zároveň došlo k rozdělení různých pobytových služeb (léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, hospice), aby byla péče lépe cílená (Malíková, 2020).



Domovy pro seniory poskytují celodenní pobytové služby pro seniory, vyžadující komplexní a dlouhodobou péči. Tato zařízení poskytují bezpečné a komfortní prostředí pro své obyvatele, často s možností individuální péče, lékařského dohledu a sociálních aktivit. Jsou určeny osobám, kteří se již o sebe a svou domácnost nedokáží samy postarat, a to ani za pomoci svých blízkých. Služby se poskytují na základně uzavřené smlouvy a za úplatu (Vrtišková, 2009).

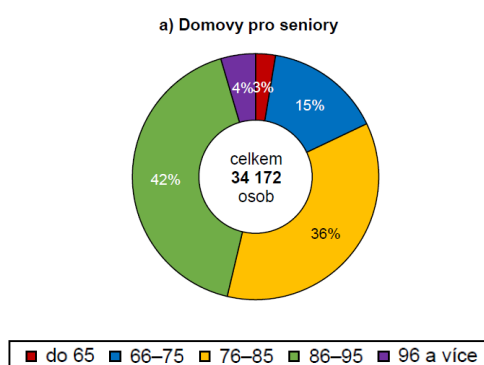
Domov pro seniory je Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) specifikován jako služba pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu jejich věku. Tyto osoby potřebují pravidelnou asistenci a pomoc pro zvládnutí běžných činností. A to především v zajištění ubytování, přípravě a podávání stravy, péči v oblasti hygieny, hájení jejich práv, ale také zprostředkování sociálního a společenského kontaktu (MPSV, 2020).

Mezi metody sociální práce se seniory v domovech pro seniory patří především aktivizační programy zaměřené na podporu pohyblivosti a soběstačnosti, ale také na začlenění do komunity. Jedná se zejména o reminiscenční terapie, ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, trénink paměti a posilování kognitivních funkcí (Ondrušová et. al., 2019).

## 2.1 Statistický přehled domovů pro seniory v ČR

Dle Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) žilo v České republice ke konci roku 2022 celkem 2,2 mil seniorů. Z toho 34 172 jich žilo v celkem 525 domovech pro seniory s kapacitou 35,8 tis. lůžek. (Pro srovnání, v roce 2007 bylo k dispozici 459 domovů pro seniory). Domov pro seniory byl nejčastěji využívanou pobytovou službou. Nejčastěji v domovech pro seniory žili senioři ve věku 86–95 let (42 %) – viz Graf č.1. (ČSÚ, 2023).

Graf č. 1 - Struktura klientů v domovech pro seniory podle věku k 31. 12. 2022.



Zdroj: ČSÚ, 2022

ČSÚ (2023) dále uvádí, že nejčastější důvod úmrtí seniorů je chronická ischemická choroba srdeční, onemocnění oběhové soustavy, cévní nemoci mozku, srdeční selhání, zhoubné nádory, Alzheimerova nemoc a vaskulární demence a cukrovka. V letech 2020–2021 byl nejčastějším důvodem covid-19. V roce 2022 senioři nejčastěji umírali ve zdravotnických zařízeních (66 116 osob). Na druhém místě byl jejich domov (25 739 osob) a třetí v pořadí bylo zařízení v sociálních službách, kde zemřelo 11 836 osob.

S ohledem na rychlý nárůst počtu seniorů v České republice a počet domovů pro seniory a jejich lůžkovou kapacitu, je evidentní, že počet domovů je nedostatečný k uspokojení rostoucí potřeby. Stát by měl sledovat a reagovat na demografické změny a zajišťovat, aby počet domovů pro seniory odpovídal potřebám stárnoucí populaci.

## **2.2 Legislativa domovů pro seniory**

V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jsou domovy pro seniory definovány v paragrafech 34, 49 a 73. § 34 definuje domov pro seniory jako zařízení sociálních služeb. § 49 popisuje komu jsou domovy pro seniory určeny (osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby). Dále jaké služby jsou poskytovány (ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí). Skutečnost, že sociální služby poskytované v domovech pro seniory jsou za úhradu, je řečeno v § 73 tohoto zákona.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, se v § 15 upřesňuje a specifikuje provádění základních činností poskytovaných služeb v domovech pro seniory. Je zde uvedena také maximální denní výše úhrady za poskytované služby. Důležitým dokumentem je také Příloha č. 2 této Vyhlášky s názvem „Obsah standardů kvality sociálních služeb“. Jsou zde popsány kritéria, cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, jako například: ochrana práv, jak jednat se zájemcem o službu, jak s ním uzavřít smlouvu, jak s ním individuálně plánovat. Každý poskytovatel sociálních služeb musí tyto standardy dodržovat, ale také vypracovat konkrétní podmínky dle druhu poskytované služby a dle cílové skupiny.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR) vydala v roce 2015 doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR, kde jsou detailně popsány

všechny činnosti v domovech pro seniory, tak jak by měly vypadat poskytnuté služby na vysoké úrovni. Jsou zde zmiňovány úrovně ubytování, stravování, kultury a volného času, partnerství a péče. Zahrnuje detaily jako vybavení pokojů, regulaci teploty a denního světla, velikost místností a nabídku jídel. Klade důraz na individuální přístup, komunikaci a respektování potřeb seniorů a zahrnuje i terapeutické aktivity, rehabilitaci a prevenci pádů, podvýživy a dehydratace. Dokument vznikl zejména za účelem podpory a motivace pro všechny poskytovatele této sociální služby (APSS ČR, 2015).

### **2.3 Poskytování zdravotní péče v domovech pro seniory**

Povinnosti všech poskytovatelů sociálních služeb jsou uvedeny v § 88 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterých ale není uvedeno, že by tato zařízení měla poskytovat zdravotní péči. Zdravotní péči mohou poskytovat dle Zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu pouze zdravotnická zařízení. Domovy pro seniory tedy povinnost poskytovat zdravotní péči nemají, ale mohou ji zprostředkovat.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 35 odst. 4, je uvedeno, že vedle základních činností při poskytování sociálních služeb je možné fakultativně zajistit další činnosti. Domovy se tak dle § 36 tohoto zákona mohou rozhodnout poskytovat ošetrovatelskou a rehabilitační péči, a to prostřednictvím zaměstnanců s odbornou způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání. Tyto úkony nemusí indikovat lékař ani nepodmiňují k registraci domova jako zdravotnického zařízení. Pokud se ale vedení domova rozhodne zdravotní péči přeci jen poskytovat, musí se registrovat jako nestátní zdravotnické zařízení včetně dodržení a splnění všech ustanovení zákona č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních (Prošková, 2010).

Současný nejasný legislativní rámec poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních, dle mého názoru komplikuje do značné míry i rychlejší integraci paliativní péče v pobytových zařízeních, do které spadá i domov pro seniory. V Doporučeném standardu kvality pro domovy pro seniory ČR (APSS ČR, 2015) je zdravotní péče zmiňována jako důležitá služba pro klienty, kteří se díky tomu mohou cítit v domově bezpečněji a komfortněji. Avšak obsah nebo spíše rozsah zdravotní péče již ve standardu uvedený není, jelikož plně spadá do kompetence lékařů, kteří většinou nejsou zaměstnanci domovů. Pro klienty domova je ale zásadní péče ve formě rehabilitace – přítomnost fyzioterapeuta v domově a ošetřování – do které spadá např. prevence proti vzniku proleženin, individuální nutriční plán či kontroly pitného režimu. Všechny tyto činnosti mohou klientům zlepšovat kvalitu života, a to jak po fyzické, tak psychické stránce.

V dubnu roku 2024 se sešli ministr práce a sociálních věcí a ministr zdravotnictví a společně představili návrh zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Hlavním cílem těchto úprav je zavedení tzv. sociálně-zdravotních služeb, které umožní efektivní kombinaci a koordinaci poskytování sociálních a zdravotních služeb v rámci jedné služby. Tento zákon, zaměřený na efektivní propojení sociálních a zdravotních služeb, by měl vstoupit v platnost v lednu 2025 (CUT CITORES, 2024).

### 3 PALIATIVNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY

V domovech pro seniory je smrt častým jevem, se kterým se musí vyrovnávat jak klienti, tak zaměstnanci. Nedávná praxe s umírajícím klientem v domově pro seniory nebyla však příliš uspokojivá. Pracovníci domovů nebyli na fázi umírání dostatečně připraveni. Nebyli kvalifikovaně proškoleni ani na rozpoznání příznaků umírajícího pacienta ani o péči o něj. Neočekávané zhoršení zdravotního stavu bylo řešeno voláním rychlé záchranné služby a přesunem do nemocnice. Klienti se po hospitalizaci často vraceli v horším stavu, v mnoha případech se již nevrátili do domova a zemřeli v nemocnici. Výsledkem byl jak nedůstojný odchod klienta, tak i traumatizovaný tým pečovatелů (Hrdá et al., 2018).

Dle vzoru ze zahraničí se i v ČR hovoří o tzv. **paliativním přístupu**, který nabízí srozumitelnější rámec i pro pracovníky v sociálních službách. Paliativní přístup můžeme chápat jako vstřícný postoj pečujících osob k procesu umírání s respektem na přání pacienta a jeho rodiny. Jde především o uvědomění si, že i smrt patří k životu, že umírání je život (Pechová et al., 2020). Paliativní přístup popisují autoři Radbruch et al., (2010, s. 26): *„představuje cestu, jak integrovat metody a postup paliativní péče do prostředí, která nejsou na paliativní péči specializována. Tento přístup zahrnuje nejen farmakologické a nefarmakologické opatření pro tlumení příznaků, ale také komunikaci s pacientem a rodinou...“*

V posledních letech se postoj k poskytování paliativní péče v domovech pro seniory postupně mění. Stále ale nejde hovořit o sjednoceném postupu. Některé domovy zavedení paliativní péče odmítají, jiné spolupracují s mobilními hospicemi a existují i zařízení, které se do zavedení péče zapojily samy (Koubová, 2018).

