

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Vladimíra Dostálová

**Integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty
s nevléčitelnou nemocí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Ing. Matěj Lejsal

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 8. 1. 2016

Bc. Vladimíra Dostálová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. et Ing. Matěji Lejsalovi za odborné a cenné rady a za pomoc při zpracování mé diplomové práce.

Obsah

Abstrakt	7
Abstract	8
Úvod	9
1 Terminologie	11
2 Stárnutí, stáří a s tím spojené aspekty	13
2.1 Stárnutí	13
2.2 Stáří	14
2.3 Zdravotní a sociální aspekty spojené se stárnutím a stářím	15
2.4 Přehled vývoje počtu onemocnění	18
2.5 Přehled vývoje populace v ČR	18
2.6 DALY - disability - adjusted life year	20
2.7 Shrnutí	20
3 Sociální zabezpečení a zdravotní služby	22
3.1 Sociální zabezpečení	22
3.2 Sociální služby	23
3.3 Zdravotní služby	25
3.4 Shrnutí	26
4 Současný stav péče o nevléčitelně nemocné	27
4.1 Statistika zemřelých podle místa úmrtí	27
4.2 Paliativní péče	28
4.2.1 Složení multiprofesního týmu	29
4.2.2 Role lékaře	30
4.2.3 Role „sestry“, ošetřovatele	30
4.2.4 Role sociálního pracovníka	31
4.2.5 Role psychologa	32
4.2.6 Role duchovního	32
4.2.7 Komunikace při péči o nevléčitelně nemocné	33
4.2.8 Vzdělávání a podpora při poskytování paliativní péče	33
4.3 Shrnutí	35

5	Integrace zdravotní a sociální péče.....	36
5.1	Pohled na integraci zdravotní a sociální péče v ČR.....	36
5.2	Pohled na integraci zdravotní a sociální péče ve světě	42
5.3	Shrnutí.....	46
6	Empirická část	48
6.1	Cíle výzkumu	48
6.2	Formulace výzkumné otázky	49
6.3	Metodologie výzkumu	50
6.4	Sběr dat.....	51
6.5	Analýza ohniskových skupin	53
6.6	Je zkušenost důležitá?	54
6.7	Obavy	56
6.7.1	Přípravenost týmu.....	57
6.7.2	Obavy a kompetence	59
6.7.3	Limity	61
6.7.4	Komunikace s umírajícím.....	62
6.7.5	Mít někoho za zády	64
6.7.6	Stanovení hranic	65
6.8	Komunikace, komunikace?.....	67
6.8.1	Komunikace mezi personálem	67
6.8.2	Podpora.....	71
6.9	Role sociálního pracovníka.....	72
6.10	Vedení organizace	74
6.11	Vzdělání	76
6.12	Spolupráce s lékaři	78
6.13	Rodina	81
7	Shrnutí empirické části	86
8	Doporučení pro zavedení paliativní péče v domovech pro seniory	91
9	Závěr.....	95
	Literatura	97

Seznam zkratk.....	104
Seznam tabulek a grafů	105
Seznam příloh.....	105
Příloha č. 1 Projekt diplomové práce	1
Formulace a vstupní diskuze	2
Teoreticko – metodologické východisko	3
Popis výběru výzkumného vzorku	4
Výzkumné metody	4
Literatura	4

Abstrakt

V diplomové práci se zabývám integrací zdravotních a sociálních služeb pro pacienta s nevléčitelnou nemocí. V teoretické části nejprve definuji pojmy stárnutí a stáří a v souvislosti s tímto poukazuji na aspekty, které s sebou stáří a stárnutí přináší. V další oblasti teoretické části se vymezuji vůči zákonům a vyhláškám České republiky, které s danou problematikou souvisejí. Rovněž poskytuji statistický přehled vývoje populace, onemocnění a místa úmrtí a v návaznosti na toto zmiňuji principy paliativní péče. Závěr teoretické části věnuji přehledu dostupných výzkumů zabývajících se problematikou integrace zdravotní a sociální péče, a to jak v České republice, tak i ve světě.

V empirické části pomocí kvalitativního výzkumu zkoumám, jak jednotliví respondenti výzkumu vnímají propojení zdravotních a sociálních služeb při péči o pacienta s nevléčitelnou nemocí v domovech pro seniory a jaké jsou podle nich možnosti a překážky při poskytování paliativní péče v souvislosti s propojením zdravotních a sociálních služeb. Na základě analýzy kvalitativního výzkumu jsem definovala jednotlivé faktory, které mohou vzájemnou integraci zdravotních a sociálních služeb ovlivňovat.

Podle těchto zjištění jsem v závěru své diplomové práce navrhla doporučení a plán rizik pro vedení domovů pro seniory, které by o zavedení paliativní péče do praxe uvažovalo.

Klíčová slova: paliativní péče, terminálně nemocný, umírání, sociální zabezpečení, sociální služby, zdravotní služby

Abstract

The thesis deals with the integration of health and social services for patients with incurable diseases. In the theoretical part I define notions of aging and old age and in connection with that I point out the aspects that the old age and the aging bring. In another area of the theoretical part I explicate the laws and regulations of the Czech Republic relating to the given issue. I also provide a statistical overview of the development of the population, diseases and places of death and in relation to these factors I mention the principles of the palliative care. The conclusion of the theoretical part is devoted to an overview of available researches dealing with the integration of health and social care in both the Czech Republic and abroad.

In the empirical part using qualitative research I examine how individual research respondents perceive linking health and social services in the care of a patient with an incurable disease in homes for the elderly, and what possibilities and obstructions are there according to themselves with the provision of palliative care in the links between health and social services. Based on the analysis of qualitative research I defined the various factors that may influence the integration between health and social services.

According to these findings, in the final part of my thesis I proposed some recommendations and a plan of risks for the management of homes for the elderly, which would consider the introduction of palliative care into practice.

Keywords: palliative care, terminally ill, dying, social security, social services, health services

Úvod

Otázka důstojného umírání a smrti je v současné době značně diskutována. V případě terminálního stavu onemocnění pacienta považují za důležité zachovat veškeré atributy lidství s ohledem na situaci nemocného. Mezi tyto atributy mimo jiné patří právě důstojné dožití. Zároveň je na místě brát ohled na základní lidské potřeby ve smyslu bio, psycho, sociální a spirituální a tyto potřeby bez výjimky zachovat (Svatošová, 2008).

V České republice je v současné době zajištěna pomoc umírajícím a jejich rodinám prostřednictvím paliativní péče, která je poskytována v rámci lůžkových hospiců nebo v rámci domácí hospicové péče. Domácí hospicová péče je považována za velmi důležitou a přínosnou, neboť nemocný v terminálním stádiu nemoci má možnost poslední dny svého života strávit ve svém prostředí, obklopen svými nejbližšími. Unikátním projektem poskytování domácí hospicové péče je projekt s názvem „Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory“, který je realizován poskytovatelem pobytových sociálních služeb sídlícím v Praze 4. Tento projekt je podporován nadačním fondem AVAST a jeho realizace započala v roce 2015.

Jelikož k zajištění péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci je zapotřebí multidisciplinární tým, jehož členy jsou lékaři specialisté v oboru paliativní medicíny, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psycholog, pastorační pracovník a dobrovolníci, je zřejmé, že každá z těchto profesí přináší do vzájemné spolupráce jiné pohledy na danou problematiku, které vycházejí z jejich profesního zaměření. V rámci domácí hospicové péče a lůžkové hospicové péče tvoří jednotliví členové multidisciplinárního týmu jeden tým pracující pro stejnou organizaci. V rámci projektu dochází ke vzájemné spolupráci poskytovatele pobytových sociálních služeb a mobilního hospice. Z výše uvedeného je patrné, že členy týmu jsou dvě odlišné, ale navzájem spolupracující organizace.

Z tohoto důvodu se chci ve své diplomové práci zaměřit na problematiku integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty v terminálním stádiu nemoci.

Cílem mé diplomové práce je zjistit možnosti a překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí. Cílovou skupinou budou zaměstnanci pobytových sociálních služeb podílející se na přímé péči o klienty a rovněž zaměstnanci mobilního hospice a lůžkového zařízení hospicového typu.

V úvodu teoretické části své diplomové práce definuji stárnutí a stáří a poukážu na aspekty, které jsou se stářím a stárnutím spojené. V souvislosti s tímto se vymezím vůči zákonům a vyhláškám České republiky, které upravují poskytování zdravotních a sociálních služeb, a rovněž nastíním principy poskytování paliativní péče. Součástí teoretické části je také podání statistického přehledu vývoje populace, onemocnění a místa úmrtí. Dále na základě přehledu dostupných výzkumů poukážu na důležitost integrace zdravotní a sociální péče a s tím spojené problémy. K podání přehledu využiji rovněž dostupné zahraniční studie.

V empirické části se pokusím nalézt odpovědi na výzkumné otázky: Jaké jsou možnosti integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí? Jaké jsou překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí? Pro dobré porozumění a popsání dané problematiky jsem zvolila kvalitativní výzkumný design, kdy na základě analýzy získaných dat poukážu na možnosti a překážky poskytování paliativní péče v souvislosti s propojením sociálních a zdravotních služeb.

Závěr diplomové práce věnuji shrnutí zjištění na základě kvalitativního výzkumu a dále navrhnou možná řešení a doporučení pro další případnou spolupráci v rámci integrace sociálních a zdravotních služeb tak, aby i ostatní poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb mohli z výsledků výzkumu čerpat a případně takovouto spolupráci nastolit.

1 Terminologie

Terminálně nemocný

Terminální stádium nemoci je takové stádium, kdy onemocnění je progredující, nevyléčitelné a zbývajících délka života pacienta se počítá v několika dnech či týdnech. (Sláma a kol., 2011).

Paliativní péče

Paliativní péče je poskytována pacientovi na konci života, který trpí nevyléčitelnou nemocí. Cílem takovéto péče je zmírnit bolest, tělesná a duševní strádání a rovněž zachovat důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým (Špinková a kol., 2004). Haškovcová (2007) definuje paliativní péči jako péči poskytovanou pacientům s inkurativní prognózou, kdy může být ukončena léčba, ale nesmí být ukončena péče. Radbruch a kol., (2010) rovněž definuje paliativní péči jako komplexní a aktivní přístup k pacientovi, který neodpovídá na kurativní léčbu. Takováto péče je zaměřená na naplnění potřeb pacienta bez ohledu na to, zda pacient pobývá doma nebo v nemocnici. Paliativní péče smrt ani neurychluje ani neoddaluje. Podle WHO (in Radbruch a kol., 2010) se paliativní péče zaměřuje na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny, a to mírněním bolesti, mírněním dalších problémů, jako jsou problémy fyzické, spirituální a psychosociální.

Hospicová péče

V rámci hospicové péče je poskytována paliativní péče pacientům s nevyléčitelnou nemocí v závěru života (www.hospice.cz). Haškovcová (2007: 48) definuje tři základní formy hospicové péče, a to: „*péči v lůžkovém zařízení (hospic), ve stacionáři, který je součástí hospice a v domácím prostředí umírajícího.*“ Špinková a kol. (2004) vidí termín hospicová péče jako synonymum paliativní péče.

Hospic

Hospic má podobu lůžkového zařízení nebo domácí péče. Domácí péče je poskytována v domácím prostředí pacienta (Špinková, Špinková, 2004).

V dostupných materiálech je možné se setkat jak s termínem domácí hospicová péče, tak i s termínem mobilní hospicová péče. Oba tyto termíny znamenají totéž, tedy poskytování paliativní péče v domácím prostředí nemocného.

Kvalita života

Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života odrazem toho, jak jedinec vnímá své postavení v kontextu kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Dragomirecká, 2007). V kontextu se stářím Dragomirecká (2007) uvádí, že podstatnými aspekty kvality života jsou celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost.

Sociální prostředí

Sociální prostředí je definováno v §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy přirozeným sociálním prostředím je: *„rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.“* Jedná se tedy o prostředí, ve kterém jedinec trvale žije nebo trvale bydlí. Pro účely své diplomové práce budu za přirozené sociální prostředí považovat i domovy s pečovatelskou službou či domovy pro seniory.

2 Stárnutí, stáří a s tím spojené aspekty

Stárnutí a procesy s ním spojené jsou součástí vývoje každého jedince. Jedná se tedy o vývojovou etapu lidského života. Rovněž každý jedinec vnímá stárnutí a stáří individuálně. Důležitými faktory jsou fyzický a psychický stav jedince a sociální prostředí, ve kterých se proces stárnutí odehrává.

V této kapitole se zaměřím na definování pojmu stárnutí a stáří z pohledu různých autorů odborných publikací. Rovněž poukážu na zdravotní a sociální hlediska v kontextu stárnoucí populace. Taktéž použiji výsledky výzkumů, které se touto problematikou zabývaly, a porovnáám je se závěry autorů odborných publikací. Závěr této kapitoly věnuji statistickému přehledu různých onemocnění vzhledem k jejich prevalenci v souvislosti s věkem a vývojem populace v České republice (dále jen ČR).

2.1 Stárnutí

Stárnutí nepřichází neočekávaně, jedná se o plynulou změnu v průběhu celého života člověka. Je tedy procesem, který je: „*včleněn do celkového životního děje člověka*“. (Křivohlavý, 2002: 136). Křivohlavý (2002) zmiňuje, že v průběhu stárnutí dochází k anatomickým, fyziologickým, psychickým a kognitivním změnám. Podobně vidí průběh stárnutí i Haškovcová (2010), která konstatuje, že každý člověk stárne od narození, proces stárnutí vnímá ovšem jako diskontinuitní, kdy změny související se stárnutím přicházejí pozvolna a nesouvisle. Změny provázející stárnutí se týkají snížení fyzických a psychických sil, rovněž dochází ke stárnutí smyslů.

Hrozenská, Dvořáčková (2013) uvádějí, že stárnutí je procesem, který je charakterizován: „*strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince*“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013: 12). Tyto změny provázející stárnutí zmiňuje rovněž Kalvach a kol. (2014), který k nim přidává ještě pokles potenciálu zdraví. Dále Kalvach a kol. (2014) definuje proces stárnutí jako součást ontogenetického vývoje, který probíhá na individuální úrovni a představuje bio - psycho - sociálně - spirituální přirozeně regresivní proces. Podobné pojetí stárnutí popisuje Weber

(2010: 15), který vidí stárnutí jako: „*nevyhnutelný fyziologický proces, jenž je poslední periodou ontogenetického vývoje lidského života.*“¹

Hamilton (2006) definuje stárnutí z hlediska procesů, které ovlivňují jedince od doby, kdy se narodil, a dále uvádí, že stárnutí může být definováno i v souvislosti s charakteristickými znaky stáří, kterými jsou univerzální rysy stárnutí (např. vrásčitá pokožka, tělesné změny) a sekundární rysy stárnutí (změny, které se objevují s větší či menší frekvencí).²

2.2 Stáří

„*Stáří je důsledek stárnutí, pozdní fáze přirozeně dlouhého života.*“ (Kalvach a kol., 2014: 17). Kalvach a kol. (2014) dále uvádí, že stáří může mít různé podoby, na kterých se podílejí faktory, jako jsou: „*genetická dispozice, vlastní involuce, vlivy prostředí, životní způsob, psychické charakteristiky, choroby a úrazy*“ (Kalvach a kol., 2014: 18).

Podle definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO – World Health Organization) je: „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (Haškovcová, 2010: 20)

Hamilton (2006) upozorňuje na to, že je těžké určit moment, od kterého bude jedinec považován za starého, jelikož člověk nezestárne náhle ze dne na den, nýbrž se jedná o postupné fyzické a psychické charakteristické změny, které se dají na jedinci v průběhu stárnutí pozorovat. V souvislosti s tímto zmiňuje určování hranice stáří podle chronologického věku³ jako neuspokojivé.⁴

Definicí stáří z pohledu české dospělé populace se ve své výzkumné práci zabývala Vidovičová a Rabušic (2003). Z výsledku šetření vyplývá, že respondenti vnímají člověka jako starého podle „*fyzického stavu, věku, ztráty duševní svěžesti a ztráty autonomie*“⁵ (Vidovičová, Rabušic, 2003: 11). Je tedy zřejmé, že vnímání stáří z pohledu české

1 V originále: „The ageing - is an inevitable physiological process, which is the last ontogenetic period of the human life.

2 Volný překlad

3 Chronologický věk odpovídá věku kalendářnímu a je nejčastěji používán při stanovení stáří (Hamilton, 2006: 24)

4 Volný překlad (Hamilton, 2006: 23)

5 Seřazeno podle výsledku výzkumu. Fyzický stav uvedlo přibližně 75 % respondentů, věk 55 % respondentů, ztrátu duševní svěžesti 52 % respondentů, ztrátu autonomie 51 % respondentů.

populace se od definice stáří výše zmíněných autorů neliší, pouze jsou jinak pojmenované a více rozčleněné.

V dostupných publikacích se lze setkat s různým dělením věku jedince, tedy i dělením stáří. Důležité je stanovit, odkdy, tedy od jakého věku je člověk považován za starého. Haškovcová (2010) se zabývá otázkou, jak správně pojmenovat jednotlivá období stáří, a za opravdu starého člověka považuje jedince staršího 75 let, u kterého se projevuje skutečné snížení psychických a fyzických sil. Dále poznamenává, že obvykle podle odborníků je za starého považován člověk důchodového věku, tedy člověk starší 65 let. V souvislosti s tímto zmiňuje skutečnost, kdy se posouvá věková hranice odchodu do důchodu a tím se posouvá i věková hranice, kdy je jedinec považován za starého. Haškovcová (2010) dělí stáří na začínající stáří neboli *young old* (65 - 74 let), staré staré neboli *old old* (osoby starší 75 let) a velmi staré staré neboli *very old old* (více jak 85 let). Stejně dělení stáří uvádějí i další autoři (Hamilton, 2006; Weber, 2010).

Hrozenská, Dvořáčková (2013) dělí stáří do tří období. Období počátečního stáří (60 - 65 let), období pokročilého stáří (75 let a výše) a období vrcholného stáří (90 let a výše).

Další možné dělení věku uvádí Holmerová a kol. (2007) Jednotlivé etapy stáří jsou rozděleny na počínající stáří (60 - 74 let), vlastní stáří (75 - 89 let) a dlouhověkost (90 a více let). Tyto jednotlivé etapy jsou shodné se základní klasifikací vyššího věku podle WHO a v současné době jsou nejpoužívanější, jak zmiňuje Haškovcová (2010).

2.3 Zdravotní a sociální aspekty spojené se stárnutím a stářím

Z předešlých podkapitol je patrné, že stárnutí a stáří s sebou přináší jak změny fyzické, tak i změny psychické a rovněž je zřejmé, že u každého jedince budou zastoupeny v jiné míře.

Kalvach a kol. (2014) vidí populaci seniorů jako heterogenní skupinu, která se vyznačuje vyšší nemocností, a to převážně vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění. Rovněž u seniorů popisuje vyšší incidenci akutních zhoršení zdravotního stavu a dekompenzací. S narůstajícím věkem poukazuje na celkový nárůst prevalence chorob a v souvislosti s tímto na polymorbiditu seniorů. Do spektra onemocnění souvisejících s rostoucím věkem zařazuje degenerativní choroby (osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby, demence).

Kalvach a kol. (2014) odkazuje na studie, které uvádějí, že téměř 90 % osob starších 75 let trpí jednou nebo více chronickými chorobami.

Hrozenková, Dvořáčková (2013) stejně jako Kalvach a kol. (2014) zmiňují poměrně vysoký výskyt chronických onemocnění ve stáří a s odkazem na Pacovského (1990) uvádějí, že *až 70 % lidí nad 70 let trpí kardiovaskulárními onemocněními, 50 % lidí ve věku nad 70 let trpí chronickými zánětlivými procesy a nejméně 20 % ve věku nad 60 let trpí zjevnou psychickou poruchou* (Hrozenková, Dvořáčková, 2013: 33). Dále obě autorky poukazují na sociální rozměr onemocnění ve stáří, jehož důsledkem je izolace od okolí, ztráta komunikace, ztráta pocitu potřebnosti, snížení soběstačnosti a blízkost smrti.

Ivanová, Špatenková, Bužgová (2010) ve své studii Rizikové senioři odkazují na Topinkovou (2002), která uvádí, že *ve věku 60 až 74 let trpí v ČR chronickými onemocněními více než 80 % osob, nad 70 let 87 % osob a ve věku 75 let trpí jednou či více chorobami téměř 90 % osob* (Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010: 68 - 69)

Podle WHO (2002) patří mezi chronická onemocnění lidí staršího věku kardiovaskulární onemocnění, hypertenze, mozkové příhody, diabetes, rakovina, chronická obstrukční pulmonální nemoc, artritida, osteoporóza, demence, slepota a další. V dokumentu WHO (2002) je v souvislosti se stářím rovněž zmíněna hrozba sociální izolace a osamělosti a s tím související pokles tělesné a duševní pohody.⁶

Rohanová in Holmerová a kol. (2007) zmiňuje v souvislosti se stářím ubývání sociálních kontaktů, ubývání aktivit a ztrátu pocitu soběstačnosti. Za důležité považuje sociální začlenění starších osob, a to z hlediska kvality jejich života a jejich nezávislosti. Za významné pro zabránění sociální izolace považuje: *„udržování sociálních kontaktů, zachování kulturních aktivit, zachování občanských aktivit, zachování přístupu k základním službám, zachování pocitu bezpečnosti ve svém vlastním okolí, zajištění možnosti využívat finanční služby a zajištění možnosti komunální služby“* (Rohanová, 2007: 39).

Vohralíková a Rabušic (2004) ve své výzkumné zprávě s názvem „Čeští senioři včera, dnes a zítra“ uvádějí, že jedinec se stává sociálně a mentálně starým dnem, kdy odchází do důchodu. Tímto dochází ke změně denního rytmu a společenského statusu. Člověk se stává vnímavější k hodnotám zdraví, sociálním vazbám a smysluplně prožitému času.

⁶ Volný překlad (WHO, 2002)

Holmerová a kol. (2007) dodává k výše zmíněným sociálním aspektům stáří i otázku existenční, kterou považuje za největší nejistotu. Její tvrzení potvrzuje výzkum provedený Vidovičovou a Rabušicem (2003), z jehož výsledku je patrné, že lidem po odchodu do důchodu nejvíce schází finanční rozdíl mezi platem a penzí. Takto odpovědělo 97 % důchodců. Dále výsledky výzkumu potvrzují i mínění výše uvedených autorů o možnostech pocitů sociálního vyloučení a ztráty sociálních kontaktů v důsledku stáří. Z výsledku výzkumu je zřejmé, že 42 % respondentů schází pocit užitečnosti, kontakt s kolegy schází 45 % respondentů (Vidovičová, Rabušic, 2003: 34).

Zajímavý je pohled Webera (2010), který říká, že zdravotní, psychické a sociální problémy spojené se stářím se začínají očividně projevovat až po 75 letech věku, a to především u žen. Do této doby probíhá proces stárnutí bez větších obtíží. Udává, že přibližně 85 % lidí ve věku mezi 65 a 75 lety netrpí závažnějším onemocněním nebo chorobou omezující jejich denní život, a dále uvádí, že až 40 % osob starších 85 let je ve svém každodenním životě soběstačných (Weber 2010: 15).⁷ Tyto výsledky jsou tedy v rozporu s předchozími jištěními.

Je tedy zřejmé, že v kontextu stárnutí a stáří jsou jedinci ohroženi nemocí, ztrátou příjmu z výdělků, a tedy ohrožením chudobou, pocitem sociálního vyloučení ze společnosti, kdy v důsledku odchodu do důchodu jedinec ztrácí kontakty se svými spolupracovníky. Všechny tyto aspekty jsou sociálními událostmi, kdy je zapotřebí učinit opatření směrem k jedinci, který je takovými sociálními událostmi ohrožen. (Duková, Duka, Kohoutová, 2013). Jirásková, Tomanová (2011) dávají do souvislosti se sociálními událostmi stáří, kdy dochází k sociálním změnám, ke kterým na prvním místě řadí odchod do důchodu. Podle autorek je stáří: „*dáno změnou sociálních rolí, životního způsobu a tím i ekonomického zajištění*“ (Jirásková, Tomanová, 2011: 14). Dále autorky jako sociální událost uvádějí nemoc, kdy nemoc se stává sociální událostí v případě, že jedinec potřebuje pomoc, tedy péči třetí osoby, dále invaliditu, která se odlišuje od nemoci tím, že došlo k takové změně zdravotního stavu, že je možné změřit dlouhodobé nebo trvalé následky. Další sociální událostí je podle autorek chudoba, která se stává sociální událostí v případě, kdy jedinec nemá dostatečné zdroje nebo majetek a z objektivních důvodů nelze zvýšit příjmy. Mezi objektivní důvody autorky řadí stáří, invaliditu a péči o dítě.

⁷ Volný překlad (Weber, 2010)

2.4 Přehled vývoje počtu onemocnění

Z předchozí podkapitoly 2.3 je zřejmé, že stárnutí a stáří s sebou mimo jiné přináší i zdravotní problémy. Staří lidé trpí řadou onemocnění, která vzhledem k jejich věku přecházejí do chronického stádia.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) provádí každoročně sběr dat týkající se počtu nemocných, jejich onemocnění, nově narozených a zemřelých obyvatel ČR. Poslední dostupná statistická data jsou z roku 2013. Následující analýza zahrnuje údaje obsažené ve statistických ročenkách ÚZIS, které se vztahují k tématu mé diplomové práce a tak, aby korespondovaly s výčtem chronických onemocnění uváděných WHO u osob staršího věku. Ne všechna chronická onemocnění uváděná WHO jsou statisticky zpracována v ročenkách. Vzhledem k tomu, že ÚZIS při zpracování údajů používá rozlišení věkových hranic 0 - 14 let, 15 - 19 let, 20 - 39 let, 40 - 64 let a 65 +, budu nadále uvádět pouze údaje týkající se populace starší 65 let.

Podle porovnání statistických údajů ročenek ÚZIS (2007, 2013) došlo od roku 2005 do roku 2011 u osob starších 65 let k nárůstu nově zjištěných zhoubných novotvarů⁸ o 23 % (data v ročenkách 2007 a 2013 vztahující se k nárůstu novotvarů jsou z roku 2005 a 2011). Stejně tak došlo od roku 2007 do roku 2013 k nárůstu počtu pacientů s chronickými onemocněními evidovaných u praktického lékaře, a to přibližně o 8 %. Mezi chronická onemocnění evidovaná ÚZIS patří hypertenze, ischemické nemoci srdeční a cévní nemoci mozku. Počet nově zjištěných organických duševních onemocnění vzrostl od roku 2007 do roku 2013 o 41 %, přičemž nárůst celkového počtu osob s tímto onemocněním byl 32 %. Mezi organická duševní onemocnění zahrnuje do své statistiky ÚZIS demenci u Alzheimerovy choroby a ostatní typy druhů demence.

Přibližně polovina všech úmrtí podle statistiky ÚZIS je způsobena onemocněními oběhové soustavy a zhruba čtvrtina všech úmrtí je zapříčiněna zhoubnými novotvary (www.uzis.cz).

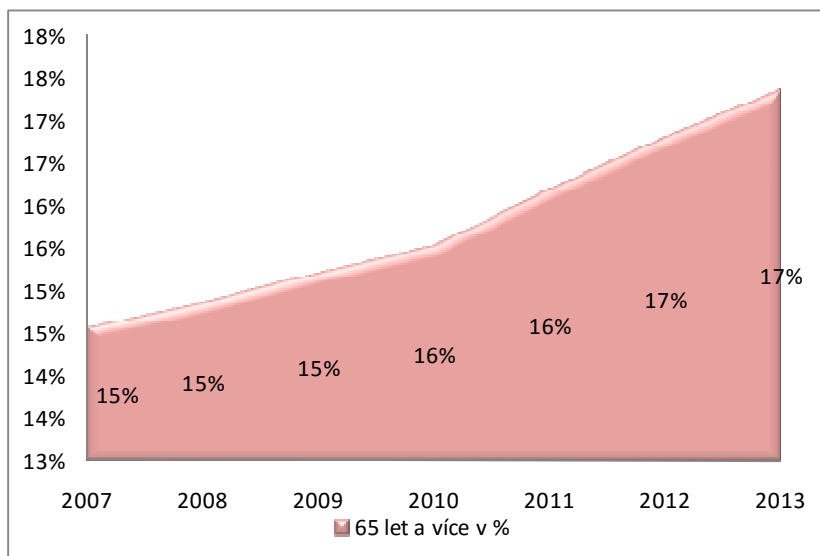
2.5 Přehled vývoje populace v ČR

Řada autorů hovoří o stoupajícím procentu populace osob starších 65 let (například Vohralíková, Rabušic, 2004; Vidovičová, Rabušic, 2003; Holmerová a kol., 2007).

⁸ Novotvar - nádor, tumor (Velký lékařský slovník, 2004)

V následujícím grafu uvádím přehled vývoje počtu obyvatel starších 65 let v ČR podle Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) od roku 2007 do roku 2013.

Graf č. 1 Vývoj počtu obyvatel ČR starších 65let od roku 2007 do roku 2013; ČSÚ, 2015



Z grafu je patrná rostoucí tendence počtu obyvatel starších 65 let na území ČR. Od roku 2007 do roku 2013 se zvýšil podíl osob starších 65 let o 2 % vzhledem k celkové populaci. Zároveň došlo k nárůstu osob starších 65 let přibližně o 21 %.

Další tabulka znázorňuje celkový počet obyvatel ČR starších 65 let v roce 2013 v porovnání s předpokládaným počtem stejně starých obyvatel ČR v roce 2050.

Tabulka č. 1 Vývoj počtu obyvatel ČR starších 65let od roku 2013 do roku 2050; ČSÚ, 2015

	2013		2050	
	v tis	%	v tis	%
Celkem	10 512		9 438	
65 +	1 826	17,4%	2 956	31,3%
80 +	412	3,9%	905	9,6%

Z tabulky č. 1 je patrné, že do roku 2050 vzroste počet obyvatel ČR starších 65 let oproti roku 2013 přibližně o 62 %, přičemž tyto osoby budou tvořit přibližně 31 % z celé populace. U osob starších 80 let dojde přibližně ke 120% nárůstu oproti roku 2013 a tyto osoby budou tvořit zhruba 10 % z populace. S ohledem na kapitulu 2.3, která byla věnována stáří a specifickým problémům stáří, je zřejmé, že vzrůstající procento osob starších 65 let v naší populaci s sebou přinese i vyšší procento těch, kteří budou trpět chorobami spojenými se stářím, a budou tedy s ohledem na svá onemocnění potřebovat zdravotní péči a sociální zabezpečení.