Pro změnu v pohledu na zavedení paliativní péče do domova pro seniory je zásadní myšlenka, že domov pro seniory se stává pro klienty „domovem“, kde žijí i umírají. Péče o klienty, v rámci jejich pobytu v domově pro seniory, by tedy měla zahrnovat i péči v závěru jejich života, a to jak kvalitu fyzickou a duševní ale také spirituální (Pechová et al., 2020).

Podle Jiřího Horeckého, ředitele APSS ČR, patří mezi překážky poskytování paliativní péče v domovech pro seniory: *„strach z tématu umírání a smrti ve společnosti, nerealistická očekávání rodinných příslušníků, nespolečenská spolupráce mezi profesemi, zejména na zdravotně-sociálním pomezí, nedostatečné množství personálu na směně, málo vzdělaný personál, nevyjasněnost mnoha otázek v konceptu paliativní péče v ČR“* (Koubová, 2019).

### 3.1 Specifika paliativní péče v domovech pro seniory

Zdravotní stav klientů domova, kteří přichází do zařízení, bývá často velmi kritický, a jejich pobyt v těchto zařízeních se tak zkracuje, často i na několik málo měsíců či týdnů. Pracovníci v domovech pro seniory se proto mnohdy setkávají s lidmi v až posledních dnech jejich života. Nemají tak dostatečný prostor se s klienty seznámit, navázat bližší vztah, rozpoznat jejich přání, jejich hodnoty a zvyklosti. Což mnohdy komplikuje jejich práci při doprovázení těchto klientů v jejich posledních fázích života (Dražilová, 2014).

V domovech pro seniory je pro všechny zúčastněné proces umírání náročným obdobím. Poskytování péče v této fázi života je ukázkou profesionality a etiky daného zařízení. Péče o umírajícího a jeho blízké, stejně jako následná podpora pro pozůstalé, by měla být v souladu s obecně platnými hodnotami a etikou paliativní péče. Důležité je ale nezapomínat na specifické odlišnosti umírajícího seniora, jako je často vysoký věk, křehkost, polymorbidita, progresivní chronických nemocí, imobilita, demence a omezení či ztráta schopnosti o osobě rozhodovat. U seniorů je z těchto důvodů obtížná prognóza a odhad průběhu umírání (Malíková, 2020).

Mezi typické obyvatele domovů patří tzv. geriatricky křehcí senioři, kteří potřebují zvýšenou pomoc při zvládnutí základních potřeb. Často je tento stav doprovázen onemocněním demencí. Takový senior má postupný úbytek kognitivních funkcí, omezení pohybu a příjmu potravy. Senior přestává komunikovat či reagovat na podněty. V takové fázi je pak velmi složité poznat, kdy se blíží konec života a kdy se na fázi umírání připravit (Hrdá et al., 2018).

Sláma et al., (2013, s. 8) k pacientům s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání uvádí: „*u těchto pacientů je třeba pečlivě posoudit způsobilost k rozhodování s jednotlivými léčebnými postupy i s celkovým plánem péče. V případě pacientovy nezpůsobilosti je třeba plán paliativní péče realizovat v pacientově nejlepším zájmu společně se zákonným zástupcem a v konsenzu s pacientovými blízkými.*“

Kolektiv autorů (Hrdá et al., 2018) sepsali 4 základní procesy při plánování poskytování paliativní péče v domově pro seniory. Plánování se zaměřuje na pochopení přání klienta, ale hlavně počítá i s možností, že v jednu chvíli o sobě klient již nebude schopen rozhodovat sám.

- **Plán budoucí péče** – klient si sám definuje, jak chce trávit svůj čas, tak aby ho prožil kvalitně a důstojně dle přání a preferencí. Základem jsou rozhovory s klientem a jeho rodinou.
- **Plán péče v závěru života** – jak postupovat v případě zhoršení zdravotního stavu. To

je moment, kdy je klientovi indikována terminální fáze onemocnění. Tato fáze je označována jako „Paliativní režim“. Klient má možnost určit jak a kde chce zemřít.

- **Plán výkonu péče v závěru života** – specifikace péče závazná pro všechny pracovníky domova. Klient tak může vyjádřit přání jak a kdo o něj bude pečovat.
- **Plán péče po úmrtí** – přání klienta a jeho rodiny po úmrtí.

Aby byli klienti i pracovníci domova připraveni na případný nepříznivý vývoj onemocnění, Pechová et. al., (2020) doporučují včasné sepsat výše uvedené podrobné plány péče. Pokud to již možné není, pracovníci poskytují péči tak, aby byla co nejvíce zajištěna kvalita života a důstojnost v úzké spolupráci s jeho rodinou.

Plán péče v závěru života by měl dle Ivanovové et al., (rok neuveden, s. 24-25) obsahovat: *„shrnutí stávajícího stavu, záznam diagnózy a prognózy stavu klienta, přání a představy klienta o budoucí péči, přání a představy blízkých, dohodu o cílech péče, dohodu o dalším postupu v péči, stanovení / stvrzení hlavní kontaktní osoby pro rozhodování, limity plánu péče a způsob jejich ošetření“*. Autoři dále uvádí: *„plán péče v závěru života je výsledkem řady rozhovorů mezi klientem, rodinou, týmem domova, lékařem a měl by být pravidelně aktualizován“*.

### 3.2 Integrace paliativní péče do domovů pro seniory

Zavedení paliativní péče záleží zatím pouze na rozhodnutí domova. Motivace by měla být především v tom, že bude zajištěno důstojné dožití klientů, ale také spokojenost zaměstnanců, kteří se lépe vyrovnají s odchodem lidí, o které pečují (Dražilová, 2014).

Jedním z průkopníků v zavádění paliativní péče do domovů pro seniory byl Domov Sue Ryder v Praze. K jejich rozhodnutí přispělo v roce 2013 zavedení biografické práce tzv. Biografická kniha, díky které lépe poznávali své klienty. V roce 2014 se Domov Sue Ryder obrátil na hospic Cesta domů, aby jim pomohli s doprovázením dvou klientek. Právě díky lepšímu povědomí o klientech a úspěšné spolupráci s hospicem, je navedl k myšlence zavést paliativní péči i do jejich zařízení (Vodičková, 2023).

V letech 2015–2018 se v Domově Sue Ryder, díky podpoře nadačního fondu Avast, rozhodli zrealizovat projekt „Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory“. Účelem projektu bylo zjistit, za jakých okolností je možné poskytovat paliativní péči v domovech pro seniory. Na základě získaných dat a poznatků byl vytvořen metodický materiál „Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory“ (Pechová, 2020). Průvodce obsahuje detailní návod pro plynulé

zavedení paliativní péče do dalších domovů. Nechává prostor pro rozhodování, v jaké formě a rozsahu bude péče poskytována. Průvodce obsahuje návod např. (Hrdá et al., 2018):

- 1) **jak vyhodnotit vlastní zdroje** – prostředí a vybavení domova; zaměstnanci – kapacita, vzdělání, motivace; kultura domova a přístup ke klientům; vize a plány;
- 2) **jak vyhodnotit vnější zdroje** – co požadují klienti; přítomnost lékaře v domově; spolupráce s dalšími organizacemi v paliativní péči a zdravotnictví, jak financovat péči;
- 3) **jak vzdělávat a podporovat zaměstnance** – úroveň znalostí; motivace; témata pro dozdělení dle jednotlivých pracovníků; typy na školení a kurzy;
- 4) **jak nastavit metodické materiály, postupy a definovat principy** – terminologie; kompetence; pravidla péče, rozdělení úkolů; bezpečnost práce; způsob komunikace; plánování péče, postupy při úmrtí klienta;
- 5) **jak poskytovat paliativní péči** – úprava prostředí; komunikace s klientem a rodinou; komunikace se spolubydlicím; péče po úmrtí; pozůstalostní péče.

Následoval další projekt s názvem „Podpora udržitelnosti paliativní péče v domově pro seniory Sue Ryder“ (2018-2021), podpořený prostředky z Evropského sociálního fondu, Operačního programu Zaměstnanost. Cílem projektu bylo nejen zajištění pokračování v poskytování paliativní péči v Domově Sue Ryder, ale zejména podpora při zvyšování její kvality, vznik metodických materiálů a nastavení systému vzdělávání. Díky tomuto projektu vznikl například metodický materiál „Proces plánování budoucí péče v domově pro seniory“, který může být návodem pro další zařízení tohoto typu, která se rozhodují pro zavedení paliativní péče do jejich zařízení (Sue Ryder).

Na základně těchto zkušeností se v Domově Sue Ryder rozhodli inspirovat i další domovy pro integraci paliativní péče. Oslovili proto Nadační fond Abakus, který je nástupcem nadačního fondu Avast. Díky aktivitám Abakusu, vznikl v roce 2021 „Pilotní program paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory“. Nyní již probíhá druhý ročník. Program má za cíl zvýšit dostupnost paliativní péče v domovech pro seniory, umožnit sdílet zkušenosti a poskytnou vzdělávání v této oblasti. Díky zapojení do Programu mají domovy pro seniory možnost se vzdělávat v oblasti paliativní péče, dozvědět se o legislativním rámci paliativní péče nebo o možnostech financování takové péče. Program nabízí všem účastníkům také přidělení individuálního mentora, který pomůže v domově nastavit metodické postupy a přístupy v péči či způsob vzdělávání



všech zaměstnanců. Odborným partnerem Programu je Centrum paliativní péče a Domov Sue Ryder. Program vychází z myšlenky, že poskytování paliativní péče přispívá ke zkvalitnění života klientů včetně jeho blízkých. A to jak v péči, tak i v otevřenosti k tématu umírání (Abakus, 2021). Programu se v letech 2021-2022 zúčastnilo 15 domovů v ČR. Díky tomuto projektu se řada z nich rozhodla zavést paliativní péči do svých zařízení (Abakus, 2023).

Jedním z dalších důležitých počínů ke zlepšení paliativní péče v domovech pro seniory byla iniciativa APSS ČR, která v roce 2018 dle švýcarského modelu vyvinula a zavedla systém „Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách“. Certifikace se soustředí na implementaci paliativního přístupu v pobytových sociálních službách na úrovni obecné paliativní péče a na zajištění kvality péče v poslední fázi života s důrazem na uspokojování bio-psycho-socio a spirituálních potřeb klientů. Cílem certifikace je podpora zvyšování kvality poskytovaných služeb, ale také osvěta tématu umírání v rámci ČR (Pechová, et al., 2020).