2.6 DALY - disability - adjusted life year

Jak bylo uvedeno, míra výskytu chorob souvisejících se stárnutím populace je rostoucí. S nárůstem chorob u stárnoucí populace souvisí i rozsah zátěže či omezení, které s sebou tyto choroby pro jedince přinášejí.

Indikátorem hodnotícím míru zátěže spojenou s chorobami jedinců je údaj DALY (disability - adjusted life year), který v překladu znamená počet let ztracených v důsledku zdravotního omezení, tedy ztracené roky života z důvodu předčasného úmrtí a zdravotního omezení v důsledku nemoci. Tento indikátor začala používat WHO v roce 1993, kdy při výpočtu DALY je bráno v úvahu pohlaví, věk, závažnost onemocnění a rovněž region. U osob ve věku 65 let je DALY u obou pohlaví v průměru 9 let. S rostoucím věkem hodnota DALY klesá až na v průměru 3,5 roku u osob ve věku 80 let (Murray, 1994).

V letech 1990 - 2010 byla uskutečněna systematická analýza globální zátěže onemocnění, ve které bylo bráno v úvahu 291 onemocnění v celkem 21 regionech světa. Výpočet DALY byl součtem let ztracených z důvodu předčasného úmrtí a počtem let prožitých se zdravotním omezením v důsledku nemoci. Mezi onemocnění zahrnutá do studie patřila i onemocnění související se stárnutím populace, jež byla uvedená v předchozích kapitolách. Z výsledku studie vyplývá, že v roce 2010 bylo celosvětově nejvíce let ztracených v důsledku zdravotního omezení u populace starší 65 let z důvodu kardiovaskulárního onemocnění a rakoviny. Počet let prožitých se zdravotním omezením činil v témže roce u této populace přibližně 30 % (Murray, Vos, Lozano a kol., 2012). Což znamená, že pokud je DALY u osob ve věku 65 let v průměru 9 let, pak tedy přibližně 3 roky života stráví se zdravotním omezením v důsledku své nemoci.

2.7 Shrnutí

S ohledem na předchozí podkapitoly lze konstatovat, že stárnutí populace a samotné stárání s sebou přináší větší pravděpodobnost výskytu chronického onemocnění, s tím že tendence výskytu těchto chorob u stárnoucí populace je rostoucí. Rovněž se v souvislosti se stárnoucí populací zvyšuje procento lidí ohrožených sociálními aspekty spojenými se stáráním jako je sociální izolace, ztráta kontaktů s přáteli, ztráta pocitu užitečnosti, odchod do důchodu a s tím spojené ohrožení chudobou a další. Je potřeba také brát v úvahu nejen celkový nárůst počtu obyvatel všech věkových kategorií v příštích desetiletích, ale rovněž i značný nárůst obyvatel starších 65 let. Stejně tak bude narůstat počet osob, které

stráví se zdravotním omezením poslední roky svého života. V souvislosti s tím bude vrůstat potřeba jak zdravotního tak i sociálního zabezpečení pro lidi této věkové kategorie tak, aby byly v co největší míře uspokojeny jejich potřeby související s jejich zdravotním stavem, kvalitou života a sociální situací.

3 Sociální zabezpečení a zdravotní služby

Pro další porozumění a kontextové začlenění problematiky integrace zdravotních a sociálních služeb je důležité poukázat na zahrnutí těchto služeb do právního řádu České republiky. Sociální a zdravotní zabezpečení má významnou roli při poskytování integrované péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí.

Zdravotní a sociální služby jsou v našem státě spravovány dvěma nezávislými resorty, a to Ministerstvem zdravotnictví ČR a Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Dále se činnost obou daných oblastí řídí svými právními předpisy. Rovněž platby a způsoby úhrady za poskytované služby jsou součástí právních předpisů ČR. Spolupráce těchto dvou resortů a jejich provázanost v oblasti péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí je neoddiskutovatelná.

3.1 Sociální zabezpečení

Kahoun a kol. (2009) v knize Sociální zabezpečení poukazuje na to, že sociální zabezpečení se mimo jiné týká zabezpečení v případě nemoci, zdravotního poškození a invalidity a stáří. Všechny tyto pojmy sociálních událostí se dávají do souvislosti s pacientem s nevléčitelnou nemocí a stářím, a všechny mají vliv na sociální situaci člověka. V těchto případech, má člověk nárok na některou z dávek systému sociálního zabezpečení, a to na dávky důchodového pojištění, sociální péče a sociálních služeb.

Kahoun a kol. (2009) dále uvádí, že role státu v poskytování sociálního zabezpečení je v pomoci lidem ve výše uvedených případech

Subjekty, které se podílejí na sociálním zabezpečení občanů, přesněji řečeno na poskytování sociální péče ve formě dávek a služeb v nepříznivých životních situacích, jsou:

- subjekty veřejné správy
 - Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
 - kraje
 - krajské úřady

- obce
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností
- Úřad práce ČR a jeho Krajské pobočky (mají rozhodovací pravomoci v nepojistných systémech)
- Česká správa sociálního zabezpečení a okresní správy sociální zabezpečení (posuzují zdravotní stav pro nárok na jednotlivé dávky pojistných i nepojistných systémů sociálního zabezpečení)
- subjekty soukromého práva
 - právnické osoby (sociální zařízení, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotnická zařízení lůžkové péče, neziskové organizace, zaměstnavatelé)
 - fyzické osoby (dobrovolníci a dárci)

3.2 Sociální služby

Jedním ze základních rysů systému sociálních služeb je, že reaguje na potřeby klientů a tyto potřeby ovlivňují, jaké sociální služby a v jakém rozsahu budou poskytovány koncové skupině. *„Základním principem je, že služby by se měly přizpůsobovat potřebám lidí, a ne naopak.“* (Štegmannová, Šafr, Havrdová, 2011: 67).

Matoušek a kol. (2011) definuje sociální služby jako služby, které jsou poskytovány sociálně znevýhodněným občanům s cílem zlepšit kvalitu jejich života a začlenit je do společnosti. Kahoun a kol. (2009) popisuje sociální služby jako soubor činností, jež jsou poskytovány osobám, u kterých je omezena jejich soběstačnost a schopnost postarat se o sebe a svou domácnost.

Podle § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen z. 108/2006) služby sociální péče: *„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí... a zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“*

Zákon 108/2006 rozlišuje tři základní druhy sociálních služeb, a to sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Tyto služby jsou poskytovány ve formách

pobytových, ambulantních a terénních. V případě pobytových služeb se jedná o služby spojené s ubytováním v sociálním zařízení. V rámci ambulantních služeb se klient účastní služeb, které jsou poskytovány v denních sociálních zařízeních. Terénní služby jsou poskytovány v sociálním, tedy domácím prostředí klienta, případně v prostředí, kde se tyto osoby nejvíce vyskytují.

V § 34 výše zmíněného zákona je výčet zařízení poskytující sociální služby. Mezi zařízení, která jsou schopna postarat se o lidi s nevléčitelnou nemocí, dle definicí jednotlivých paragrafů tohoto zákona, patří centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a rovněž sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Výčet činností při poskytování sociálních služeb je uveden v § 45 až § 49 a dále § 52 zákona o sociálních službách. Paragraf 36 tohoto zákona uvádí, že kromě center denních služeb a denních stacionářů je ošetrovatelská péče poskytována zaměstnanci, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních ve znění pozdějších předpisů (dále jen z. 96/2004). A dále podle § 116 z. 108/2006 v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb provádí přímou obslužnou činnost o osoby v těchto službách pracovník v sociálních službách, které spočívají především v: *„náviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podpora soběstačnosti... a dále uspokojování psychosociálních potřeb.“* Další skupinou poskytovatelů sociálních služeb jsou sociální pracovníci s vysokoškolským vzděláním.

Úhrady nákladů za sociální služby jsou stanoveny rovněž z. 108/2006, a to v § 71: *„Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů.“* Značná část nákladů na pobyt v zařízeních sociální péče je hrazena z vlastních prostředků klienta, rovněž tak je i hrazen pobyt v centrech denních služeb a denních a týdenních stacionářích, kdy osoby uhrazují ubytování, stravu a péči ve sjednaném rozsahu. Maximální výše úhrady za tyto poskytované služby je uvedena v prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb., k z. 108/2006. Konkrétní sociální služby jsou pak hrazeny z příspěvku na péči, který je vyplácen osobám v jednotlivých stupních závislosti.

Většina těchto klientů je tak rovněž příjemci příspěvku na péči podle § 7 z. 108/2006, který je právě k tomuto účelu přiznáván. Zároveň mohou být i příjemci příspěvků na zvláštní pomůcky podle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek

osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, mezi které patří například příspěvek na mobilitu, využívání průkazů ZTP, ZTP/P, zvláštní pomůcky pro zrakově, tělesně a sluchově postižené apod. Podmínkou u většiny těchto příspěvků je tzv. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá, nebo by měl trvat déle než jeden rok (dále jen DNZS). Zde je tedy přímá těsná návaznost na zdravotní služby a sociální služby.

3.3 Zdravotní služby

Poskytování zdravotních služeb je vymezeno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen z. 372/2011). Paliativní péče jako druh poskytované a hrazené péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta trpícího nevyлéčitelnou nemocí, je uvedena v § 5 odst. 2 písmeno h). Poskytování paliativní péče je rovněž zmíněno v § 10 odst. 1 písmeno b), kdy zdravotní péče, tedy i paliativní, může být poskytována v sociálním prostředí pacienta. V paragrafu 11 výše zmíněného zákona je uvedeno, že zdravotní služby jsou poskytovány osobami, které jsou způsobilé k „výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb“, a to podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen z. 95/2004) a z. 96/2004.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen z. 48/1997) uvádí, že zdravotní služby v ČR jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Takovýmito službami se rozumí služby, jejichž cílem je zlepšit nebo zachovat zdravotní stav nebo zmírnit utrpení. Mezi takovéto služby mimo jiné patří i poskytnutí paliativní péče, jak je uvedeno v § 13 odst. 2 písmene a). Plátcí pojistného jsou podle §4 tohoto zákona stát, zaměstnavatelé a pojištěnci uvedení v § 5. Pro účely své práce nepovažují za podstatné vyjmenovávat pojištěnce uvedené v § 5, v tomto případě pouze poukazují na zdroj, ze kterého lze čerpat.

Důležité je poukázat na § 22 z. 48/1997, kde je vymezen pojem zvláštní ambulantní péče, kdy hrazené služby se týkají rovněž zvláštní ambulantní péče a za tuto péči je považováno poskytnutí péče: „*pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním*

sociálním prostředí." Tato péče může být poskytována formou domácí zdravotní péče. Dále je podle tohoto paragrafu hrazena i zvláštní ambulantní péče poskytovaná v zařízeních sociálních služeb. V tomto případě je zapotřebí, aby poskytovatelé sociálních služeb, kteří poskytují i ošetrovatelskou péči, měli uzavřenou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou.

3.4 Shrnutí

Z výše uvedeného je patrné, že ať se jedná o poskytování sociálních služeb nebo zdravotních služeb, jsou tyto navzájem právně provázané a doplňují se. Dále je zřejmé, že péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci může být poskytována jak v domácím prostředí pacienta, tak i v zařízeních sociálních služeb. Pro přehled uvádím shrnutí popisů silných a slabých stránek ve SWOT analýze, kterou uvedl v závěrečné zprávě s názvem *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních* Průša a kol. (2009). Silné stránky provázanosti těchto služeb vidí v: *„poskytování zdravotní péče, která je poskytována obyvatelům zařízení sociální péče podle § 22 písm. d/ zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv. zvláštní ambulantní péče, a která musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění.*" Naopak slabé stránky mimo jiné spatřuje v: *„dlouhodobém systémovém podceňování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.*" (Průša a kol., 2009: 24). Nedílnou součástí je také podmíněnost zdravotního stavu (DNZS) pro nárok na jednotlivé dávky a služby sociálního zabezpečení.

4 Současný stav péče o nevléčitelně nemocné

Nevléčitelně nemocní pacienti tvoří poměrně rozsáhlou skupinu všech pacientů hospitalizovaných v nemocnicích, kdy 75 % nevléčitelně nemocných pacientů umírá v nemocničním zařízení, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo jiných zařízeních dlouhodobé péče, kde není poskytována kvalitní péče o terminálně nemocné pacienty (Kalvach a kol. 2010). Téměř stejné procento takto nemocných (78 %) si podle průzkumů přeje umírat doma (STEM/MARK, Cesta domů, 2011). Problematikou péče o terminálně nemocné pacienty se zabývá paliativní péče.

4.1 Statistika zemřelých podle místa úmrtí

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR provádí každoročně sběr dat týkající se počtu nemocných, jejich onemocnění, nově narozených a zemřelých obyvatel ČR. Od roku 2007 zpracovává ÚZIS údaje o místě úmrtí obyvatel ČR. Tyto údaje jsou zpracovány v tabulce č. 2. Data z roku 2014 nejsou doposud k dispozici⁹.

Tabulka č. 2 Struktura zemřelých podle místa úmrtí v letech 2007 až 2013; ÚZIS ČR, 2015

		Doma	Nemocnice	Léčebný ústav	Ulice, veřejné místo	Při převozu	Sociální zařízení	Ostatní	Celkem
2 007	Celkem	18 917	63 265	8 849	2 030	372	4 882	6 321	104 636
	%	18,1%	60,5%	8,5%	1,9%	0,4%	4,7%	6,0%	100,0%
2 008	Celkem	20 676	63 029	9 738	2 247	435	5 656	3 076	104 857
	%	19,7%	60,1%	9,3%	2,1%	0,4%	5,4%	2,9%	100,0%
2 009	Celkem	21 344	64 536	10 178	2 140	432	5 858	2 933	107 421
	%	19,9%	60,1%	9,5%	2,0%	0,4%	5,5%	2,7%	100,0%
2 010	Celkem	21 791	62 938	9 707	2 422	514	6 167	3 305	106 844
	%	20,4%	58,9%	9,1%	2,3%	0,5%	5,8%	3,1%	100,0%
2 011	Celkem	22 002	62 932	9 732	2 191	547	6 434	2 990	106 828
	%	20,6%	58,9%	9,1%	2,1%	0,5%	6,0%	2,8%	100,0%
2 012	Celkem	22 676	63 078	10 013	2 160	517	6 900	2 845	108 189
	%	21,0%	58,3%	9,3%	2,0%	0,5%	6,4%	2,6%	100,0%
2 013	Celkem	22 033	71 938	1 375	1 718	688	6 075	5 333	109 160
	%	20,2%	65,9%	1,3%	1,6%	0,6%	5,6%	4,9%	100,0%

Z tabulky je patrné, že od roku 2007 do roku 2012 klesal počet zemřelých v nemocnicích a naopak mírně vzrůstal počet zemřelých v domácím prostředí či v sociálním zařízení. V roce 2007 zemřelo v nemocnicích 60,5 % ze všech zemřelých,

⁹ Údaje k 22. 11. 2015

zatímco v roce 2012 v nemocničním prostředí zemřelo 58,3 % obyvatel ČR. V roce 2012 zemřelo v domácím či sociálním prostředí celkem 27,4 % obyvatel ČR. Oproti roku 2007 se jedná o 4,6% nárůst úmrtí v těchto prostředích. V roce 2013 došlo k nárůstu počtu zemřelých v nemocnicích, a to o 7,6 % oproti roku 2012, rovněž oproti roku 2012 lehce klesl počet úmrtí v sociálních zařízeních, a to o 0,8 %. V porovnání s rokem 2007 stále dochází k nárůstu úmrtí v sociálních zařízeních (www.uzis.cz).