V rámci certifikace jsou hodnoceny zpracované koncepty, ustálené postupy a přístupy ke klientům v zařízení žadatele, a to v následujících oblastech (APSS ČR, 2019):

- Koncepce paliativní péče
- Zjišťování potřeb klienta
- Individuální přístup a péče
- Práva klienta
- Lékařské zajištění
- Koordinace péče, spolupráce a komunikace
- Podpora pracovníků
- Spolupráce a zapojení blízkých osob
- Kultura rozloučení
- Vzdělávání v paliativní péči

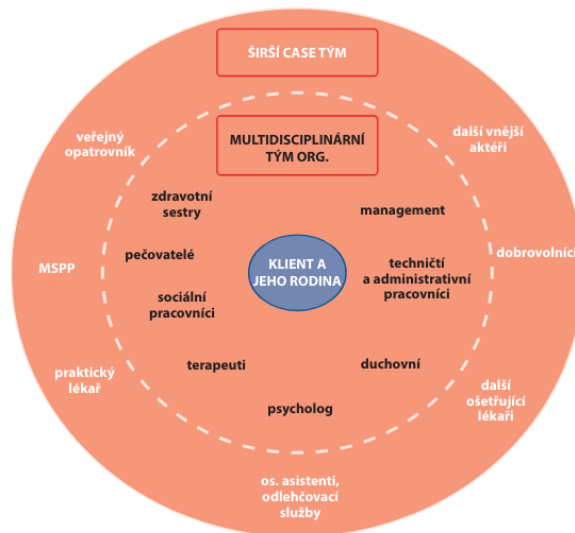
APSS ČR nabízí také podpůrné konzultace, systém vzdělávacích kurzů a provedení šetření v rámci zařízení, které má o udělení certifikátu zájem. V současné době má v ČR certifikát 9 pobytových sociálních zařízení, z toho 7 domovů pro seniory (APSS ČR, 2019-2024).

### 3.3 Pracovníci v paliativní péči v domovech pro seniory

Senioři přicházejí do domova prožít závěrečnou fázi svého života. Pracovníci domova by jim měli poskytnout prostor, kde mohou bilancovat či rekapitulovat svůj život. Klienti se často potýkají s onemocněním, které již nelze léčit nebo by taková léčba přinášela obtíže, a byla by ve svém důsledku spíše zátěží než přínosem. Paliativní péče i v domovech pro seniory zajišťuje neustálou péči o trýznivé příznaky nevyléčitelného onemocnění na všech úrovních. Pracovníci domova mohou svým klientům nabídnout podporu a péči, která jim umožní prožít toto období důstojně a dle jejich přání. Paliativní péče je týmová práce odborníků z více odvětví, mluvíme o ní jako o multidisciplinární spolupráci, respektive o multidisciplinárním týmu (dále jen MDT). Součástí takového týmu jsou: sociální pracovníci, zdravotní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, pečovatelé v přímé péči, nutriční terapeuti, psychologové, ale i duchovní, pokud si to klient přeje. Za člena týmu je brán i sám klient a jeho rodina. Důležitým aspektem tohoto týmu je komunikace, flexibilita a předávání informací (Malíková, 2020).

Autoři Hrdá et al., (2018) navíc MDT rozšiřují i o externí tým. Jde o např. o dobrovolníky či praktického lékaře. Viz obrázek č. 1.

**Obrázek č. 1 – Složení Multidisciplinárního týmu**



*Zdroj: Hrdá et al., 2018, s. 109*

Každý domov může mít tento tým sestaven různě, dle možností, kapacit a využitelnosti. Ve výše uvedeném složení MDT není zahrnuta pozice koordinátora paliativní péče, kterou do paliativní péče přinesl v roce 2021 „Pilotní program paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory“ (Abakus, 2021).

## 4 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI V DOMOVECH PRO SENIORY

Po úvodním teoretickém seznámení se s konceptem paliativní péče a představení domovů pro seniory v ČR je nyní nezbytné zaměřit se na důležitý prvek této péče a služeb – sociální práci. Ta hraje zásadní roli v podpoře klientů a jejich rodin v obtížných životních situacích, což je důležité i v kontextu paliativní péče v domovech pro seniory.

### 4.1 Sociální práce

Sociální práce má bohatou historii s kořeny sahajícími až do starověkých civilizací, kde existovaly formy solidarity a vzájemné pomoci mezi jednotlivci a komunitami. Již ve starověkém Řecku a Římě existovaly organizace, které poskytovaly charitativní pomoc chudým, nemocným a opuštěným jedincům. I v našich krajinách má sociální práce svou dlouhodobou tradici. V čase se vyvinula do čistě profesionální disciplíny, která má své metody, cíle, přístupy a standardy práce, které vychází z legislativy, ale i etického kodexu (Matoušek, 2001).

Sociální práce je široký pojem, má mnoho definic a pojetí. Mění se v čase a na základě vývoje celé společnosti. Reaguje na potřeby lidí, ale i na politické, ekonomické a kulturní uspořádání státu. Vychází z poznatků dalších oborů, jako je psychologie, filozofie, sociologie, ale i práva. Hlavním cílem sociální práce je aktivizovat, poskytovat podporu a odborné poradenství. Jde o multidisciplinární obor zaměřený na zkoumání a řešení sociálních problémů, kterým lidé, skupiny nebo komunity čelí. Nabízí poradenství lidem v komplikovaných či obtížných životních situacích, s důrazem na zlepšení jejich životních podmínek. Zajišťuje ochranu jejich lidských práv (Vrtišková, 2009).

Matoušek (2016) definici sociální práce popisuje takto: „*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu*“.

Sociální práce je nezbytnou součástí systému sociálního zabezpečení a sociální politiky státu. Tento obor hraje klíčovou roli v sociálním systému, který pomáhá

lidem překonávat překážky a bojovat proti sociální nerovnosti a diskriminaci. Sociální práce pokračuje ve svém vývoji a adaptaci na nové sociální výzvy a problémy. Jednou z výzev je i stárnutí populace, péče o seniory a umírající občany.

## 4.2 Význam sociální práce v paliativní péči

V oblasti paliativní péče hraje sociální práce nezastupitelnou roli. Lidé, kteří se vypořádávají se závažným onemocněním, jsou v této životní etapě jednoznačně ohroženou skupinou, která potřebuje podporu. Čelí velké životní změně, kterou nemusí zvládat sami. Často se ocitají v sociální izolaci a závislosti na institucionální péči. Porozumění zákonům, správné plánování péče o blízké po jejich odchodu nebo přizpůsobení se blížícímu se konci života je jistě pro nemocného člověka velmi stresující. Systém sociální péče by měl poskytnout těmto lidem širokou škálu nástrojů pro zvládnutí této fáze života. Sociální práce by měla mít dvě roviny. První by se měla zaměřit na nemocného. Poskytnout mu podporu v přijetí nastalé situace. Předat mu informace, které služby státu může využít. Společně pak vymyslet postup a plán další péče. Druhý rozměr sociální práce by měla být osvěta paliativní péče. Mělo by jít o cílené působení na společnost s důrazem na bourání mýtů tématu umírání (Vorlíček et al., 2004).

Sedlářová (2020) uvádí: „sociální práce s umírajícími je především doprovázení a práce se ztrátami. Nemocný člověk a jeho rodina prožije od sdělení diagnózy a nepříznivé prognózy mnoho traumatických zážitků. Sociální práce nahlíží na klienta v kontextu celého jeho života a jeho životní situace pomocí specifických metod (individuální pomoc, skupinová práce, komunitní práce, systémová práce, case-management) a profesionálních kompetencí (schopnost komunikace, motivační rozhovory, krizová intervence, vřelost, umění naslouchat, soucit, trpělivost, doprovázení dle jednotlivých fází umírání apod).“

Sociální práce by se měla zaměřit i na podporu **neformálních pečujících**, kteří pečují o své nemocné blízké v jejich domácím prostředí. Péče často negativně ovlivňuje jejich ekonomickou situaci a má i nepříznivý dopad na jejich duševní zdraví. Podpora by měla zahrnovat poradenství, vzdělávání v pečovatelských dovednostech či finanční pomoc. Tyto formy pomoci mohou pečujícím pomoci udržet jejich životní úroveň během péče a zároveň jim zaručit možnost návratu na původní pracovní pozici po jejím skončení (Horecký, 2024).

### 4.3 Sociální pracovník

V historické kontextu má profese sociálního pracovníka stejný evoluční vývoj jako sama sociální práce. Již v dávné době existovaly organizace na podporu a rozvoj jejich práce – kolegia, cechy, profesní organizace, církevní řády, aj. (Matoušek, 2021).

Matoušek (2016) uvádí: *„Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“*.

Roli sociálního pracovníka bych popsala jako profesní činnost, poskytující různé druhy pomoci a podpory, včetně individuálního poradenství, terapie, koordinace služeb, zajištění materiální pomoci, komunitního rozvoje a práce s rodinami. Jeho práce je zaměřena na posilování jednotlivců a komunit, aby se dokázali vyrovnat se svými problémy a dosáhnout svých cílů. Sociální pracovník se ve své činnosti nezaměřuje pouze na klienta, který řeší obtížnou životní situaci, ale i na jeho blízké okolí, rodinu a přátele. Tento rozšířený záběr je důležitý právě v oblasti sociální práce v paliativní péči.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách popisuje sociálního pracovníka jako osobu: *„která 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“*. Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je dle tohoto zákona daná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost, ale také odborná způsobilost.

Podle Malíkové (2020) sociální pracovník vykonává různorodou práci, která zahrnuje dodržování platných zákonných i vnitropodnikových předpisů, znalostí a standardů sociálních služeb, zachovávání důvěrnosti a kooperaci s kolegy. Zásadní je také respektování přání, potřeb a individuálních požadavků klientů a individuální přístup ke každému z nich. Znalost oboru, schopnosti komunikace a uvědomění si svých pravomocí jsou také klíčové prvky, které sociální pracovník má mít na paměti a nepřekračovat je.

#### 4.4 Role sociálního pracovníka v domovech pro seniory

V rámci své role má i v domovech pro seniory sociální pracovník rozsáhlou agendu. Je většinou první, kdo je s klientem a jeho rodinou v kontaktu. Provádí klienty po celou dobu jejich pobytu a poskytuje jim poradenství nejen o samotném zařízení, ale i o dostupných službách mimo domov (Malíková, 2020).

Podle Malíkové (2020) lze činnosti sociálního pracovníka rozdělit do tří částí: práce se zájemcem o službu, péče o přijatého klienta a pomoc pozůstalým po úmrtí klienta.

**Zájemce o službu** – pro zájemce o službu poskytuje informace o zařízení, zprostředkovává jeho prohlídku, informuje klienty o nabízených službách a seznamuje je s domovním řádem a chodem zařízení. V případě potřeby provádí u zájemce sociální šetření. S klientem připravuje smlouvu o poskytování služby a zajišťuje její podpis.

**Přijatý klient** – po jeho přijetí do domova se sociální pracovník podílí na formulaci osobních cílů klienta a vede jeho osobní spis. Je stále v kontaktu s rodinou klienta. Dále předává informace o klientech ostatním pracovníkům a spolupracuje s nimi na plnění individuálních plánů. Dle aktuálního stavu klientů nabízí různé druhy volnočasových aktivit a terapií. Dohlíží na adaptaci klienta v domově. Součástí jeho práce je také administrativní podpora, zejména vyzvedávání pošty, vedení depozitního účtu, vyřizování žádostí o příspěvky na péči.

**Úmrtí klienta** – ani po úmrtí klienta práce sociálního pracovníka nekončí. Nabízí poradenské služby a oporu pozůstalým. Má také na starosti vydání osobních věcí zemřelého jeho rodině. Zařizuje i některé administrativní úkony spojené s úmrtím – např. oznámení o úmrtí na místních úřadech.

Janečková (Matoušek et al., 2010, s. 179) zmiňuje, že by role sociálního pracovníka v domově pro seniory měla být především ve vybalancování sociálně zdravotního prostředí. Člověk totiž nepotřebuje jen zdravotní péči, ale také běžné činnosti, na které byl ve svém životě zvyklý. Tento sociální rozměr právě svou činností dokáže zprostředkovat sociální pracovník. Spokojený klient pak může žít déle a aktivněji.

#### 4.5 Úloha sociálního pracovníka v paliativní péči v domovech pro seniory

Hlavní úlohou sociálního pracovníka v paliativní péči v domovech pro seniory by měla být především komunikace, koordinace péče a poradenství. Dle Malíkové (2020) mezi jeho úkoly patří:

- 1) **Poskytování emocionální podpory:** Sociální pracovníci poskytují emocionální

podporu nejen klientům, ale také jejich rodinám. Pomáhají jim se vyrovnat s emocemi spojenými s nemocí a umíráním, poskytují prostor pro vyjádření obav a smutku.

- 2) **Zajištění individuální péče:** Pomáhají klientům a jejich rodinám s plánováním individuální péče podle potřeb a jejich preferencí. To zahrnuje rozhovory o lékařských rozhodnutích, úpravách léčby, plánování péče v posledních dnech nebo týdnech života.
- 3) **Koordinace péče:** Sociální pracovníci spolupracují s MDT a dalšími odborníky, aby zajistili komplexní péči pro klienty.
- 4) **Zajištění podpory pro pozůstalé:** Po úmrtí klienta sociální pracovníci nabízejí podporu pozůstalým, včetně poradenství a pomoci s administrativními záležitostmi spojenými s úmrtím.

Role sociálního pracovníka v paliativní péči v domovech pro seniory není zatím přesně vymezena, každý domov může stanovené kompetence a obsah práce pojmout různě. Značná část jejich práce může být tak pouze administrativní. Proto jsou mnohdy sociální pracovníci chápáni jako administrativní podpora, která v případě potřeby odkazuje na ostatní pracovníky domova. Ideální stav je využít všech kompetencí sociálního pracovníka, zejména při komunikaci s klientem a rodinou; při vyjednávání a zprostředkování dalších služeb nebo jeho odborných znalostí při tvorbě metodických pokynů v organizaci (Hrdá et al., 2018).

Vorlíček et. al., (2004) uvádějí pracovní postupy sociálního pracovníka ve zdravotnictví, které jsou použitelné i pro sociálního pracovníka v rámci paliativní péče v domovech pro seniory. Sociální pracovník by se nejdříve měl seznámit se zdravotní dokumentací klienta, díky které se dozví o jeho aktuálním stavu a prognóze. Dalším krokem je shromáždění informací o životě klienta a jeho rodině. Jak sám vnímá svou situaci, jak ji chce řešit, kde potřebuje podporu, co chce zvládat sám nebo v rámci své rodiny. Jak si představuje svůj další život, co je pro něj důležité, jaké jsou jeho hodnoty. Na základě zjištěných informací může následně sociální pracovník nabídnout plán péče, kterou připraví již ve spolupráci s celým MDT. Plán péče jak v průběhu onemocnění, při zhoršení zdravotního stavu, ale také po úmrtí klienta.

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST

Během své praxe jsem měla možnost navštěvovat Domov Sue Ryder (dále jen DSR), což mi poskytlo jedinečnou příležitost lépe pochopit prostředí a péči poskytovanou v tomto zařízení. Jelikož zavádění paliativní péče do domovů pro seniory v České republice teprve v počátcích, považuji za přínosné zmapovat a popsat DSR jako vzorové pracoviště. Závěry této praktické části práce mohou sloužit i jako informace pro další zařízení tohoto typu, která zatím nejsou rozhodnuta paliativní péči implementovat do portfolia svých služeb

Praktickou část své bakalářské práce jsem rozdělila na dvě části. V první části popíšu zařízení DRS, jejich pojetí paliativní péče, složení a role jednotlivých pracovníků. Ve druhé části budu pomocí výzkumného šetření analyzovat, jak sociální pracovníci DSR hodnotí zavedení paliativní péče na jejich pracovišti, zda jsou spokojeni s formou poskytované péče vůči klientům a zda by stejný postup doporučili i jiným domovům pro seniory.

### 5.1 Domov Sue Ryder

DSR je nestátní nezisková organizace, která poskytuje své služby seniorům a jejich rodinám. V registru poskytovatelů sociálních služeb má registrovanou službu Domov pro seniory a Osobní asistence (MPSV, registr poskytovatelů služeb, rok neuveden). Dále nabízí služby sociálního poradenství, půjčovnu kompenzačních pomůcek, provozuje restauraci a charitativní obchod. DSR je také registrovaný poskytovatel zdravotnických služeb (odbornost 913). Obor péče: ergoterapeut, fyzioterapeut a všeobecná sestra. Druh služby: ošetrovatelská péče (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, 2024).

Filozofie DSR vychází z myšlenek a aktivit Lady Sue Ryder, která se podílela na rozvoji péče o nemocné a postižené osoby i na území Československa. DSR má své sídlo na Praze 4 v pronajatém objektu Michelského dvora. V areálu DSR je zahrada, restaurace, charitativní obchod, kaple, výstavní síň, domov pro seniory, administrativní budovy a ordinace praktického lékaře. Většina těchto prostor je volně dostupná pro širokou veřejnost. V DSR pracuje rozsáhlý tým odborníků, kteří poskytují komplexní služby pro klienty domova (Sue Ryder).

#### 5.1.1 Domov pro seniory

DSR provozuje domov pro seniory (dále jen „domov“) jako nepřetržitou pobytovou



službu pro osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se zdravotním postižením a pro seniory. Služba je určena klientům ve věku 65–80 let (mladší senioři) a nad 80 let (starší senioři) (MPSV, registr poskytovatelů služeb, rok neuveden).

Kapacita zařízení je 52 lůžek, která jsou rozdělena do dvou oddělení. V domově pečují o klienty jejichž průměrný věk je 87,5 let. 73 % klientů trpí některou z forem demence v různých stádiích. 94 % klientů má omezenou mobilitu, jsou buď upoutáni na lůžko či využívají nějakou kompenzační pomůcku. Většina klientů je ve III. a IV. stupni závislosti a čerpají příspěvek na péči. Domov primárně nepřijímá klienty, kteří by jinak patřili do domovů se zvláštním režimem a potřebují tak větší péči a dozor, kterou by jim domov nemohl poskytnout. V posledních letech se doba pobytu klientů v domově snižuje, zvyšuje se jejich věk při nástupu a navyšuje se také se počet jejich úmrtí. Přibližně 70 % klientů umírá v domově a 30 % umírá v nemocnici. Mezi lety 2019 až 2023 zemřelo v domově 76 klientů, z toho 54 v domově a 22 v nemocnici. Domovu náleží příspěvek na péči, který klient dostává od Úřadu práce. Nenárokovou položkou financování chodu domova je příjem ve formě daru od rodiny klienta (Sue Ryder, Vodičková 2023).

Poslání domova je poskytnout klientům kvalitní a individuální péči až do závěru jejich života. Kladou důraz na důstojnost, respektování soukromí a poskytování podpory ke zvyšování soběstačnosti podle individuálních potřeb s důrazem na rovný přístup ke všem klientům. Všichni klienti mohou v domově využít psychickou i duchovní podporu podle svých potřeb a přání, bez ohledu na zdravotní stav. Jednou z jejich předností je nyní i poskytování včasné paliativní péče. V domově pracují a kooperují různé profese z oblasti zdravotnictví a sociálních služeb tak, aby zajistily komplexní péči všem klientům. Jde o skupinu spolupracovníků, kteří mají shodné cíle, jasně vymezené role. Klíčovým prvkem je pravidelná a systematická komunikace a výměna informací (Sue Ryder, 2022).