4.2 Paliativní péče

V úvodu této podkapitoly je třeba poukázat na dělení paliativní péče na paliativní péči obecnou a paliativní péči specializovanou. Obecná paliativní péče se zabývá péčí o pacienta v situaci pokročilého onemocnění, která je zaměřená na kvalitu života nemocného, léčbu symptomů a psychosociální podporu. Obecná paliativní péče by měla být zajišťována lékaři všech odborností v rámci jejich klinické praxe. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům a jejich rodinám, kde vzhledem k onemocnění nebo pokročilému stádiu onemocnění přesahují nároky na péči možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Jedná se zejména o zajištění potřeb tělesných a psychosociálních (Sláma a kol., 2011). Specializovaná paliativní péče je multiprofesní¹⁰ péče, která je zajišťována týmem odborníků, kteří jsou v oboru paliativní péče speciálně vzděláni a mají potřebné zkušenosti (Sláma a kol., 2013).

Mezi formy poskytování specializované paliativní péče patří mobilní paliativní péče, lůžkové zařízení hospicového typu, oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení, ambulance paliativní medicíny a dále konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, denní hospicové stacionáře a specializované hospicové poradny. Poslední tři zmíněné formy poskytování specializované paliativní péče nejsou zatím v rámci ČR rozšířeny (Sláma a kol., 2013). V naší republice je rovněž rozšířena forma poskytování domácí zdravotní domácí péče, která je realizována agenturami domácí péče, takzvanými Home care. I přes to, že tyto organizace uvádějí poskytování specializované paliativní péče o terminálně nemocného jako jednu z forem poskytované péče, jedná se pouze o zdravotní stránku péče nikoliv o další aspekty, kterými se poskytování

¹⁰ Multiprofesní znamená přítomnost více než jedné profese v týmu, který může pracovat buď interdisciplinárně, nebo multidisciplinárně (Doporučení Rec, 2003).

specializované paliativní péče vyznačuje, a to zejména aspekty duchovní a sociální (Sedlárová in Tomeš a kol., 2015).

V Doporučení Rec (2004) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům je uvedeno, že specializovaná paliativní péče může být poskytována v různých prostředích, a to v domově nemocného, pečovatelském domově, domově pro seniory, nemocnici nebo hospici. Ačkoliv lidé nejčastěji upřednostňují poskytování paliativní péče v domovech nemocného, je nejčastějším místem úmrtí nemocnice. Je zřejmé, že i přes to, že některá zařízení, která se přímo nezabývají poskytováním paliativní péče, jsou vyhledávána větším množstvím pacientů, kteří paliativní péči potřebují. Jedná se zejména o pečovatelské domovy, domovy pro seniory a zařízení s významným podílem pacientů s onkologickým onemocněním. Důležité je, aby zdravotníci těchto zařízení měli možnost vzdělávání a výcviku a získávání znalostí v oboru paliativní péče (Doporučení Rec, 2004).

4.2.1 Složení multiprofesního týmu

Jak již bylo uvedeno, specializovaná paliativní péče je poskytována multiprofesním¹¹ týmem odborníků, kteří jsou v oboru paliativní péče speciálně vzděláni a mají potřebné zkušenosti. Multiprofesní tým se podílí na péči o pacienta, a to zejména na tvorbě, monitorování a přezkoumávání individuálních plánů péče ve spolupráci s pacientem a rodinou. Jedná se tedy o týmovou spolupráci. (Doporučení Rec, 2004).

Sláma a kol. (2013) dělí složení multiprofesního týmu na tým poskytující specializovanou paliativní péči v lůžkovém zařízení hospicového typu a v rámci mobilního hospice, kdy základními členy týmu jsou lékař s odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti, sestra a sociální pracovník. Dále je v obou týmech zastoupen psycholog a duchovní. V týmu poskytujícím péči v rámci lůžkového zařízení hospicového typu je členem týmu ošetřovatel, zatímco v týmu mobilního hospice má své místo poradenský pracovník a koordinátor dobrovolníků v terénu. Sláma a kol. (2013) v rámci složení multiprofesního týmu zmiňuje jako jednoho z členů týmu „sestru“. Pojem „sestra“ v našem právním řádu není vymezen a používá se pojem všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent, kdy tyto pojmy jsou vymezeny v z. 96/2004 a ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků

¹¹ V dostupné literatuře se můžeme setkat také s výrazem multidisciplinární tým. Např. Marková, M. (2010), Jarkovská, O a kol. in Sláma a kol. (2011).

a jiných odborných pracovníků (dále jen vyhláška 55/2011). Přesto někteří autoři odborných publikací i nadále používají pojem zdravotní sestra nebo pouze sestra. Z tohoto důvodu budu v textu, který je nepřímou citací autorů, používat pojmy, které autoři použili ve svých publikacích, a tyto pojmy budu dávat do uvozovek.

4.2.2 Role lékaře

Lékař získává způsobilost ke svému povolání podle z. 95/2004. Specializaci získává lékař podle vyhlášky č. 361/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikačních kurzů (dále jen vyhláška 361/2010), kde je přímo uvedena nástavbová specializace algeziologie, paliativní medicína.

Lékař ve specializovaném paliativním týmu má za úkol zvládat paliativní problémy a komplikace, jako jsou například bolest, dušnost, zvracení, delirium a další a dále řídit tým spolupracovníků (Kalvach a kol., 2010). Sláma a kol. (2013) uvádí, že lékař paliativního týmu je zodpovědný za pravidelné hodnocení a léčbu tělesných symptomů a dále zajišťuje potřebné léky a pomůcky ke zmírnění tělesných a psychických obtíží. Lékař paliativního týmu rovněž hodnotí míru pacientovy adaptace na skutečnost nevléčitelného onemocnění včetně přítomnosti psychických symptomů, a to i s ohledem na pacientovu rodinu.

4.2.3 Role „sestry“, ošetřovatele

Z dostupných publikací není zcela zřejmé, zda jednotliví autoři při popisu činností „sestry“ či „zdravotní sestry“ mají na mysli všeobecnou sestru nebo zdravotnického asistenta. Z tohoto důvodu je potřeba při poskytování paliativní péče brát ohled na jednotlivé činnosti a kompetence těchto zdravotnických pracovníků.

Všeobecná sestra a zdravotnický asistent získávají způsobilost ke svému povolání podle z. 96/2004. Rozsah činností a kompetencí všeobecné sestry je stanoven v § 3 odst. 1 a v § 4 vyhlášky 55/2011, rozsah činností a kompetencí zdravotnického asistenta je stanoven v § 3 odst. 2 a v § 30 této vyhlášky.

Při péči o nevléčitelně nemocného pacienta podle Kalvacha a kol. (2010) poskytuje „zdravotní sestra“ rozsáhlou ošetřovatelskou péči, kterou umírající pacienti vyžadují, a to

na základě zhodnocení stavu pacienta lékařem. Při poskytování ošetrovatelské péče musí „zdravotní sestra“ brát ohled na všechny multidimenzionální obtíže pacientů. Cílem je poskytnout lidskou podporu umírajícímu, zabezpečit základní biologické potřeby včetně hygieny, ošetrovatelské aktivity v návaznosti na plnění pokynů lékaře a samostatnou ošetrovatelskou péči, kdy „zdravotní sestra“ sleduje a vyhodnocuje stav pacienta. Kalvach a kol. (2010) dále píše, že kvalitní paliativní péče musí zahrnovat *„jak speciální postupy a úkony (např. monitorování bolesti a zkušenost v jejím tlumení v intencích lékařských pokynů, tak aktivní řešení řady obecných problémů a drobných komplikací“* (Kalvach a kol, 2010:105-106).

Kalvach a kol. (2010) zmiňuje v souvislosti s rolí „zdravotní sestry“ v paliativním týmu rovněž ošetrovatelskou složku péče, kterou přesně nevymezuje, ale dá se předpokládat, že v lůžkových zařízeních hospicového typu bude ošetrovatel vykonávat péči o nemocného v souladu s jeho kompetencemi, které jsou stanoveny v § 3 odst. 2 a v § 37 vyhlášky 55/2011.

4.2.4 Role sociálního pracovníka

Získávání způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka je uvedeno v § 110 z. 108/2006 a zároveň v § 109 tohoto zákona je definována činnost sociálního pracovníka.

Podle Slámy a kol. (2013) sociální pracovník, který se podílí na péči o nevléčitelně nemocného pacienta, identifikuje psychologické a sociální potřeby pacientů, rodin a dalších blízkých osob před úmrtím a i po úmrtí. Kalvach a kol. (2010) píše o nutnosti zabezpečit pro umírající dostupné sociální služby, na které mají vzhledem k jejich stavu nárok. Dále za důležité považuje, aby sociální pracovník na základě pravidelné komunikace s rodinou vyhodnocoval, jestli nemocný a rodina využívají dostupné možnosti podpory v péči o těžce nemocného blízkého. *„V ústavech často právě sociální pracovník podporuje kvalitu času, kdy je pacient bdělý, zajišťuje drobná přání a animaci života“* (Kalvach a kol., 2010: 36). Jarkovská a kol. in Sláma a kol. (2011) vidí roli sociálního pracovníka v paliativním týmu jako koordinátora sociálních služeb a dobrovolníků. Hlavním cílem sociálního pracovníka je zlepšení kvality života nemocného a jeho rodiny. Poskytnutí psychosociální intervence je rovněž jeden z úkolů sociálního pracovníka. Tato intervence zahrnuje psychosociální podporu, jejímž úkolem je připravit nemocného a jeho rodinu na budoucí ztrátu, a pomoc při vzájemné komunikaci v obtížné situaci. Dále tato

intervence zahrnuje poradenství v oblasti zdravotně sociálních služeb. Rovněž se v rámci poradenství může jednat o pomoc při zařizování pohřbu.

4.2.5 Role psychologa

Odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví se získává podle z. 96/2004 a dále je činnost psychologa ve zdravotnictví vymezena v § 3 odst. 1 a § 23 vyhlášky 55/2011.

Psycholog v paliativním týmu zajišťuje péči pro truchlící pozůstalé, která může zahrnovat „podporu před i po smrti blízkého, poradenství jednotlivci a rodině, naplánované dopisování, telefonní rozhovory, návštěvy, vzpomínkové ceremoniály a pohřby“ (Sláma a kol., 2013: 12). Kalvach a kol. (2010) přiřazuje psychologovi v paliativním týmu roli psychoterapeuta, který má za úkol objasňovat členům paliativního týmu postoje či rodinné vztahy pacienta a pomáhat členům paliativního týmu v komunikaci s rodinou umírajícího a umírajícím. Rovněž psychoterapeut má za úkol pečovat o pozůstalé a provázet je v době, kdy se vyrovnávají se ztrátou blízkého.

4.2.6 Role duchovního

Přítomnost duchovního v paliativním týmu a jeho podpora může mít různé podoby, kdy jsou naprosto respektována výslovná přání pacienta. Rovněž je brán ohled na náboženské a kulturní prostředí pacienta, na jeho zvyky a chápání smyslu života (Kalvach a kol., 2010). Sláma a kol. (2013) upozorňuje, že tým poskytující paliativní péči pomáhá zajistit kontakt s duchovním na základě přání pacienta nebo jeho rodiny. V rámci spirituální péče je potřeba získat od pacienta informace o jeho duchovních a existenciálních názorech s cílem „identifikace duchovního a existenciálního zázemí a s tím spojených rituálů a praktik pacienta a jeho rodiny“ (Sláma a kol., 2013: 14). Prokop a kol. in Sláma a kol. (2011) uvádí, že duchovní oblast může být pro pacienty v těžké nemoci a jejich rodiny zdrojem posily, útěchy a motivace, kdy na základě spirituální pomoci může dojít ke snížení úzkosti, deprese a snížení pocitu osamělosti.

4.2.7 Komunikace při péči o nevléčitelné nemocné

Z výše uvedeného je patrné, že na péči o umírajícího se podílí více členů jednoho týmu. Z tohoto důvodu je také důležitá komunikace mezi jednotlivými členy týmu a zároveň komunikace mezi pečujícími, nemocným a jeho rodinou. Problematika komunikace je v dostupných publikacích a standardech považována za klíčovou pro úspěšné poskytnutí paliativní péče.

V doporučení Rec (2004) je komunikace zmiňována jako proces pro výměnu informací, porozumění, podpory a vyrovnání se s obtížemi, které s sebou péče o nemocné přináší. V dokumentu je za podstatnou považována komunikace mezi zdravotníky v týmu, mezi zdravotníky a pacientem a mezi pacientem a rodinnými příslušníky. Při vzájemné komunikaci mezi zdravotníky je potřeba zohlednit to, že se několik zdravotníků podílí na péči o jednoho pacienta a je pro ně důležité, aby docházelo k rychlé výměně co nejvíce důležitých, aktuálních a přesných informací. Komunikace mezi pacientem a rodinnými příslušníky může být při poskytování paliativní péče problematická z důvodu stresu, kterému jsou pacienti a rodinní příslušníci vystaveni. Úkolem zdravotníků je identifikovat problémové situace a reagovat na ně. Při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je podstatné, aby zdravotník sděloval pacientovi informace o jeho zdravotním stavu citlivě, upřímně a účastně a vyvaroval se jakýchkoliv nepravdivých informací. Pro pacienta je podstatné, aby o svém onemocnění, léčbě a důsledcích měl všechny potřebné informace. Kalvach a kol. (2010) píše, že kvalitní komunikace mezi pacientem a pečujícím týmem umožňuje průběžnou úpravu postupů péče a léčby podle přání pacienta.

Kabelka a kol. in Sláma a kol. (2011) uvádí, že předpokladem účinné komunikace na straně zdravotníka je: „*nedirektivnost, úcta k nemocnému a jeho blízkým; umění mlčet a aktivně naslouchat; překonávat vlastní úzkosti a nejistoty; autenticita; empatie; schopnost týmové spolupráce a profesionalita.*“ Na straně pacienta a jeho blízkých je předpokladem účinné komunikace: „*důvěra ve zdravotníky; schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny a dostatek informací*“ (Kabelka a kol. in Sláma a kol., 2011: 33).

4.2.8 Vzdělávání a podpora při poskytování paliativní péče

V doporučení Rec (2004) je uvedeno, že všichni, kteří se podílejí na paliativní péči, by měli mít odpovídající výcvik a vzdělání pro svou práci. Vzdělávání zdravotníků a veřejnosti považují za nezbytnou podmínku pro rozvoj paliativní péče. Sláma a kol.

v publikaci Koncept paliativní péče v ČR – Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi, vydané v roce 2004 upozorňuje na důležitost vzdělávání v oblasti paliativní péče a navrhuje, aby vzdělávání pracovníků pečujících o umírající pacienty bylo rozděleno do tří stupňů podle toho, v jakém oboru jednotliví pracovníci pracují a jak často se při výkonu svého povolání s umírajícím setkávají, a to na základní stupeň, středně pokročilý stupeň a nejpokročilejší stupeň. Sláma a kol. (2013) ve Standardech paliativní péče píše, že všichni členové multiprofesního týmu mají být průběžně vzděláváni a mají jim k tomu být poskytnuty podmínky.

Na fyzickou a psychickou náročnost profese pečujícího upozorňuje Haškovcová (2010), která uvádí, že pečující o nemocné seniory jsou často vystavováni situacím, ve kterých musí zvládat své emoce, a zároveň se předpokládá, že se pečující budou chovat ke svým pacientům s pochopením a úctou. V souvislosti s tímto zmiňuje termín *„profesionální otrlost, která je obranou před nepříjemnostmi profese pečujícího“* (Haškovcová, 2010: 280). V kontextu s výše uvedenými těžkostmi profese pečujícího zmiňuje autorka syndrom vyhoření jako důsledek nadměrné zátěže při péči o nemocného a dále uvádí způsoby, jak syndromu vyhoření předcházet. Možnosti předcházení syndromu vyhoření jsou duševní hygiena nebo intervence psychologů, kteří jsou součástí pečujícího týmu. Další možností je podle autorky supervize, která pomáhá pečujícím zvládat náročnost jejich profese (Haškovcová, 2010).

O supervizi, jako o nástroji podpory v pomáhajících profesích píše Havrdová (2008), která uvádí, že pojem supervize pochází z latinského *super* – nad a *videre* – vidět, zírat, dohlížet. Anglický výraz je potom *supervision*. Jedná se tedy o dohlížení nad činností jiného. Účelem supervize je zkvalitnění a zlepšení práce a podpora profesionálního růstu. Havrdová (2008: 40) přesně uvádí: *„Supervize je odborná činnost, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje pracovníka, skupiny nebo týmy v pomáhajících profesích k tomu, aby dosáhl(y) určitých organizačních, profesionálních a osobních cílů.“* Za hlavní nástroj supervize považuje reflexi pracovních činností.

Hawkins a Shohet (2004) dávají supervizi do souvislosti s předcházením stresu a syndromu vyhoření. Supervizi pokládají za hlavní formu podpory při řešení problémů souvisejících s výkonem povolání pomáhajícího.

4.3 Shrnutí

Vzhledem k tomu, že nevyhlášeně nemocní pacienti tvoří poměrně rozsáhlou skupinu populace, kdy podle uvedených zdrojů tito pacienti, ač si přejí strávit závěrečnou fázi svého života ve svém sociálním prostředí, umírají ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, která nejsou připravena poskytovat kvalitní paliativní péči o terminálně nemocné pacienty, je potřeba těmto pacientům umožnit kvalitní prožití závěru života v okruhu rodiny a přátel a v jejich sociálním prostředí. Takovýmto prostředím mohou být jak domov pacienta, tak i pobytová zařízení sociálních služeb, jako jsou například domovy pro seniory, která se v závěru života stávají jejich sociálním prostředím. Jak bylo uvedeno, podle statistiky ÚZIS v roce 2013 zemřelo v nemocnicích 65,9 % všech zemřelých a v sociálních zařízeních pouze 5,6 % všech zemřelých. Dá se tedy soudit, že pokud by se zkvalitnila péče o umírající v pobytových zařízeních sociálních služeb, mohli by klienti těchto zařízení důstojně dožít ve svém sociálním prostředí bez nutnosti hospitalizace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v případě zhoršení jejich zdravotního stavu. Péče o umírající může být poskytována například multiprofesním paliativním týmem, kdy dochází ke vzájemné spolupráci několika profesí, které mají v multiprofesním týmu své nezastupitelné místo. Pro správné fungování týmu je důležitá vzájemná komunikace mezi jednotlivými členy týmu a podpora členů týmu, kdy při péči o terminálně nemocné pacienty jsou pečující převážně ohroženi syndromem vyhoření. Vzdělání a průběžné vzdělávání má rovněž velký podíl na poskytování kvalitní paliativní péče.

V současné době dochází v ČR ke značnému nárůstu počtu poskytovatelů mobilní hospicové péče a k rozvoji takovéto péče. Rovněž je věnována značná pozornost komplexnímu rozvoji poskytování paliativní péče. Nadační fond AVAST je významným dárcem v naší republice, který se v rámci programu Spolu až do konce zaměřil na financování projektů týkajících se péče o umírající, kdy došlo například k založení Centra paliativní péče, které se zabývá výzkumem, vzděláváním a osvětovou činností v oblasti paliativní péče. Další oblastí, kterou Nadační fond podpořil, byla vzájemná spolupráce mezi organizacemi poskytujícími paliativní péči.

5 Integrace zdravotní a sociální péče

Podle Encyklopedického slovníku je integrace: „*spojování částí v jednotlivý celek*“ (Encyklopedický slovník, 1993: 442). Čermáková (2009) píše, že v případě integrace zdravotních a sociálních služeb se jedná o propojování zdravotní a sociální péče, s cílem zajištění potřebné péče osobám se sníženou soběstačností nebo osobám zcela závislým na péči druhých a dále osobám se zdravotním postižením nebo s chronickým onemocněním. V Komparační studii (2010) je uvedena definice integrované péče podle Evropského centra pro sociální politiku a výzkum, kdy integrovaná péče znamená: „*koncept poskytování služeb jednou jednotkou jednající koordinovaně a usilující o finanční efektivitu, zvyšující se kvalitu a stoupající spokojenost uživatelů a poskytovatelů péče*“ (Komparační studie, 2010: 61).

Z obsahu předešlých kapitol je zřejmé, že v naší společnosti bude přibývat osob, které z důvodu svého věku nebo zdravotního omezení budou odkázány na zdravotní a sociální pomoc, a pro tyto osoby bude integrovaná péče, kde se bude propojovat zdravotní a sociální péče, východiskem ke kvalitnímu prožití závěru jejich života ve společnosti svých blízkých a ve svém sociálním prostředí.

Cílem této kapitoly je nastínit problematiku integrace zdravotních a sociálních služeb v ČR s ohledem na dostupné materiály a výzkumy a zároveň podat přehled a závěry dostupných zahraničních výzkumů, které se touto problematikou zabývaly. Tato kapitola rovněž slouží jako teoreticko-metodologické východisko pro empirickou část mé diplomové práce.

5.1 Pohled na integraci zdravotní a sociální péče v ČR

V této části jsem se zaměřila na podání přehledu stavu integrace zdravotních a sociálních služeb v ČR a na problematické okruhy, kterými se výzkumníci zabývali. Pro podání přehledu jsem vybrala ty materiály, které se svým zaměřením nejvíce přibližovaly tématu mé diplomové práce.

První tři výstupy ze studií, které jsem použila pro svou diplomovou práci, jsem seřadila chronologicky podle roku, kdy byly zveřejněny. Cílem chronologického uspořádání je poukázat na problémy a návrhy, které byly zmiňovány nebo řešeny v rámci

integrace zdravotních a sociálních služeb před novelizací z. 108/2006, a jaký byl jejich dopad po přijetí výše zmíněného zákona.

Problematikou integrace zdravotních služeb a sociální péče se ve studii s názvem *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče* zabývala Misconiová a kol. (2003). V úvodu studie upozorňují na to, že stírání resortních rozdílů při poskytování zdravotní a sociální péče na místní úrovni je jedním z nových trendů v evropských zemích. Dále zmiňují význam decentralizace v oblasti týkající se poskytování zdravotní a sociálních péče, a to zejména péče týkající se starých občanů, kdy zabezpečení spolupráce mezi poskytovateli těchto služeb a jejich koordinace by mělo být na místní nebo lokální úrovni. Tím by docházelo ke kvalitnějšímu zabezpečení potřeb těchto obyvatel. Ve své studii docházejí k závěru, že: „ *při zavádění uceleného integrovaného systému zdravotních a sociálních služeb je potřeba především zákonem uložit obcím povinnost, aby vytvářely podmínky pro zajišťování integrované domácí péče, zvýšit roli, odpovědnost, informovanost územních samosprávních celků při poskytování sociálních služeb a zdravotní péče a položit důraz na vzdělávání klientů, členů jejich rodin a poskytovatelů sociálních služeb*“. Rovněž spatřují význam v: „ *přehodnocení systému financování sociálních a zdravotních služeb a vytvoření prostředí, které bude reagovat na nově vznikající potřeby občanů*“ (Misconiová a kol., 2003: 12 – 14).

Integrací zdravotní a sociálních péče se ve své disertační práci s názvem *Možnosti integrace zdravotní a sociální péče* zabývala Čermáková (2009). Ve své práci se zaměřila na poskytování zdravotní péče v zařízeních sociální péče a poskytování sociální péče v zařízeních zdravotní péče v letech 2002 až 2008. Cílem její práce bylo mimo jiné analyzovat přístup k integraci zdravotní a sociální péče v rámci ČR a zároveň podat návrh na zajištění integrace v ČR. Jako kritérium pro posouzení stavu integrace zmíněných služeb zvolila oblasti, které s integrací zdravotních a sociálních služeb úzce souvisí, a tyto v závěru své práce zhodnotila. Oblasti, které si autorka zvolila pro hodnocení, jsou následující: „*právní rámec, pravidla poskytování a integrace, vymezení potřeb a péče, subjekty poskytující péči, oprávnění a standardy péče, personální zajištění, financování a jednání aktérů.*“

V rámci reflexe pravidel integrované péče kladně hodnotí srovnatelné podmínky pro osoby, které využívají sociální služby v rámci sociálních zařízení pobytové péče a v rámci zdravotnických zařízení ústavní péče, naopak jako nedostatečný shledává přístup

k lékařské péči, kdy v rámci poskytovatelů zdravotních služeb je k této péči nepřetržitý přístup, zatímco přístup k lékařské péči v rámci zařízení sociální péče je omezený.

Při hodnocení subjektů poskytujících péči jako pozitivní uvádí právní i praktické umožnění poskytování zdravotní ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Upozorňuje na to, že ve shodě s doporučením Meziresortní komise integrované péče (dále jen Komise), kterou zřídilo MPSV ČR a jejíž členkou byla i autorka disertační práce, nejsou využívány agentury domácí zdravotní péče v pobytových sociálních službách.

S ohledem na personální zajištění byla naplněna podmínka Komise, že ošetrovatelská péče v pobytových sociálních službách bude zajištěna odborně způsobilými zdravotnickými pracovníky. Poukazuje na nedostatečné znalosti týkající se principů a kvality poskytování sociálních služeb u zdravotnických pracovníků nebo ve zdravotnických zařízeních.

Zajímavým postřehem autorky v závěrečném shrnutí její práce je rozdílný přístup poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Zatímco přístup poskytovatelů zdravotních služeb je na vysoké profesionální a odborné úrovni, přístup poskytovatelů sociálních služeb je více zaměřen na lidský přístup, kdy je potřeba brát v úvahu individuální a celkové potřeby jedince viz tab. č. 3.

Tabulka č. 3 Rozdíly v systému zdravotnictví a sociálních služeb; Čermáková 2009

Kritérium	Ve zdravotnictví	V sociálních službách
Vstup	Nedobrovolný (rozhodnutí zdravotníka)	Dobrovolný (na žádost osoby)
Přístup	Osoba podřízena zdravotní léčbě (řídí zdravotník)	Spoluúčast na službě (řídí uživatel)
Systém	„odborný, profesionální, normativní“	„lidský, kvalitativní“
Zaměření	Akutní intervence stavu - léčení, technologie	Dlouhodobější pomoc, podpora subjektivní kvality života - řešení individuálních potřeb

Vedle výše popsaných rozdílů Čermáková (2009) uvádí, že v rámci integrace zdravotních a sociálních služeb je důležité vycházet i ze vzájemně shodných přístupů

a priorit, mezi které řadí *prevenci, dlouhodobou podporu, partnerství (s klienty a mezi organizacemi), odpovědnost a svobodnou volbu jedince, komunitní péči (primární péče, domácí služby), význam lokální úrovně (zajišťování dostupných služeb), služby neziskových a soukromých organizací, solidaritu ve vyrovnávání příležitostí, význam kvality a celoživotní vzdělávání.*

Dále se integrací zdravotních a sociálních služeb zabývala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR o. s., která byla zadavatelem Komparační studie (2010), kdy byla provedena komparace stavu integrace této péče v ČR a na Islandu. Důvodem k vytvoření komparační studie, který spatřovali řešitelé studie, byla problematika financování sociálních služeb, kvalita a dostupnost poskytované péče a spolupráce rodiny při péči o osobu blízkou. Ve své studii hodnotí zdravotní a sociální péči o seniory v ČR jako nesjednocenou a nepropojenou, a to v oblasti financování, kdy ošetrovatelská péče poskytnutá v ústavech sociální péče není hrazena zdravotními pojišťovnami. Autoři studie citují Týden (2008), kde je uvedeno, že vzhledem k nepropojenosti systému domácí, zdravotní a sociální péče o seniory mnozí senioři jsou v případě zhoršení zdravotního stavu převáženi do zdravotnického zařízení lůžkového typu i přes to, že by jim mohla být poskytnuta zdravotní péče v jejich domácím prostředí nebo případně v domovech pro seniory, jehož jsou klienty. V souvislosti s tímto autoři zmiňují zprávu s názvem Ošetrovatelská praxe o seniory v britské praxi, kde podle této zprávy pojetí integrované zdravotní a sociální péče u nás není uspokojivé vzhledem k přetrvávajícím rozdílným kompetencím příslušných resortů. Stejně jako Misconiová a kol., (2003) v rámci shrnutí trendů ve vývoji integrace zdravotních a sociálních služeb v zemích západní Evropy zmiňují: „*decentralizaci (delegování pravomocí v oblasti sociálních služeb na nižší správní celky - kraje a obce) a dále deinstitucionalizaci, demedicinalizaci (s důrazem na kvalitu života seniorů), desektorizaci (vícerozměrný přístup k potřebám seniorů, propojení zdravotních a sociálních služeb, rodinné a profesionální péče), vyvážení alternativních služeb ke klasické ústavní péči, zavádění standardů kvality a změny v systému financování těchto služeb*“ (Komparační studie, 2010: 49).

Pokud jde o přenos příkladů dobré praxe z Islandu do ČR, zmiňují poskytování sociálních služeb v jednom z domovů pro seniory, který byl zahrnut do studie z Islandu. Výhody poskytování sociálních služeb v tomto domově spatřují v zajištění hospicové péče svým klientům tak, aby mohli dožít ve svém domácím prostředí. Takto umírá až 95 % klientů tohoto domova pro seniory. Pro takovýto druh péče mají vypracované postupy a rovněž se zaměřují na intenzivnější kontakt s rodinou (Komparační studie, 2010).

Z výše zmíněných závěrů prací týkajících se integrace zdravotních a sociálních služeb je zřejmé, že integrace těchto služeb je považována za důležitou a proces integrace v rámci ČR je již nastaven, a to jak s ohledem na její legislativní zakotvení, tak i s ohledem na její implementaci do praxe.

Kritickým bodem integrace zdravotních a sociálních služeb, který byl některými autory zmiňován a který považují za důležité uvést, je dopad integrace služeb na přímé poskytovatele péče. Na tuto problematiku upozornila právě Čermáková (2009), viz tabulka č. 3. Rovněž autoři Komparační studie (2010) upozorňují, že v rámci integrace zdravotních a sociálních služeb dochází k propojení spektra služeb s ohledem na individuální potřeby jedince a právě toto považují za důležitý krok, který povede ke kvalitní péči o seniory.