Zájemci o pobytovou službu v domově vyplňují žádost o dlouhodobý pobyt. Žádost podává sám klient. Žádosti o pobyt v domově jsou posuzovány sociální komisí, která pracuje ve složení sociální pracovník, vedoucí zdravotní péče, vedoucí pečovatelů a manažer domova. Čekací doba na volné lůžko může být až 1 rok. Po uvolnění lůžka probíhá sociální šetření k ověření údajů v žádosti a jejich aktuálnosti. Kritéria pro přijetí zahrnují vůli žadatele, schopnost porozumět smlouvě, zdravotní stav, aktuální sociální situace a datum podání žádosti. Služba domova pro seniory je poskytnutá na základě smlouvy s klientem. Smlouva o poskytnutí služby je uzavírána na dobu neurčitou. Klientům je nabízena možnost trvalého bydliště (Sue Ryder).

Každý klient má svého klíčového pracovníka, který má s klientem bližší vztah. Provází ho v péči a dohlíží na jeho pohodlí. Zároveň od něj získává zpětnou vazbu na službu. Dotazuje se na jeho život a historii, co má rád a co ho baví. Vzniká tak Biografická kniha, která obsahuje např. fotografie, rodokmen, důležité momenty, které nějak významně ovlivnili jeho život. Tyto informace jsou podkladem nejen pro individuální plán, ale také pro lepší navázání či prohloubení vztahu s klientem. Obsahem takového plánu je specifikace komunikace, mobility, sebe péče – hygiena, oblékání, vylučování, příjem potravy, podpora zdraví, sexualita, spánek, denní aktivity, bezpečí a rizika, sociální vztahy, zvládání zátěžových situací, rituály, smyslové potřeby, spiritualita a představa o závěru života.

### **5.1.2 Paliativní péče v domově**

Jak je již uvedeno v praktické části, v DSR úspěšně prošli implementací paliativní péče do jejich domova. Tento krok byl motivován především nespokojeností s dosavadním systémem péče o umírající klienty. Díky odhodlání vedení DSR, využití znalostí z biografii svých klientů a pozitivním zkušenostem ze spolupráce s organizací Cesta domů se domov rozhodl pro tuto zásadní změnu.

Před zavedením paliativní péče byla situace neuspokojivá. Jelikož je domov sociální službou, není zde lékař neustále přítomen. V případě zhoršení stavu či akutního stavu, byl klient převezen do nemocnice, kde často umíral. Úmrtí bylo proto v domově spíše výjimkou. Otázkou bylo tedy, jakým způsobem přivést do domova paliativní přístup/péči a umožnit klientům zůstat ve svém prostředí i v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Po úspěšné spolupráci s hospicem Cesta domů a realizací projektů „Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory“ a „Podpora udržitelnosti paliativní péče v domově pro seniory“ je nyní paliativní péče do domova plně implementována. V rámci domova není paliativní tým, ale MDT, který se aktivně zapojuje do péče a je schopný paliativní péči poskytovat. Ale stále platí, že pokud má klient závažné zdravotní potíže, je stále možná sdílená specializovaná paliativní péče s hospicem Cesta domů. Což znamená, že klient nadále může zůstat v domově bez nutnosti převozu do nemocnice (Vodičková, 2023).

Vodičková (2023) zmiňuje základní podmínky pro poskytování paliativní péče v domově: *„nepřetržitá přítomnost zdravotní sestry, dostatečné personální zajištění, spolupráce MDT, motivace týmu, úzká spolupráce s praktickým lékařem, důvěra a znalost preferencí klienta/rodiny, pravidelné vzdělávání týmu včetně péče o něj, metodická*

*podpora (postupy, manuály...)*“. Dále autorka uvádí, že návrh na indikaci paliativní péče může vznést jakýkoliv člen MDT. Ale samotnou paliativní péči indikuje vždy lékař na základě zdravotního stavu klienta. A to vždy dle přání klienta jeho rodiny a po s dohodě domovem. Jde o tzv. třístrannou dohodu. Poté následuje sestavení plánu péče v závěru života a jeho pravidelná aktualizace. Plán paliativní péče sestavuje MDT, zodpovědnou osobou je koordinátor paliativní péče. V domově preferují včasné zavedení paliativní péče. Rozhodnutí do zavedení paliativní péče ale neznamená, že bude klientovi odepřena zdravotní péče. Důležitým faktorem paliativní péče v domově je dobré předvídání a plánování, ale také získání kompetencí od lékaře. Autorka upozorňuje na možné komplikace při poskytování paliativní péče v domově, mezi které podle ní patří např.: nepřítomnost praktického lékaře, fluktuace, financování – vykazování sdílené péče, nedostupnost léků, zkracování doby pobytu klientů v domově – není vybudován vztah a důvěra s klientem a jeho rodinou a není dostatečně zavedena včasná paliativní péče a plán péče v závěru života.

O klienta v paliativní péči pečuje MDT domova, na který je klient zvyklý. Péče probíhá v domově. V případě potřeby pomáhají se zprostředkováním zapojení specialistů v oblasti paliativní péče. Klíčová je spolupráce s rodinou. Součástí MDT domova jsou následující profese: sociální pracovník, koordinátor paliativní péče, pracovník v přímé péči, zdravotní sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut/asistent rehabilitace, aktivizační pracovník, psycholog, kaplan a koordinátor dobrovolníků. Stálým členem MDT není zdejší praktický lékař. MDT se pravidelně schází v rámci tzv. multidisciplinární porady na základě které se mimo jiné tvoří i individuální plán poskytované péče pro jednotlivé klienty. Porady se konají jednou týdně.

V rámci praxe jsem měla možnost individuálních setkání s některými členy MDT. Dotazovala jsem se na konkrétní činnosti v rámci jejich role v paliativní péči, ale i v době po úmrtí klientů. Měla jsem také možnost nahlédnout do standardů práce a metodických materiálů domova. Jelikož se ale většinou jedná o dokumenty, které jsou duševním vlastnictvím DSR, nemám oprávnění je zveřejňovat. V následujícím textu uvádím tedy pouze osobní poznatky.

### **5.1.3 Sociální pracovníci**

V domově působí 3 sociální pracovníci a vedoucí sociální práce na hlavní pracovní poměr. Hlavní obsah jejich práce v rámci paliativní péče je komunikace. Vedou rozhovory o závěru života jak s klienty, tak s rodinou. Podporují rodinu, aby se vyrovnala

s odcházením blízkého. S ohledem na přání klienta sestavují individuální plán. Podílí se na nastavení paliativní péče s ostatními členy MDT. Chrání zájmy klientů, kteří ztrácejí schopnost o sobě informovaně rozhodovat. V případě, že klient zemře, dozvídají se to obvykle od zdravotních sester. Dál tuto informaci předávají MDT, ale také ostatním klientům domova. Ideálně osobně těm klientům, kteří měli se zemřelým blízký vztah. Vyhotovují smuteční oznámení, které vyvěsí na nástěnky domova. Sepisují věci a cennosti klienta. Případně vyřizují vrácení půjčených kompenzačních pomůcek. Oznamují úmrtí rodině – vždy individuálně. Jde především o vyslovení podpory a nabídnutí pomoci při zařizování pohřbu a pozůstalosti. Sociální pracovníci předávají rodině kondolenci za celý DSR, kterou všichni pracovníci podepisují. Po dohodě s rodinou se domlouvají odvoz věci zemřelého. Následně kontaktují Českou správu sociálního zabezpečení, Úřad práce a Městský úřad odd. evidence obyvatel s oznámením, že klient zemřel. V interní dokumentaci uzavírají složku klienta. Společně s kaplanem se podílí na organizaci smutečního rozloučení, které se koná v prostorách domova. Kaplanovi předávají důležité informace o klientovi a jeho rodině, který dle toho připravuje smuteční řeč.

#### **5.1.4 Koordinátor paliativní péče**

V domově pracuje jeden koordinátor paliativní péče na půl úvazku. Původní profesí je nutriční terapeut. Může podávat návrh na indikaci paliativní péče, kterou ale musí schválit lékař. Je hlavní aktérem při přípravě plánu péče. Sestavení plánu péče v závěru života obsahuje shrnutí současného stavu, popis diagnózy, přání a představy klienta a rodiny o budoucí péči, limity poskytnuté zdravotní péče, stanovení hlavní kontaktní osoby pro rozhodování. V rámci své práce vede rozhovory s klientem a jeho rodinou, garantuje realizaci plánu péče v závěru života, dohlíží na aktualizaci či revizi plánu. Mimo jiné také vyjednává návrat klientů z hospitalizací do domova a možnost pokračovat v paliativní péči. Má také v gesci metodické vedení celého MDT a jejich vzdělávání.

#### **5.1.5 Pracovníci v přímé péči**

V domově pracuje tým pracovníků v přímé péči. Starají se o klienty 24 hodin denně. Tým se často obměňuje, ale obvykle zahrnuje 20 osob. Pracovníci v přímé péči neboli pracovníci v sociálních službách, jsou často nejbližšími lidmi klientů. Starají se o každodenní potřeby klientů. Tráví s nimi nejvíce času. Sledují změny v celkovém stavu klientů, které pak předávají MDT. Řídí se pokyny zdravotních sester. V případě úmrtí zajišťují rituály u zemřelého (otevření okna, zapálení svíčky, modlitba) a pomáhají při

vyklízení pokoje a předání osobních věcí rodině.

### **5.1.6 Kaplan**

V domově je přítomen jeden kaplan na půl úvazku. Je k dispozici klientům a jejich rodině, ale také zaměstnancům domova. Pořádá vzdělávací přednášky na téma existencionální rozměr klientů. Podílí se na obsahu biografie klienta. Respektuje tajemství a přání, rituály, intimitu a náboženské potřeby klienta. Pracuje s jejich vzpomínkami a společně hledají otázky smyslu života a očekávání. Nabízí také služby „poradce pozůstalých“ při vypořádání se se smrtí blízkého a truchlením. Pozůstalí se na něj mohou obrátit při vyřizování záležitostí s pohřbem. Je spoluorganizátorem smutečního rozloučení s klientem. Jeho úkolem je připravit prostory kaple, zajistit květiny a smuteční řeč.

### **5.1.7 Psycholog**

V domově pracuje jeden psycholog na půl úvazku. Vede rozhovory s klienty, rodinou a zaměstnanci. Všechny zúčastněné podporuje s vyrovnáním se s nemocí i koncem života. Zjišťuje od klienta představy o závěru života. Výstup z rozhovorů zapisuje do biografie klienta. Účastní se veškerých porad MDT včetně běžného ranního hlášení pečovateli v přímé péči. Pro pracovníky domova organizuje setkání nazvané „paliativní káva“, kde se mohou otevřeně prodiskutovat palčivá témata spojená s průběhem nemocí a úmrtí klientů.

### **5.1.8 Nutriční terapeut**

V domově pracuje jeden nutriční terapeut na plný úvazek. Pravidelně navštěvuje klienty a zjišťuje jejich aktuální stav. Stará se o chod kuchyně, kontroluje správné vydávání jídla, sestavuje jídelníčky – dietní plány, speciální výživy. Respektuje zvyklosti a přání klientů – oblíbená a neoblíbená jídla. Klientům nic nenařizuje, pouze doporučuje. Spolupracuje s pečovateli a zdravotníky – vážení klientů. Pokud váha výrazně klesá, stanovuje náhradní výživu. V rámci paliativní péče je strava nejdůležitější. Při sestavování jídelníčku dbá na doporučení zdravotníků a lékaře. Nejčastější obtíže umírajícího je dysfagie/porucha polykání. Do jídla se proto přidává gel, aby strava lépe klouzala do krku.

### **5.1.9 Lékař**

DSR spolupracuje s jedním lékařem, který ale není součástí stálého týmu. Je externím pracovníkem, který dochází do domova pouze 1x týdně. Každému klientovi vede

„lékový list“, jehož součástí je diagnóza, medikace, ale i prognóza. Tento dokument je pak velmi důležitý pro zdravotní sestry. Jedině lékař může indikovat paliativní péči, a to na základně jeho úsudku nebo na návrh MDT či rodiny. Po dohodě s klientem následuje sestavení plánu péče. Indikuje také terminální fázi onemocnění. Rozepisuje SOS medikaci a nastavuje ošetrovatelské postupy. Plán SOS medikace předvídá různé možné situace, které by mohly u klienta nastat a detailně určuje, jak poskytnout potřebnou zdravotní péči. Tento plán je velmi individualizovaný a přizpůsobený specifickým kombinacím diagnóz. V případě úmrtí konstatuje úmrtí klienta. V budově Michelského má sídlo také praktický lékař, který má klienty ve své péči.

### **5.1.10 Zdravotní sestry**

V domově pracuje tým zdravotních sester, který o klienty pečuje 24 hodin denně. Jsou odpovědné za péči a zdraví klientů, diagnostikují a vyhodnocují veškeré projevy jejich onemocnění. V případě potřeby dávají také podnět ke kontaktování specialistů z Cesty domů. Jelikož domov není zdravotnickým zařízením, nemohou zdravotní sestry konat úkony, které porušují integritu kůže – podávat léky nitrožilně či infuze. Na tyto úkony je potřeba převést klienta do nemocnice. Zdravotní sestry vždy postupují dle pokynů lékaře, a to zejména je-li klientovi indikována paliativní péče. Mají tak k dispozici přesný plán další péče, kde je jasně specifikováno, jak postupovat v případě nenadálých situací. Pokud lékař indikuje terminální fázi onemocnění, postupují dle SOS medikace a kontrolují jejich průběžný stav. Pokud klient nejeví známky života, kontaktují lékaře a koronera. Až poté, co koroner konstatuje smrt klienta, pomáhají s úpravou těla zemřelého, a uzavírají jeho zdravotní dokumentaci.

## **5.2 Výzkumné šetření**

Výzkumné šetření slouží ke zmapování názorů sociálních pracovníků DSR, jak hodnotí poskytovanou paliativní péči na svém pracovišti.

### **5.2.1 Cíle výzkumného šetření**

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak sociální pracovníci hodnotí integraci paliativní péče do portfolia služeb DSR, zda jsou spokojeni s formou poskytování paliativní péče ve vztahu ke klientům a zda by stejný postup doporučili i jiným domovům pro seniory. Za dílčí považují důležité ověřit, jak sociální pracovníci vnímají svou roli v poskytování paliativní péče, co považují za pozitiva a negativa. Co vnímají jako

nejdůležitější, co naopak jako nejméně podstatné. Prostřednictvím dalších otázek pak zmapovat další důležité souvislosti. Jak dlouho v domově pracují, zda před nebo až po zavedení paliativní péče, a zda mají možnost se v paliativní péči dále vzdělávat.

### **5.2.2 Metoda výzkumného šetření**

Pro získání dat jsem zvolila kvalitativní výzkum, jelikož mi umožní zkoumat dané téma do hloubky. Pomocí polostrukturovaných rozhorů a předem připravených otázek tak mohu lépe zachytit subjektivní a autentický pohled respondentů na danou problematiku.

Hendl (2008, s. 46) uvádí: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaného jevu (Švaříček et al, 2007).

### **5.2.3 Metoda sběru dat**

Rozhovory byly provedeny v průběhu července 2024 při individuálním osobním setkání v DSR a trvaly přibližně 40 minut. Respondentům byly kladeny stejné otázky. Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány do písemné podoby. Přepisy rozhoru kvůli zachování anonymity respondentů nejsou součástí této práce. Všichni zúčastnění respondenti byli předem informováni o struktuře a otázkách, ale také o formě vedení rozhovoru a jeho záznamu. Rozhovory byly vedeny v příjemné a uvolněné atmosféře.

### **5.2.4 Charakteristika vzorku respondentů**

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem si vybrala sociální pracovníky v DRS, jejichž tým se skládá ze 4 osob. Rozhovory byly po předchozí domluvě provedeny pouze u dvou z nich, protože pouze tyto dva mají na starosti práci s klienty na odděleních. Pro zachování jejich anonymity, budou označeni jako Respondent č.1 a Respondent č. 2. Další dva sociální pracovníci domova se věnují administrativním záležitostem spojených s příjmem klientů a osobní asistencí.

### **5.2.5 Etické zásady**

V rámci výzkumného šetření byly dodrženy etické zásady související s prováděním výzkumu. Rozhovory byly prováděny důvěrně a na základě předchozího souhlasu

respondentů. Všichni respondenti byly předem informováni o obsahu a cílech výzkumu, o délce a průběhu rozhovorů. Měli možnost se předem seznámit s výzkumnými otázkami. Respondenti předem souhlasili s nahráváním rozhovorů. Účast na výzkumu byla dobrovolná a výsledky byly zpracovány anonymně. Výsledky výzkumu budou zpřístupněny všem respondentům.

### **5.2.6 Limity průzkumu**

Limitem tohoto kvalitativního šetření je nízký počet respondentů. Vzhledem k tomu, že zavádění paliativní péče do domovů pro seniory je stále v počáteční fázi a DSR je jedním z mála zařízení, které má zkušenosti s integrací paliativní péče, předpokládám, že získaná data budou i přesto velmi cenná.

### **5.2.7 Výzkumné otázky**

Pro tento kvalitativní výzkum jsem definovala hlavní a dílčí výzkumné otázky:

#### **Hlavní výzkumné otázky**

HVO1: Jak sociální pracovníci hodnotí implementaci paliativní péče do DSR?

HVO2: Co považují sociální pracovníci za pozitiva a negativa poskytování paliativní péče v DSR?

HVO3: Doporučili by sociální pracovníci zavedení a poskytování paliativní péče i jiným domovům pro seniory?

#### **Dílčí výzkumná otázka**

DVO1: Jak sociální pracovníci vnímají svou roli v MDT?

Pro získání odpovědí na mé hlavní i dílčí výzkumné otázky jsem připravila pro respondenty následujících 10 tazatelských otázek:

#### **Tazatelské otázky**

TO1: Jak dlouho pracujete v DSR?

TO2: Jaká je Vaše předchozí zkušenost s paliativní péčí?

TO3: Pracoval/a jste v DSR ještě před zavedením paliativní péče?

- TO3a: Pokud ano, jak vnímáte změnu v přístupu ke klientům před a po zavedení paliativní péče v DSR? Je podle Vás tento zvolený přístup vhodný



pro klienty?

- TO3b: Pokud ne, je podle Vás tento zvolený přístup vhodný pro klienty?

TO4: Jaké jsou podle Vás výhody/nevýhody poskytování paliativní péče v DSR?

TO5: Jaké vidíte nedostatky současného stavu poskytování paliativní péče v DSR?

TO6: Jak hodnotíte Vaši roli v rámci MDT?

TO7: Co vnímáte jako důležité a co naopak jako zbytečnou zátěž ve Vaší práci v rámci MDT?

TO8: Jak hodnotíte celkovou spolupráci MDT?

TO9: Máte možnost vzdělávání v oblasti paliativní péče? Případně jak často a jaké?

TO10: Doporučil/a byste zavedení paliativní péče i do jiných domovů pro seniory, případně proč ano a proč ne?

Tazatelské otázky	Odůvodnění tazatelské otázky	Hlavní a výzkumná otázka
TO1: Jak dlouho pracujete v DSR?	Délka praxe může mít vliv na vnímání poskytovaných služeb.	HVO1
TO2: Jaká je Vaše předchozí zkušenost s paliativní péčí?	Znalost problematiky může mít vliv na celkové vnímání paliativní péče.	HVO1, HVO2
TO3: Pracoval/a jste v DSR ještě před zavedením paliativní péče?	Možnost porovnání situace před a po zavedení paliativní péče může mít vliv na hodnocení současného stavu.	HVO1
- TO3a: Pokud ano, jak vnímáte změnu v přístupu ke klientům před a po zavedení paliativní péče v DSR? Je podle Vás tento zvolený přístup vhodný pro klienty?	Informace o subjektivním vyhodnocení změny v přístupu ke klientům před a po zavedení paliativní péče v DSR.	HVO1
- TO3b: Pokud ne, je podle Vás tento zvolený přístup vhodný pro klienty?	Informace o subjektivním posouzení vhodnosti poskytování paliativní péče v DSR.	HVO1
TO4: Jaké jsou podle Vás výhody/nevýhody poskytování paliativní péče v DSR?	Informace o zkušenostech o poskytované péči.	HVO2
TO5: Jaké vidíte nedostatky současného stavu poskytování paliativní péče v DSR?	Přímá zpětná vazba na současný stav.	HVO2
TO6: Jak hodnotíte Vaši roli v rámci MDT?	Informace o subjektivním pohledu na roli sociálního pracovníka v MDT.	DVO1
TO7: Co vnímáte jako důležité a co naopak jako zbytečnou zátěž ve Vaší práci v rámci MDT?	Informace o subjektivním pohledu na práci sociálního pracovníka v MDT.	DVO1
TO8: Jak hodnotíte celkovou spolupráci MDT?	Informace o subjektivním pohledu na spolupráci MDT.	DVO1
TO9: Máte možnost vzdělávání v oblasti paliativní péče? Případně jak často a jaké?	Možnost vlastního rozvoje může být pro poskytování paliativní péče důležitá.	HVO2
TO10: Doporučil/a byste zavedení paliativní péče i do jiných domovů pro seniory, případně pro ano a proč ne?	Názor sociálních pracovníků.	HVO3

## 5.2.8 Sběr dat – výsledky průzkumu

### Respondent č. 1

Respondentovi č. 1 byly položeny všechny tazatelské otázky a některé otázky doplňující, které vznikaly v průběhu vedení rozhovoru. Rozhovor trval 42 minut.