V ČR se oblastí, která se týká přímých poskytovatelů péče v rámci integrace zdravotních a sociálních služeb, zabývala v projektu s názvem GOS (Gerontologická a organizační supervize) Česká alzheimerská společnost, Gerontologické centrum v Praze 8 a Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče při Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, které přizvala ke spolupráci Rada Jihomoravského kraje. Projekt GOS byl realizován od roku 2010 a bylo do něj zapojeno šestnáct zařízení, které poskytovaly služby v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Výsledkem projektu bylo zjištění, že je potřeba zvyšovat kvalitu poskytované péče s ohledem na spoluúčast všech aktérů, a to se zřetelem na možnost podílet se na plánování, realizaci a hodnocení péče. V rámci projektu bylo rovněž zjištěno, že ve zmíněných zařízeních zemře během jednoho roku přibližně 30 % lidí, a vzhledem k tomu, že bylo taktéž zjištěno, že až 75 % umírajících klientů trpí bolestí, se účastníci projektu zaměřili na rozvoj ošetrovatelské paliativní péče, kdy východiskem řešení tohoto problému byla realizace Kurzů ošetrovatelství v závěrečné fázi života a vytvoření systému při sledování a léčbě bolesti. V této fázi řešitelé projektu upozornili na to: „že bez *interprofesionální spolupráce zdravotních sester a sociálních pracovníků a zapojení dalších specialistů je zlepšení léčby bolesti jen těžko možné*“ (Hradcová a kol., 2013: 106).

Novotný (2014) v Medical Tribune v článku s názvem Kvalita zdravotně - sociální péče je reálným cílem, shrnuje cíle a závěr projektu GOS. Upozorňuje na to, že obecným předpokladem je, že klienti sociálních zařízení: „*vyžadují zejména sociální služby a mají jen minimum zdravotních problémů.*“ Dále poukazuje na to, že: „*neblahým důsledkem oddělení zdravotního a sociálního systému je skutečnost, že zaměstnanci sociálních zařízení nemají právo vědět, jaký je zdravotní stav jejich klientů.*“ Na tuto skutečnost

upozorňuje i Janečková a kol., (2013: 1), která říká: „že nezdravotničtí pracovníci v sociálních službách nemohou znát diagnózy uživatelů svých služeb“ a v souvislosti s tímto odkazuje na § 45, písm. g, z. 372/2011. Novotný (2014) rovněž cituje Holmerovou, která považuje za podstatné vzdělávání jak sociálních, tak i zdravotnických pracovníků v oblasti péče o seniory a komplexnost péče vidí v provázanosti zdravotních a sociálních služeb, kdy se domnívá: „že většina zaměstnanců v sociálních službách není připravena na to, když se sociální služby propojují s medicínou.“

Novotný (2014) shledává problém v tom, že sociální pracovníci se v rámci naplnění standardů a kvality péče snaží aktivizovat klienty zařízení k co největší samostatnosti a možnosti navrácení se zpět do běžného života, což v případě klientů v terminálním stádiu nemoci není možné. V tomto případě vidí autor článku překážku v nedostatečném proškolení sociálních pracovníků v oblasti potřeb takto nemocných klientů.

Katedra řízení a supervize na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze v roce 2010 provedla výzkum v zařízeních sociálních služeb, kdy se badatelé v rámci tohoto výzkumu zaměřili na shodu v hodnotách jako ukazatele vztahů v péči o seniory. V rámci dotazníkového šetření bylo zjištěno, že ve většině případů je „šťastný klient“ zásadní hodnotou zařízení, ve kterém dotazovaní pracují. Mezi další hodnoty, které dotazovaní řadili na přední místa, patří i poskytování „zdravotní péče na úrovni“. Většina respondentů se shodla na tom, že je pro ně důležité, zda posláním zařízení, ve kterém pracují, je profesionální zajištění služeb pro klienty. Badatelé rovněž upozorňují, že vedení organizací má značný podíl na hodnotovém přístupu svých zaměstnanců ke klientům (Havrdová, Šafr, 2010). Dá se tedy soudit, že „šťastný klient“ bude kromě jiného ten, kde v rámci zařízení, ve kterém pobývá, bude docházet ke kvalitní spolupráci mezi zdravotnickými pracovníky a pracovníky sociálními.

Štegmannová (2012) se ve výzkumné části své disertační práce zaměřila na vztah mezi individualizací péče o klienta sociálních služeb, osobnostními charakteristikami pracovníka a pracovním prostředím v organizaci. Respondenty výzkumu byli pracovníci přímé péče v pobytových zařízeních pro seniory Moravskoslezského kraje. V kapitole s názvem „Návrhy na změnu v jednání, postojích či znalostech kolegů“ shrnuje náměty respondentů výzkumu ke zlepšení kvality péče o klienty, které rozděluje do tří oblastí. Oblast *přístupu ke klientům*, oblast *vzdělávání a zdokonalování* a oblast *návrhů změn směrem ke kolegům*. Právě v oblasti týkající se změn směrem ke kolegům respondenti nejvíce zmiňovali potřebu: „zlepšení týmové spolupráce, větší kolegiální a lepší

komunikaci mezi profesemi a předávání informací mezi pracovníky“ (Štegmannová, 2012: 135). Štegmannová, Šafr, Havrdová (2011) zmiňují výsledky studie Wicke a kol. (2004), kteří za hlavní faktor týmové spolupráce označují vzájemnou komunikaci členů týmu, která by mohla být zlepšena v rámci pravidelných setkávání, kdy by docházelo ke vzájemnému předávání informací o své práci.

5.2 Pohled na integraci zdravotní a sociální péče ve světě

Existuje řada zahraničních studií odkazujících na potřebu vzájemné integrace zdravotních a sociálních služeb a na to, jak tyto služby vzájemně spolupracují, například Leichsenring, 2004; Raak a kol., 2005; Golden, 2011. Rovněž jsou dostupné studie, které se zabývají integrací péče o dementní (Mur-Veeman a kol., 2008) či staré (Glendinning, 2003) lidi. Pro zmapování přehledu situace ve světě jsem zvolila ty výzkumy, které se stejně jako v předešlé podkapitole nejvíce přibližovaly tématu mé diplomové práce. Všechny mnou předkládané zahraniční výzkumy jsem volně přeložila z anglického jazyka. Zahraniční výzkumy, které jsem v rámci této kapitoly předložila a analyzovala, byly uskutečněny ve Velké Británii (Hudson, 2002; Glendinning, 2003; Wicke a kol., 2004; Jones a kol., 2013), Nizozemí (Raak a kol., 2005; Mur-Veeman a kol., 2008), v Rakousku (Leichsenring, 2004) a ve Spojených státech amerických (Bronstein, 2003; Golden, 2011).

Glendinning (2003) poznamenává, že spolupráce zúčastněných organizací v rámci integrace zdravotních a sociálních služeb nabízí komplexní služby pro klienty vyžadující vysoký stupeň podpory. Úspěšné nastolení vzájemné provázanosti a spolupráce vidí mimo jiné v zajištění kvality péče a podpory zaměstnanců, kteří se podílejí na přímé péči o klienty.

Raak a kol. (2005) stejně jako Mur-Veeman a kol. (2008) vidí podstatu zdárné integrace zdravotních a sociálních služeb ve vzájemné koordinaci těchto služeb s důrazem na plánování, řízení a poskytování individuální péče klientům, a to s ohledem na koordinaci členů týmu a jejich vzájemnou spolupráci.

Leichsenring (2004) z Evropského centra pro sociální politiku a výzkum přináší ve své práci s názvem *Developing integrated health and social care services for older person in Europe* (Rozvoj integrované zdravotní a sociální péče o staré lidi v Evropě) zhodnocení

integrace zdravotní a sociální péče v devíti státech Evropy¹², které se zapojily do výzkumu. Jak Leichsenring (2004) uvádí, tak již na základě předešlého výzkumu uskutečněného Evropským centrem bylo zřejmé, že ve státech zapojených do výzkumu probíhá integrace zdravotní a sociální péče rozdílným způsobem, kdy mezi faktory, které ovlivňují způsob integrace této péče, patří struktura poskytovaných služeb, organizace, ekonomika jednotlivých států, sociálně kulturní faktory a aktéři, kteří se na zajištění integrace péče podílejí. Cílem zmiňovaného výzkumu bylo definovat nový koncept integrace zdravotní a sociální péče pro seniory.

V rámci této studie upozorňuje na to, že vývoj integrace zdravotních a sociálních služeb probíhá v Evropě od padesátých let minulého století a je těžké definovat jednotnou strategii pro zavedení ucelené integrace těchto služeb v Evropě. Zmiňuje důležitost propojení zdravotních a sociálních služeb zejména pokud se jedná o péči o staré lidi z důvodu jejich zdravotního stavu, kdy tito lidé často trpí chronickými onemocněními. V závěru své studie navrhuje opatření, která by měla usnadnit integraci zdravotních a sociálních služeb. Mezi tato opatření mimo jiné řadí lepší provázanost v oblasti financování zdravotních a sociálních služeb. Snadnější přístup seniorů k integrované péči spatřuje ve vyhledávání rizikových seniorů, kdy poskytovatelé zdravotní a sociální péče by měli usilovat o navýšení počtu budoucích klientů. Rovněž zmiňuje, že v rámci integrace zdravotních a sociálních služeb bude hrát velkou roli systém řízení těchto služeb s důrazem na řízení přímé péče, v rámci čehož by mohlo dojít k vytvoření nových pracovních specializací.

Golden (2011) poukazuje na to, že v případě integrace zdravotních a sociálních služeb má práce sociálních pracovníků významný dopad na kvalitu života klientů sociálních služeb. Výhodu spatřuje ve vzdělání sociálních pracovníků, kdy je důraz kladen na posouzení individuálních potřeb klienta se zřetelem na zdravotní, sociální, psychologické a ekonomické hledisko.

K zajímavým zjištěním dospěli ve své studii Jones a kol. (2013), kteří se zaměřili na to, jak rozdílné profese zastoupené v multidisciplinárním zdravotně sociálním týmu vnímají kompetence a přínos práce kolegů v týmu a zároveň v čem vidí přínos své profese v týmu. Jones a kol. (2013) uvádějí, že ne všichni profesní specialisté multidisciplinárního týmu správně rozumí skutečnému komplexnímu přínosu ostatních specialistů v týmu. Ve

¹² Do výzkumu bylo zahrnuto Rakousko, Dánsko, Finsko, Francie, Německo, Řecko, Itálie, Nizozemí a Velká Británie.

zkoumaném vzorku byla nejvíce zastoupena profese zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Podstatu práce zdravotních sester spatřovaly ostatní profese v zaměření na přímou péči o pacienty, jejich fyzické zdraví a vytváření blízkého vztahu. Oproti tomu podstata práce sociálních pracovníků byla ostatními profesemi viděna v zaměření na zajišťování sociálních služeb. V rámci vlastního mínění o své profesi sociální pracovníci uvedli jako jednu z hlavních charakteristik své práce zaměření na vytváření blízkého vztahu s klientem, zdravotní sestry spatřovaly největší podíl v přímé péči o klienty.

Hudson (2002) stejně jako Jones a kol. (2013) zmiňuje odlišné vnímání a pohledy na profesní zaměření členů týmu a jejich přínos pro vzájemnou spolupráci. Poskytování kvalitních služeb spatřuje ve vzájemné efektivní spolupráci mezi jednotlivými členy týmu. Dále Hudson (2002) upozorňuje na to, že v případě integrace zdravotní a sociální péče je značná část pozornosti politických iniciativ soustředěna na spolupráci mezi organizacemi více než na problematiku propojení různých profesí podílejících se na přímé péči.

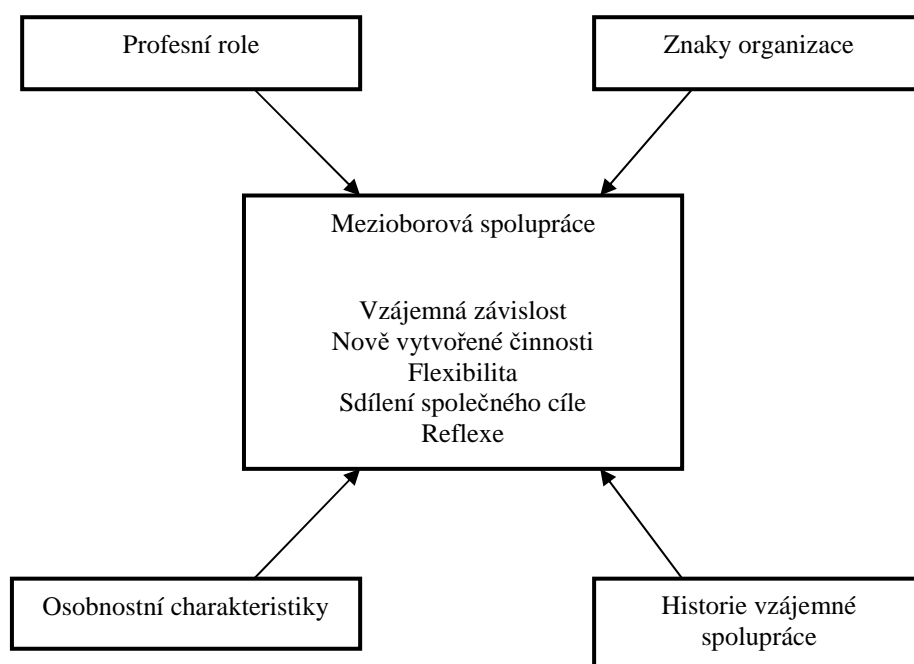
Vzájemnou spolupráci v rámci poskytování zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory se zabývali Wicke a kol. (2004). Cílem jejich práce bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti a vnímání týmové spolupráce z pohledu zdravotních sester pracujících v domovech pro seniory. Wicke a kol. (2004) upozorňují na to, že kvalita poskytovaných služeb v domovech pro seniory hraje důležitou roli v péči o seniory. Respondenti uváděli, že vzájemná spolupráce je na jedné straně postavena na společném cíli, kterým je poskytnutí kvalitních služeb, na druhé straně poukazovali na vlivy určitých okolností, které vzájemnou spolupráci narušují. Za stěžejní bod, který negativně ovlivňuje jejich týmovou spolupráci, byla označována vzájemná komunikace mezi členy týmu, tedy předávání klíčových informací, které z pohledu respondentů bývá ovlivněno tím, že některé zdravotní sestry pracují pouze na částečný úvazek a z tohoto důvodu se jim nedostávají potřebné informace. Rovněž práci na směny spatřují jako problémový bod vzájemné komunikace. Základem pro vzájemnou týmovou spolupráci je podle respondentů možnost kontaktu s ostatními členy týmu, a to jak kontakt fyzický, tak i kontakt virtuální, tedy v rámci telefonické nebo písemné komunikace.

Bronstein (2003) se ve své práci zabývala modelem interprofesionální spolupráce v případě, kdy se profese sociálního pracovníka setkává s ostatními profesemi podílejícími se na vzájemné spolupráci. Bronstein (2003) na základě studia literatury a výzkumů vztahujících se k dané problematice definovala jednotlivé složky vzájemné spolupráce a faktory, které vzájemnou spolupráci ovlivňují (viz tabulka č. 4). Mezi jednotlivé složky

spolupráce zařadila vzájemnou závislost mezi jednotlivými členy týmu, kdy dochází k interakci mezi zúčastněnými profesemi, přičemž v rámci dosažení společného cíle jsou tyto na sobě navzájem závislé. Další složkou je vzájemná odborná spolupráce, kdy úspěchu může být dosaženo pouze za předpokladu, že zástupci jednotlivých profesí vzájemně spolupracují. Flexibilitu jednotlivých členů týmu spatřuje v hledání kompromisů v rámci spolupráce. Sdílení společného cíle a zpětná vazba, která podává jednotlivým členům týmu informace o vzájemné práci, jsou dalšími komponenty úspěšné spolupráce.

Jak již bylo řečeno, Bronstein (2003) rovněž definovala faktory, které ovlivňují úspěšnost vzájemné spolupráce jednotlivých členů týmů. Za zásadní pro všechny členy týmu považuje vlastní pojetí profesní role. Další faktory ovlivňující vzájemnou spolupráci jsou znaky organizace ve smyslu nástrojů používaných ke zlepšení spolupráce a rovněž kultura organizace. Osobnostní charakteristiky jednotlivých členů a jejich dosavadní zkušenosti v rámci vzájemné spolupráce mají taktéž vliv na vzájemnou spolupráci.

Graf č. 2 Komponenty vzájemné spolupráce a faktory ovlivňující vzájemnou spolupráci; Bronstein 2003



5.3 Shrnutí

Podle výše uvedeného se dá konstatovat, že problematice integrace zdravotních a sociálních služeb je věnována značná pozornost v celém světě, a to jak v rámci výzkumů uskutečněných v ČR, tak i výzkumů uskutečněných v zahraničí. Důležité je upozornit na to, že na základě analýzy použitých materiálů se dá soudit, že podpora integrace zdravotních a sociálních služeb je současným cílem.

Na základě analýzy uvedených materiálů jsem definovala okruhy, které autoři nebo respondenti považují za důležité pro úspěšnou integraci zdravotních a sociálních služeb. Nejvíce zmiňovanými oblastmi, které mají vliv na poskytování zdravotní a sociální péče a na ty, kteří přímou péči poskytují, jsou vzájemná spolupráce, kvalita poskytovaných služeb, vzdělávání, styl řízení organizací a financování zdravotní a sociální péče.

Vzájemná spolupráce je autory nebo respondenty studií nejčastěji zmiňovanou oblastí. Z výsledku studií je zřejmé, že vzájemná spolupráce pracovníků přímé zdravotní a sociální péče hraje důležitou roli při poskytování péče. Mezi faktory, které mají vliv na kvalitu spolupráce, patří vzájemná komunikace mezi jednotlivými pracovníky a kolegialita. Za důležitý je rovněž považován kontakt s ostatními spolupracovníky, v rámci kterého dochází k předávání informací. Rozdílný nekoordinovaný přístup jednotlivých profesí k péči o klienty má negativní vliv na vzájemnou spolupráci, ale i na klienta.

Kvalita poskytovaných služeb je druhou nejvíce zmiňovanou oblastí. S kvalitou poskytovaných služeb souvisí zavádění standardů kvality do praxe. Důležitou součástí kvalitně poskytované péče je uspokojování individuálních potřeb jedince a již zmiňovaná vzájemná spolupráce.

Vzdělávání je rovněž oblastí, která souvisí s úspěšnou integrací zdravotní a sociální péče. V rámci vzdělávání by se přímí pracovníci péče měli zaměřit zejména na problematiku péče o seniory, a to jak v oblasti zdravotní, tak i v oblasti sociální.

Styl řízení organizací má mimo jiné vliv na přístup zaměstnanců ke klientům. Pro zaměstnance je rovněž podstatné, zda a do jaké míry mají možnost podílet se na společném plánování a hodnocení péče.

Oblast financování se sice netýká přímo pracovníků přímé péče, nicméně je zmiňována hned v několika studiích. Autoři, kteří do svého výzkumu zahrnuli i oblast financování, navrhují přehodnocení systému financování zdravotní a sociální péče.

Je tedy zřejmé, že všechny tyto definované oblasti spolu úzce souvisejí a všechny mají svůj podíl na úspěšném poskytování zdravotní a sociální péče. Rovněž se dá konstatovat, že výsledky analýzy materiálů korespondují s modelem interprofesionální spolupráce podle Bronstein (2003).

6 Empirická část

Ve své diplomové práci se zabývám integrací zdravotních a sociálních služeb pro pacienta s nevléčitelnou nemocí. Jak již bylo nastíněno v předchozích kapitolách, proces integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienta s nevléčitelnou nemocí je zásadní pro fungování organizací, které se rozhodnou pro vzájemnou spolupráci při péči o takto nemocného klienta. Rovněž je z předchozí kapitoly zřejmé, že při vzájemné spolupráci rozdílných profesí může docházet k nepochopení a vzájemnému nesouladu. Taktéž vnější faktory a osobní nastavení zúčastněných mají vliv na vzájemnou spolupráci.

6.1 Cíle výzkumu

Původním záměrem pro dosažení cíle mé diplomové práce a pro zodpovězení výzkumných otázek bylo v rámci empirické části mé diplomové práce provést kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci pobytového centra sociálních služeb, kteří se podíleli na péči o klienty s nevléčitelnou nemocí, kdy docházelo ke spolupráci tohoto pobytového zařízení a mobilního hospice. Vzhledem k tomu, že spolupráce těchto dvou organizací byla v průběhu psaní mé diplomové práce ukončena, rozhodla jsem se, po dohodě s vedoucím mé diplomové práce, podílet se na projektu s názvem „Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory“. Jako jeden z kroků k dosažení cíle tohoto projektu byly uskutečněny rozhovory v rámci ohniskových skupin, kdy cílem sběru dat bylo „získat kompletní dokumentaci procesu integrace paliativní péče“. Pro potřeby empirické části mé diplomové práce mi byly předány kompletní přepisy rozhovorů uskutečněných v rámci ohniskových skupin tak, abych je následně mohla analyzovat v souladu s cílem své diplomové práce.

Otázkou integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienta s nevléčitelnou nemocí se zabývám z toho důvodu, že pracuji jako zdravotní sestra na interním oddělení nemocnice, kde se každodenně setkávám s pacienty, kteří jsou na základě svého onemocnění vhodnými klienty pro organizace, ve kterých by mohlo k integraci, potažmo sdílené péči docházet tak, aby tito pacienti měli možnost důstojně strávit zbytek svého života. Rovněž jsem se v rámci svého profesního růstu a zaměření zúčastnila kurzu ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium), tedy vzdělávacího konsorcia pro

všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života a stáže v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jaké jsou možnosti a překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienta s nevléčitelnou nemocí. Vzhledem k možnosti zapojení se do projektu „Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory“, který je v současné době v ČR unikátní, předpokládám, že výsledky mého výzkumu budou mít vliv na další možnou integraci či sdílenou péči o pacienty s nevléčitelnou nemocí nebo na snadnější pochopení problematických momentů, ke kterým by v souvislosti se sdílenou péčí mohlo docházet.

6.2 Formulace výzkumné otázky

V empirické části své diplomové práce jsem pomocí kvalitativního výzkumu zjišťovala odpovědi na výzkumné otázky. Výzkumné otázky původně vzešly ze samotného cíle mé diplomové práce a jejího zaměření.

VO1: Jaké jsou možnosti integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí?

VO2: Jaké jsou překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí?

Během analýzy dat z rozhovorů mě napadaly další výzkumné otázky, kdy podle Hendla (2005) může výzkumník v průběhu výzkumu otázky dále rozvíjet nebo modifikovat.

Další otázky, které mě v průběhu prvotní analýzy dat napadaly, byly:

- Jaký vliv má komunikace mezi personálem na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci?
- Jak komunikace s rodinou pacienta ovlivňuje jeho péči v terminálním stádiu nemoci?
- Jaký vliv má rodina pacienta na jeho odbornou péči?
- Jaký vliv má vedení organizace na možnosti integrace zdravotních a sociálních služeb?

- Jaké jsou obavy personálu pečujícího o pacienta s nevléčitelnou nemocí?
- Jak vlastní nastavení zaměstnanců podílejících se na sdílené péči ovlivňuje jejich možnost pečovat o pacienta s nevléčitelnou nemocí?
- Jaký je vztah pečujícího personálu k pacientovi v terminálním stádiu nemoci?
- Jaký vliv má vzdělávání pečujícího personálu na možnost pečovat o pacienty v terminálním stádiu nemoci?

6.3 Metodologie výzkumu

K získání odpovědí na své výzkumné otázky jsem použila kvalitativní výzkumný design, v rámci kterého jsme analyzovala data z přepisů rozhovorů ohniskových skupin. Cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, jak jedinci chápou určitou situaci v daném prostředí a za určitých podmínek (Hendl, 2005). Ohniskové skupiny jsou výzkumnou metodou, kdy se jedná o získávání dat na základě předem určeného tématu výzkumníkem, který ho představuje skupině. Na základě interakcí jedinců ve skupině vznikají samovolně souvislosti, které jedinci dávají do kontextů, jež spontánně v rámci ohniskové skupiny vznikají. Klíčovou roli v rámci ohniskových skupin má moderátor, který řídí diskusi skupiny, podněcuje a podporuje jednotlivé účastníky v zapojení do diskuze a zároveň dbá na to, aby byla dána rovná příležitost všem ve skupině vyjádřit svůj názor, své postoje a pocity (Sedláček in Švaříček a Šed'ová, 2007).

Při analýze dat jsem použila design zakotvené teorie (grounded theory), kdy jsem nejprve pomocí metody otevřeného kódování k jednotlivým pojmům přiřadila kódy a dále je seřadila do jednotlivých kategorií. Následně jsem použila axiální kódování, které je jednou z metod analýzy dat používanou v designu zakotvené teorie. Kategorie vzniklé otevřeným kódováním jsou opět seskupeny novým způsobem, kdy se mezi nimi vytvářejí nová spojení v rámci kódovacího schématu, který analyzuje podmínky určitého jevu (příčinné, kontextové a intervenující), strategie jednání a následky (Strauss, Corbinová, 1999).

6.4 Sběr dat

V úvodu této podkapitoly považuju za důležité upozornit na fakt, že v empirické části mé diplomové práce se jedná o sekundární analýzu dat, kdy jsem se v rámci výzkumu podílela na přípravě ohniskových skupin. Společně s ostatními výzkumníky jsem diskutovala okruhy a témata, kterých se následně výzkumníci v rámci ohniskových skupin dotýkali. Výzkumníkům, se kterými jsem tyto ohniskové skupiny připravovala, jsem pro lepší spolupráci a vzhled do problematiky mé diplomové práce poskytla analýzu domácích i zahraničních studií, které se zabývaly integrací zdravotní a sociální péče. V mé diplomové práci se jedná o kapitolu č. 5 s názvem „Integrace zdravotní a sociální péče“. Následně výzkumníci provedli rozhovory v rámci ohniskových skupin. K sekundární analýze dat jsem obdržela kompletní přepisy rozhovorů od výzkumníků, kteří se účastnili ohniskových skupin.

Sběr dat se uskutečnil v červenci 2015. Účastníci výzkumu byli vybráni podle předem stanovených kritérií. Jednalo se o zaměstnance organizací zapojených do projektu. Mezi organizacemi, které se do projektu zapojily, byly tři domovy pro seniory a dvě organizace poskytující paliativní péči, kdy v jednom případě se jednalo o organizaci poskytující mobilní hospicovou péči a ve druhém případě o organizaci provozující jak kamenný, tak i mobilní hospic. Zaměstnanci těchto organizací byli podle svého profesního zaměření rozděleni do pěti ohniskových skupin. Jednalo se tedy o skupinu „zdravotních sester“¹³, pečovatelů, sociálních pracovníků, lékařů a o skupinu pracovníků s názvem ohniskové skupiny „vnitřní služby“, kdy do diskuze byli zapojeni ekonomové a zaměstnanci mající na starosti fundraising (získávání finančních prostředků). Pro účely své diplomové práce jsem se rozhodla analyzovat výstupy z prvních čtyř ohniskových skupin, neboť se domnívám, že otázka financí a její analýza by přesahovala rámec mé diplomové práce a jistě by si pro lepší pochopení dané problematiky zasloužila samostatnou odbornou práci.

Počty respondentů jednotlivých ohniskových skupin se lišily. Nejmenší skupinu tvořila ohnisková skupina lékařů, kde se diskuze zúčastnili pouze dva lékaři. Ohniskové skupiny, s názvem „pečovatelé“, se zúčastnili celkem 3 pečovatelé a 2 osoby podílející se na vedení, tedy celkem pět respondentů. Stejný počet respondentů byl i v ohniskové skupině, které se účastnili sociální pracovníci. Nejpočetnější skupinou byla skupina

¹³ Z přepisu rozhovorů není patrné, zda se jednalo o všeobecné sestry nebo zdravotnické asistenty. Z toho důvodu jsou tyto nelékařští zdravotničtí pracovníci zmiňováni jako zdravotní sestry.

zdravotních sester, které se zúčastnilo celkem 6 respondentů, z toho jedna respondentka nevykonávala přímo práci zdravotní sestry, ale podílela se na chodu organizace. I přesto, že nevykonávala práci zdravotní sestry, byla vyzvána, aby se do diskuze zapojila.

V úvodu ohniskových skupin byli účastníci přivítáni a vyzváni, aby se navzájem představili a ostatním sdělili svoji dosavadní zkušenost s paliativní péčí. Po úvodním kole byli respondenti vybídnuti k přečtení modelové situace, která se týkala sdílené péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci. Poté dostali respondenti možnost vyjádřit se k problematice této modelové situace. Během celé diskuze moderátor podněcoval respondenty k diskuzi a vzájemné interakci. Rovněž se svými dotazy snažil o možnost vyjádření pocitů, postojů a názorů jednotlivých respondentů. Audiovizuální záznamy z ohniskových skupin byly následně doslovně přepsány. Z některých částí přepisu není zřejmé, který z respondentů hovoří. Z tohoto důvodu jsem v některých částech analýzy rozhovorů nemohla k citacím přidělit jméno nebo znak respondenta.

V souvislosti se zachováním etických zásad výzkumu, jako je důvěrnost, kdy se výzkumník zavazuje k tomu, že čtenář nebude moci identifikovat jednotlivé účastníky výzkumu, je podepsání souhlasu účastníků výzkumu s výzkumem a se zpřístupněním práce účastníkům výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007). V souladu s výše uvedeným byli respondenti na začátku každé ohniskové skupiny seznámeni s cílem projektu, upozorněni na to, že v průběhu jejich diskuze bude probíhat audiovizuální záznam. Zároveň byli dotázáni, zda souhlasí s pořízením audiovizuálního záznamu, a po skončení diskuze podepisovali jednotliví respondenti „Souhlas s využitím získaných informací“.

S ohledem na výše uvedené jsem se rozhodla v rámci analýzy dat pro zachování anonymity jednotlivých respondentů přiřadit jim následující jména. Vzhledem k tomu, že mezi respondenty byli zastoupeni pouze tři muži, přiřadila jsem těmto mužům ženská jména a v rámci analýzy budu tyto analyzovat v ženském rodě, a to s ohledem na zachování jejich anonymity.