V domově pracuje na pozici sociálního pracovníka 3,5 roku. Před příchodem do domova neměl velké povědomí o paliativní péči. Pracoval sice v sociálních službách, ale s jinou cílovou skupinou. Téma paliativní péče znal spíše obecně na teoretické úrovni. Nastoupil do domova až po zavedení paliativní péče. Nemá tedy přímou zkušenost s procesem integrace do DSR. Zavedení paliativní péče do domova vnímá velmi pozitivně. Vzhledem ke stále se zvyšujícímu věku klientů a krátkému pobytu v domově, vidí zavedení paliativní péče do domova jako nezbytnou součást poskytovaných služeb.

Za nevýhody poskytované paliativní péče považuje vysoké nároky na chod celého domova. Zmiňuje, že největší nevýhodou je, že v domově není neustále přítomen lékař. Dále že paliativní péče zatím není pevně ukotvena v legislativě. Uvádí také problémy při vykazování sdílené péče, pokud je již klient zařazen do paliativní péče. Jednoznačnou výhodou spatřuje pro klienty, kteří mají jistotu v kvalitě závěru života, jelikož se vše odehrává individuálně a vždy dle přání klienta a jeho rodiny.

Mezi nedostatky současného stavu poskytování paliativní péče v DSR uvádí zejména fluktuaci. Často se měnící tým pečovatелů je mnohdy komplikací. Proškolení nových zaměstnanců je zátěží pro celý domov, zejména pokud jde o školení v náročné komunikaci s klienty. Také by bylo potřeba proškolení praktického lékaře, aby lépe znal klienty a více porozuměl jejich individuálním přáním.

Svou roli v MDT hodnotí kladně a popisuje ji jako roli prostředníka. Snaží se propojovat a předávat informace mezi klientem, jeho rodinou a ostatními členy týmu. Hlavním cílem je vzájemné pochopení. Jako zátěž zmiňuje administrativu, ale vnímá ji jako nezbytnou. Důležité je pro něj navázání vztahu s rodinou. Spolupráce MDT domova je pro něj zásadní pro kvalitu poskytované péče. Současný tým dle něj pracuje na vysoké úrovni. Jsou schopni se vzájemně doplňovat a komunikovat. Společně řeší jednotlivé klienty a mají jasně rozdělné úkoly. Nejdůležitější je pro něj spolupráce zdravotního a sociálního oddělení domova.

V domově mají propracovaný systém vzdělávání. Mají možnost jak interního školení, ale často využívají i externí kurzy. Vedení domova je k tomu podporuje a vychází jim velmi vstříc. Vzdělávání je dle něj jednou z nejdůležitějších podmínek pro poskytování

kvalitní paliativní péče. Zavedení paliativní péče i do jiných domovů pro seniory by jednoznačně doporučil. I když si je vědom toho, že je to pro domov velká zátěž.

## **Respondent č. 2**

Respondentovi č. 2 byly položeny všechny tazatelské otázky a některé otázky doplňující, které vznikaly v průběhu vedení rozhovoru. Rozhovor trval 20 minut.

V domově pracuje 2 roky na pozici sociálního pracovníka. Zkušenosti s paliativní péčí před nástupem do domova neměl. Nastoupil do domova až po zavedení paliativní péče. Nemá tedy přímou zkušenost s procesem integrace do DSR. Zvolený přístup je podle něj pro klienty ale zcela vhodný.

Nevnímá žádné nevýhody poskytované paliativní péče. Domnívá se, že je přirozené, že klienti nemusí již nikam odjíždět a mohou zůstat v domově i při zdravotních komplikacích. Pokud si to tak přejí. Zmiňuje, že paliativní péče v domově funguje perfektně. Celý tým je připraven poskytnout klientům a jejich rodinám vše, co potřebují a co si přejí.

Nezmiňuje žádné nedostatky současného stavu poskytované paliativní péče v domově. Stále se učí novým věcem a naprosto důvěřuje ostatním kolegům a respektuje nastavený systém. Cení si vzájemné důvěry celého týmu. Domnívá se, že funguje, jak má.

Svou roli v rámci MDT hodnotí kladně. Vidí ji zejména v komunikaci s rodinou. Hodnotí ji jako velmi důležitou. Bez předchozího navázání vztahu s klientem a jeho rodinou je poskytování paliativní péče obtížné. Stěžejní je pro něj také spolupráce celého týmu, která v domově funguje na vysoké úrovni. Má tak jistotu, že klient dostává komplexní péči od všech profesí, které se vzájemně doplňují.

V oblasti paliativní péče má možnost se dále vzdělávat. Vedení domova mu umožňuje návštěvu externích vzdělávacích akcí. Jako důležitou součást vzdělávání uvádí také interní semináře a kurzy, ale také diskuse s kolegy o konkrétních situacích a případech.

Zavedení paliativní péče do jiných domovů pro seniory by rozhodně doporučil. Klienti se v domově cítí jako doma a chtějí tam i zůstat v posledních dnech jejich života. Je to dobrá věc pro klienty, ale i pro zaměstnance domova. Ti se mohou naučit hodně nového. Mají tak možnost klienta doprovázet od jeho příchodu až po úmrtí. Pokud je klient odvezen do nemocnice zemřít, rozloučení s ním může chybět. Zároveň zmiňuje, že v DSR péče pokračuje i po odchodu klienta, a to s jeho rodinou.

## 5.2.9 Shrnutí výsledků a jejich interpretace

Pomocí polostrukturovaných rozhovorů bylo úkolem odpovědět na hlavní a dílčí výzkumné otázky.

### **HVO1: Jak sociální pracovníci hodnotí implementaci paliativní péče do DSR?**

Na tuto výzkumnou otázku jsem hledala odpověď pomocí tazatelských otázek č. TO1, TO2, TO3, TO3a TO3b.

Jelikož oba respondenti nastoupili do DSR až po ukončeném procesu implementace paliativní péče, nemají možnost posoudit změnu v přístupu ke klientům před a po zavedení paliativní péče. Ani jeden před nástupem do DSR neměl zkušenost s paliativní péčí. Každopádně se oba respondenti shodují, že zavedení paliativní péče do DSR je přínosné pro klienty a **hodnotí ji proto jako žádoucí**.

### **HVO2: Co považují sociální pracovníci za pozitiva a negativa poskytování paliativní péče v DSR?**

Na tuto výzkumnou otázku jsem hledala odpověď pomocí tazatelských otázek č. TO2, TO4, TO5, TO9.

Respondenti uvedli několik **pozitivních** ukazatelů v poskytování paliativní péče v DSR. Mezi ně patří: individuální přístup ke klientům, respektování jejich přání a potřeb, klienti mohou zůstat v domově i v případě zdravotních komplikací, dobře nastavená spolupráce MDT – jasné rozdělení rolí, vzájemná komunikace a výměna informací, možnost vzdělávání, podpora vedení DRS. **Negativa** vidí ve velké zátěži na chod celého domova. Zejména pak v proškolení všech zaměstnanců. Chybí také stálá přítomnost lékaře. Dále zmiňují komplikace při vykazování sdílené péče, nejasnou legislativu paliativní péče a vysokou fluktuaci, zejména pracovníků v přímé péči.

### **HVO3: Doporučili by sociální pracovníci zavedení a poskytování paliativní péče i jiným domovům pro seniory?**

Na tuto výzkumnou otázku jsem hledala odpověď pomocí tazatelské otázky č. TO9.

Oba respondenti by zavedení a poskytování paliativní péče jiným domovům pro seniory jednoznačně **doporučili**. Jsou si ale vědomi velké zátěže pro vedení domovů, zejména pak v oblasti vzdělávání. Rozhodnutí pro zavedení paliativní péče může být přínosné jak pro klienty, ale i pro zaměstnance v oblasti jejich profesního a osobního rozvoje.

### **DVO1: Jak sociální pracovníci vnímají svou roli v MDT?**

Na tuto dílčí výzkumnou otázku jsem hledala odpověď pomocí tazatelských otázek č. TO6, TO7, TO8.

Oba respondenti **vnímají svou roli jako důležitou**. Považují se za prostředníky mezi klienty, rodinou a ostatními zaměstnanci domova. Cílem jejich práce je navazování vztahu s klienty a jejich rodinami prostřednictvím dobře nastavené komunikace. Oba se shodují, že v DSR je spolupráce MDT na vysoké úrovni. Důležitá je spolupráce zejména sociálních a zdravotnických pracovníků.

## ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem si kladla za cíl zmapovat současný stav paliativní péče v ČR, a to konkrétně jak je tato péče poskytována v domovech pro seniory. Zaměřila jsme se na konkrétní příklad Domova Sue Ryder.

Z analýzy současného stavu paliativní péče v ČR vyplývá, že tato oblast stále prochází významným vývojem, zejména co se týče její integrace do domovů pro seniory. V práci podrobně popisuji význam a úlohu sociálních pracovníků v tomto procesu, zdůrazňuji jejich klíčovou roli při poskytování komplexní péče a podporu klientům v závěrečné fázi života.

Z pohledu sociální práce mohu konstatovat, že její role v domovech pro seniory je nezastupitelná. Sociální pracovníci hrají klíčovou roli nejen v přímé péči o klienty, ale také v koordinaci celkového přístupu k paliativní péči. Jejich schopnost navázat důvěrný vztah s klienty a jejich rodinami, stejně jako kompetence v oblasti komunikace a plánování péče, jsou zásadní pro úspěšné poskytování paliativní péče.

Domov Sue Ryder jsem vybrala jako modelový příklad úspěšné implementace paliativní péče do domova pro seniory. Výzkum založený na polostrukturovaných rozhovorech se sociálními pracovníky domova ukázal, že tyto pracovníci hodnotí zavedení paliativní péče pozitivně. Uvedli, že díky této péči došlo ke zlepšení kvality života klientů i k lepší podpoře jejich rodin. Důležitým zjištěním je také fakt, že sociální pracovníci vnímají významnou podporu ze strany vedení domova a cítí se kompetentní v poskytování této péče. Výzkum také ukázal, že klíčovými faktory ovlivňujícími kvalitu paliativní péče v DSR je dobře proškolený a informovaný personál, dobrá spolupráce celého týmu a individuální přístup ke každému klientovi. Limitujícím faktorem šetření byl nízký počet respondentů, ale jelikož je paliativní péče v domovech pro seniory stále v počátcích a DSR patří mezi málo zařízení s touto zkušeností, jsou získaná data i tak užitečná.

Závěrem lze konstatovat, že integrace paliativní péče do domovů pro seniory je nejen možná, ale i žádoucí. Přináší zvýšenou kvalitu života pro klienty a poskytuje potřebnou podporu jejich rodinám. Zkušenosti Domova Sue Ryder mohou sloužit jako inspirace a model pro další domovy pro seniory, které se rozhodnou zavést paliativní péči do svého portfolia služeb. Tento přístup má velký potenciál zlepšit péči o umírající klienty v domovech pro seniory v naší zemi.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Odborná literatura

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRDÁ, Karolína; TOLLAROVÁ, Blanka, et al. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. 2018. [Česko]: [Domov Sue Ryder], 2018. ISBN 978-80-907190-2-6.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Druhé upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-808-8126-546.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich (ed.). *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4904-7.

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

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.

PECHOVÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj a kol. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie a PALÁN, Aleš. *Neboj se vrátit domů*. Rozhovory (Kalich). Praha: Supraphon, 2019. ISBN 978-80-7017-249-0

ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.



VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Knihovnicka.cz. Brno: Tribun EU, 2009. ISBN 978-80-7399-877-6.

### **E-článek v periodiku**

DRAŽILOVÁ, Lenka. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. Online. *Sociální služby*. 2014, roč. 16, č. 5, s. 24-29. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS%205-2014%20final%20s24-29.pdf>. [cit. 2024-03-28].

HORECKÝ, Jiří; PAŤHOVÁ, Ludmila a PRŮŠA, Ladislav. Jak ještě více podpořit neformální pečující? Online. *Sociální služby*. 2024, roč. 26, č. 4, s. 30-32. Dostupné z: [https://horecky.cz/wp-content/uploads/2024/04/Jak-jeste-vice-podporit-neformalni-pecujici-Socialni-sluzby-4\\_2024.pdf](https://horecky.cz/wp-content/uploads/2024/04/Jak-jeste-vice-podporit-neformalni-pecujici-Socialni-sluzby-4_2024.pdf). [cit. 2024-07-18].

PROŠKOVÁ, Eva. Poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. Online. *Florence*. 2010, č. 3, s. 38-40. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/poskytovani-zdravotni-pecce-v-zarizenich-socialnich-sluzeb/>. [cit. 2024-03-28].

### **Internetové zdroje**

ABAKUS NADAČNÍ FOND. *Pilotní program*. 2021. Online. Dostupné z: <https://abakus.cz/pilotni-program/>. [cit. 2024-04-03].

ABAKUS NADAČNÍ FOND. *Evaluační zpráva 2021–2022*. 2023. Online. Dostupné z: <https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Evaluacni-zprava-2023-06.pdf>. [cit. 2024-04-03].

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR, *Doporučený standart kvality pro domovy pro seniory ČR*, 2015. Online. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/dokumenty/2022/doporuceny-standard-final.pdf>. [cit. 2024-03-31].

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. *Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách*. 2019. Online. Dostupné z: (<https://certifikace.paliativni-pristup.cz/media/prehled-hodnocenych-kriteriiodoc-2022.pdf>) [cit. 2024-03-29].

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. *Certifikace paliativního přístupu*. © 2019–2024. Online. Dostupné z: <https://certifikace.paliativni-pristup.cz/>. [cit. 2024-03-29].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Vývoj obyvatelstva České republiky - 2022. Úmrtnost*. Online. Zveřejněno dne: 2. 10. 2023. Aktualizováno dne: 3. 10. 2023. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2022> [cit. 2024-03-30].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. *Seniori ČR v datech – 2023*. Online. Zveřejněno dne: 5. 12. 2023. Aktualizováno dne: 6. 12. 2023. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>. [cit. 2024-03-17].

IVANOVOVÁ, Viera; PECHOVÁ, Karolína; SIMONOVÁ, Lucie. *Karty paliativního přístupu, paliativní péče*. Rok neuveden. Online. SUE RYDER. Dostupné z: [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/karty\\_paliativniho\\_pristupu.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/karty_paliativniho_pristupu.pdf) [cit. 2024-07-08].

KOUBOVÁ, Michaela. *Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste*. Online. In: Zdravotnický deník – Praxe. 23.10.2018. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujicich-az-vzorne-uroven-paliativni-pece-domovech-seniory-se-ruzni-zajem-roste>. [cit. 2024-03-31].

KOUBOVÁ, Michaela. *Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory? Strach ze smrti i nedostupnost lékaře*. Online. In: Zdravotnický deník – Praxe. 9. 1. 2019. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/prekazky-kvalitni-paliativni-pece-domovech-seniory-strach-ze-smrti-i-nedostupnost-lekare/>. [cit. 2024-03-31].

KUT CITORES, Filipe. *Řešení pro sociálně zdravotní pomezí. Možná už od roku 2025.* Online. In: *Medical Tribune*. 18. 4. 2024. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/reseni-pro-socialne-zdravotni-pomezí-mozna-uz-od-roku-2025/> [cit. 2024-04-30].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV]. *Sociální služby.* Online. Poslední aktualizace: 28. 7. 2020. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1#sszp>. [cit. 2024-02-28].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV]. *Registr poskytovatelů služeb v ČR.* Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb#/registr-poskytovatelu-detail-poskytovatele/39> [cit. 2024-03-15].

NÁRODNÍ REGISTR POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB. *Domov Sue Ryder, z.ú.* Online. In: Ústav zdravotnických informací ČR. 2024 Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/detail-136150-domov-sue-ryder-z-u.html>. [cit. 2024-4-03].

SEDLÁROVÁ, Katarína. *Case management a sociální práce v paliativní péči.* Online. In: *Sociální novinky*. 26. 10. 2020. ISSN 2464-6792 Dostupné z: <https://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/581-case-management-a-socialni-prace-v-paliativni-peci-mgr-katarina-sedlarova-phd>. [cit. 2024-04-01].

SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.* Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8. Online. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/file/4736/download?token=3sxzgcHw>. [cit. 2024-03-16].

SLÁMA, Ondřej; ŠPINKOVÁ, Martina a KUBELKA, Ladislav. *Standardy paliativní péče 2013.* Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP 2013. Online. Dostupné z: [https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2016/05/spp\\_2013\\_def.pdf](https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2016/05/spp_2013_def.pdf). [cit. 2024-03-02].

SUE RYDER. *O nás.* Rok neuveden. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/o-nas>. [cit. 2024-03-02].

SUE RYDER. *Domov pro seniory*. Rok neuveden. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/domov-pro-seniory>. [cit. 2024-03-02].

SUE RYDER. *Žádost o pobyt*. Rok neuveden. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/zadost-o-pobyt>. [cit. 2024-03-27].

SUE RYDER. *Projekt Podpora udržitelnosti paliativní péče v domově pro seniory Sue Ryder*. Rok neuveden. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/projekt-podpora-udrizitelnosti-paliativni-pece-v-domove-pro-seniory-sue-ryder> [cit. 2024-07-08].

SUE RYDER. *Standard č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociální služby domova pro seniory Sue Ryder*. 2022. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/poslani-standardy>. [cit. 2024-03-02].

SUE RYDER. *Kolik stojí péče*. 2024. Online. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/kolik-stoji-pece>. [cit. 2024-03-02].

SUE RYDER, *Informační leták Paliativní péče Sue Ryder v pdf*. Rok neuveden. Online. Dostupné z: [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/letak\\_paliativa\\_DL.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/letak_paliativa_DL.pdf) [cit. 2024-04-08].

VODIČKOVÁ, Věra. *Pozice koordinátora paliativní péče v sociálních službách – role, kompetence a specifika*. Online. 8. 3. 2023. Webinář. In: Centrum paliativní péče. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/webinare/pozice-koordinatora-paliativni-pece-v-socialnich-sluzbach-role-kompetence-a-specifika>. [cit. 2024-04-03].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National Cancer Control Programmes, Policies and managerial guidelines*. 2002. Online. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAlloWed=y>. [cit. 2024-03-18].

## **Sociální síť**

LOUČKA, Martin. *Paliativní péče: O životě před smrtí*. TEDx Talks. Online, video. 2014-11-14. Dostupné z: YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=Y1YkwsJlaTk>. [cit. 2024-03-20].

ABAKUS NADAČNÍ FOND. *Pilotní program v domovech pro seniory*. Online, video, 2021-09-09. Dostupné z: YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=fAY6z4Fqm3E>. [cit. 2024-04-03].

## **Legislativa**

Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky, v platném znění.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Zákon č. 160/1992 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, v platném znění.

## **Cizojazyčné zdroje**

WHO. *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. 2. vydání, Ženeva, World Health Organization 2002. ISBN 92 4 154557 7.