Lékaři – Lenka, Lucie

Pečovatelé – Patricie, Pavla, Pamela, Petra, Priscila

Sociální pracovníci – Silva, Soňa, Sára, Sabina, Sofie

Zdravotní sestry – Zuzana, Zita, Zdena, Zora, Zlata, Zdislava

6.5 Analýza ohniskových skupin

Při analýze přepisů jednotlivých rozhovorů uskutečněných v rámci ohniskových skupin jsem nejprve pomocí metody otevřeného kódování k jednotlivým pojmům přiřadila kódy a ty jsem poté seřadila do dílčích kategorií. Ve výsledku jsem definovala osm kategorií, které jsem v následující části své práce rozdělila do jednotlivých podkapitol. Je zřejmé, že se některé kategorie vzájemně prolínají a vzájemně spolu souvisejí. Rovněž z analýzy rozhovorů vyplynulo, že někteří respondenti již mají zkušenosti s péčí o pacienta s nevléčitelnou nemocí, zatímco jiní takovouto zkušenost nemají. I přesto se domnívám, že jejich stanoviska, postoje a názory jsou důležité pro zamýšlenou integraci zdravotních a sociálních služeb a vytvoření rámce takovéto spolupráce. V rámci analýzy jsem věnovala pozornost těm částem přepisů rozhovorů, které souvisely s tématem a cílem mé diplomové práce.

V podkapitole s názvem „Je zkušenost důležitá?“ jsem zjišťovala, jak zkušenosti s péčí o pacienta s nevléčitelnou nemocí ovlivňují vlastní nastavení zaměstnanců a jejich ochotu pečovat o takovéto pacienty. V podkapitole s názvem „Obavy“ jsem se zaměřila na to, jaké panují obavy ze strany personálu v souvislosti s péčí o pacienta s nevléčitelnou nemocí, jak jednotliví respondenti vnímají možnost péče o takovéhoho pacienta. V podkapitole s názvem „Komunikace, komunikace?“ popisuji jednotlivé aspekty komunikace a důležitost komunikace v rámci kolektivu podílejícího se na péči a rovněž jsem se zaměřila na možnosti komunikace mezi vedením organizace a zaměstnanci. V podkapitole s názvem „Role sociálního pracovníka“ jsem věnovala pozornost roli sociálního pracovníka a jeho postavení v týmu, neboť v rámci analýzy byla role sociálního pracovníka často zmiňovaná. V podkapitole s názvem „Vedení organizace“ jsem zjišťovala, jaký vliv má postavení vedoucích pracovníků na vůli zaměstnanců podílet se na péči o pacienty s nevléčitelnou nemocí. Také jsem se zaměřila na to, jak vedení organizací přijímá myšlenku zavedení paliativní péče. V podkapitole „Vzdělání“ zjišťuji, jak vzdělání a vzdělávání personálu ovlivňuje možnosti péče o pacienta s nevléčitelnou nemocí. V podkapitole „Spolupráce s lékařem“ se zaměřuji na problematiku vzájemné spolupráce zaměstnanců s lékařem a postoji lékařů k možnostem podílet se na paliativní péči o pacienta s nevléčitelnou nemocí. V závěrečné podkapitole „Rodina“ popisuji kladné a záporné stránky spolupráce s rodinnými příslušníky, jejich vliv na práci jednotlivých zaměstnanců.

6.6 Je zkušenost důležitá?

Všichni respondenti ohniskových skupin se nějakým způsobem vyjadřovali ke své dosavadní zkušenosti z oblasti paliativní péče nebo péče o umírajícího. Mezi respondenty byli i tací, kteří zkušenosti s poskytováním paliativní péče neměli žádné. Někteří hovořili přímo o zkušenosti, kterou získali v rámci organizace, ve které pracují, neboť tyto organizace se poskytováním paliativní péče zabývají.

Někteří respondenti se opírali o své dosavadní pracovní zkušenosti, kdy byt organizace, ve které pracují, se přímo paliativní péčí nezabývá, předpokládají, že takovou péči poskytují a tím pádem zkušenosti s paliativní péčí mají. Takovéto zkušenosti respondenti získali převážně na základě péče o seniory v domovech pro seniory, kdy klienti domovů pro seniory považují toto pobytové zařízení za svůj domov a přejí si dožít ve svém sociálním prostředí. Takto v některých případech uvažují i rodinní příslušníci klientů domovů pro seniory. Personál pracující v domovech pro seniory vnímá svoji úlohu v „doprovázení“ seniora jako naprosto přirozenou a jejich snahou je, aby senioři na konci svého života skutečně mohli zemřít ve svém sociálním prostředí. V souvislosti s tímto Petra uvedla: „...,sice, když jsem doma, tak tam se dříve i rodilo. Dneska se rodí a se tam umírá. Domov pro seniory, který by měl být také místem, kde, kde v podstatě já důstojně dožiji, můžu tam i zemřít. A mělo by to býti umožněno.“ Priscila popsala svůj postoj a uvědomění si nutnosti péče o seniory v závěru života takto: „neznamená to, že když je starej, že se na něj vyprdeme. Tak prostě umře, no. Taky jednou budu stará, že jo, a chci důstojně umřít.“

Na druhou stranu pro respondenty má tato jejich snaha omezení v podobě „zhoršení zdravotního stavu seniora“, kdy si přestávají být jisti, zda by převážně zdravotní péči byli schopni adekvátně poskytnout, i přesto u nich převládá pocit lítosti nad tím, že v závěru života musí klienta přeložit do zdravotnického zařízení lůžkové péče. Takovouto zkušenost má například Zlata: „Myslím si, že tu paliativní péči provádíme tak, jak je v rámci možností, pokud se nejedná o akutní stav, tak ty klienty necháváme dožít v zařízení s tím, že tu péči, kterou můžeme poskytnout, tak poskytujeme, tam, kde už prostě nelze, posíláme do nemocnice.“ O převozu klienta do zdravotnického zařízení lůžkové péče rozhoduje podle respondentů převážně lékař, který má klienty pobytových služeb ve své péči. V některých případech se stává, že si převoz klienta do zdravotnického zařízení vyžádá rodina klienta či klient sám. Rovněž zdravotní sestra má kompetence rozhodnout o převozu klienta do zdravotnického zařízení. Takovouto zkušenost má i Sofie: „Záleží na konzultaci

s doktorem a s rodinou i s tím klientem. Jako snažíme se, aby dožívali jakoby u nás. Neděláme hospitalizace za každou cenu.“

Někteří respondenti vypovídali o zkušenostech s paliativní péčí na základě zkušeností získaných v rámci spolupráce mobilního hospicového týmu a pobytového zařízení sociálních služeb, kdy docházelo právě ke vzájemné spolupráci těchto dvou organizací. Ne vždy ovšem měli respondenti s touto spoluprací kladnou zkušenost. I přes špatné zkušenosti se ochotně zapojili do další takovéto spolupráce, s tím, že se předem snažili odhalit a řešit nedostatky, kterými se předchozí spolupráce vyznačovala. Pokud respondenti vzájemnou spolupráci hodnotili jako kladnou, byl z jejich vyjádření zřejmý pocit jakéhosi vnitřního uspokojení a chuť jít do další spolupráce. Takto vypovídala například Pavla: *„Člověk si je takový jistej, jsou tady ti, co to dělají běžně, a ty odchody, ty umírání tedy tady byli s nima. Já vím o dvou, co se povedly, to bylo prostě velkej, velkej, velká změna. A tak má člověk pocit jako, že je to vlastně, že vlastně poctěnej tím, že se něco takhle pěkně povede. Jako to je. Je to prostě velká věc, zažít takovej fak pěkně zvládnutej...“* O tom, že zkušenost je důležitá, vypovídala i Zdena, podle které je velmi důležité projít si prvním procesem „doprovázení“ umírajícího, kdy doprovázející má možnost seznámit se s procesem umírání: *„...dokud si to neosahají, tak prostě ta obava je tak velká...ono je to jenom o tom prvním takovém tom průlomu doprovázení někoho a oni potom zjistí, vau, vždyť to nebylo tak hrozný...“* Sára také ve své výpovědi zmiňovala, že první zkušenost s „doprovázením“ umírajícího má vliv na další péči o klienta v terminálním stádiu nemoci: *„...jako tak se tam asi toho ten tým ze začátku bál a neuměl si to představit. Nicméně ta první zkušenost s tím byla kladná... takže oni proto pak neměli problém paliativu do dalších, do dalších klientů...“*

Zkušenost s péčí o nemocného klienta v domovech pro seniory se může stát podnětem pro zavedení paliativní péče. Tak tomu bylo v případě Zlaty: *„...my jsme celou tuhle situaci vlastně začali řešit na základě jedné klientky, která je dlouholetá. Máme ji tam, nevím, osm devět let. A někdy za začátku roku prodělala cévní mozkovou příhodu..... nevědělo se, jestli přežije.“*

Patricie považuje umírání a doprovázení umírajícího člověka za přirozené a pocit přirozenosti přikládá víře. Svoji zkušenost s umírajícím popsala na základě toho, kdy byla svědkem, jak její kolegyně, která je rovněž věřící, doprovázela umírající klientku: *„...a protože ona je taky věřící, tak ona to prostě brala úplně přirozeně. Ona s tím neměla vůbec žádný problém.“*

Z výpovědí některých respondentů je zřejmé, že organizace, ve kterých pracují, o zavedení paliativní péče uvažují. Důležité body, které respondenti zmiňovali, které se v jejich organizacích ohledně možnosti zavedení paliativní péče v současné době řeší, se týkaly kapacity pobytových zařízení, a to jak kapacity lůžkové, tak i personální. K tomuto Sára uvedla: „...*ted' jsme taky jakoby vlastně furt na začátku v tom vyjasňování si, kolik je pro nás ta ustojitelná kapacita v jednom okamžiku, kolika klientům v takovémhle jakoby stavu poskytovat tu paliativní péči...*“ Rovněž respondenti uváděli, že ve svých organizacích řeší dilema, zda klienta v terminálním stádiu nemoci ponechat na pokoji s ostatními klienty, či vybudovat pro umírající klienty jednolůžkové pokoje, kde by dožili sami s možnou účastí své rodiny a svých blízkých. Důležitá byla pro některé respondenty otázka vybudování rozlučkové místnosti, kde by se po úmrtí sešla rodina a se svým blízkým by se v klidu rozloučila. Takto například vypovídala Patricie: „...*chystáme se zrekonstruovat jednu nepoužívanou místnost,...na rozlučkovou místnost...*“

Je tedy patrné, že všichni zúčastnění respondenti jsou ovlivněni svojí předchozí zkušeností z péče o umírajícího pacienta či klienta, a to ať se jednalo o poskytování paliativní péče nebo péče o umírajícího poskytované v domovech pro seniory. V případě poskytování péče o umírajícího v domovech pro seniory se dá těžko usuzovat, zda se opravdu jednalo o poskytování paliativní péče. Respondenti, kteří vypovídali o zkušenosti s poskytováním paliativní péče v domovech pro seniory, připustili, že si nejsou jisti, zda skutečně poskytují paliativní péči, jelikož někdy zmiňovali, že paliativní péči poskytují podle možností. Z výpovědí respondentů je zřejmý jejich zájem o danou problematiku a ochotu podílet se na poskytování paliativní péče o terminálně nemocné klienty. Jejich zájem může vycházet právě ze zkušenosti, kterou péčí o umírajícího klienta či pacienta získali, jelikož zkušenost „*je hlavní zdroj poznatků člověka získaných v praktické činnosti. Jedná se o poznatek, prožitek, hodnocení, postoj získaný bezprostředním kontaktem s realitou, lidmi, prostřednictvím činností nejrůznější povahy*“ (Kolář a kol., 2012: 186).

6.7 Obavy

V rámci ohniskových skupin respondenti poukazovali na problematické situace, které mohou zásadním způsobem ovlivnit jejich postoj k poskytování paliativní péče. Jednalo se zejména o oblast připravenosti personálu podílet se na péči o umírajícího. V souvislosti s tímto respondenti zmiňovali kompetence a obavy jako jeden z možných kritických bodů omezující jejich možnost pečovat o pacienty v terminálním stádiu nemoci.

Respondenti také upozorňovali na důležitost osobního přístupu jednotlivých zaměstnanců ke zvládnání složitějších úkolů. Za důležitou respondenti považovali možnost kontaktovat lékaře či jiného odborníka, který by jim v daném okamžiku pomohl řešit změnu stavu pacienta.

Důležitou úlohu v překonání obav a strachu při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci má podle respondentů to, jak je personál připraven na poskytování paliativní péče. Jednou z metod popisovanou respondenty je vytvoření manuálu pro pečující personál s postupy péče, informacemi co kdy a jak dělat, koho kontaktovat, koho informovat. Dalším neméně důležitým krokem je ujišťování personálu, že to, jak postupuje, jak vykonává péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci, je v pořádku.

6.7.1 Přípravenost týmu

Přípravenost personálu ovlivňuje i postoje zaměstnanců k péči o terminálně nemocné pacienty. Výsledkem nedostatečně připraveného personálu pečovat o klienty v terminálním stádiu nemoci může být neochota tohoto personálu spolupracovat s paliativním týmem, jak tomu bylo v případě Sabiny, kdy personál podílející se na paliativní péči ve spolupráci s paliativním týmem nedostal prostor k tomu, aby se mohl vyjádřit, zda chce, nebo nechce o klienty v terminálním stádiu nemoci pečovat. Sabina svoji zkušenost popsala takto: „*Ten personál si to nevybral, že to chce dělat, jo... u nich ten personál prostě jim ředitelka řekla. Od úterý tady prostě bude patro, kde budou umírající pacienti...ten personál. To vlastně i těžce nesl.*“ V souvislosti s tímto Sabina dále uvedla: „*...neměli vůbec představu, co všechno může klient potřebovat v případě, že umírá.*“ Toto si uvědomuje také Soňa, která se domnívá, že personál organizace, ve které pracuje, není dostatečně připravený pečovat o klienta v terminální fázi nemoci. Soňa přímo uvedla: „*...bojím se toho, že náš personál na to opravdu připravený ještě vůbec není, takže budeme mít jako hodně co dělat, jak to vůbec přijmou.*“ To, že organizace poskytující paliativní péči musí být dobře na vzájemnou spolupráci připravena, ve své výpovědi zmínila i Sára: „*Ta organizace musí rozumět tomu, co nabízí, jakou péči bere, co to znamená...*“

Zavedení paliativní péče v domovech pro seniory do praxe bude s sebou určitě přinášet i potřebu provést změny v rámci péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Je tedy zcela jisté, že na takovéto změny bude potřeba personál připravit a je třeba počítat s tím, že ne vždy bude stávající personál jakýmkoliv změnám a zaváděním novinek nakloněn. Jak respondenti připouštějí, na zavedení novinek do praxe může mít vliv věk

personálu. Zlata konkrétně uvedla: „...já tam sice mám sestry, který jsou zkušený. Mají dlouholetou praxi.... Jsou to starší sestry, takže mají navyklý nějaký způsob péče a jakýkoliv novinky teda u nás je velmi těžký prosadit.“ Další z respondentů také připustil obavu, že věk personálu může mít vliv na zavedení novinek do praxe: „...mám starý sestry, jsou to prostě holky, který jsou zvyklý na nějaký způsob práce....hrozně těžko se zavádějí nový nějaký prostě opatření.“ I následující interakce mezi Priscilou a Pavlou potvrzuje, že zavádění změny do praxe není personálem vnímáno vždy pozitivně, byť její zavedení může mít pozitivní důsledky.

Priscila: „Já mám pocit, že u nás je problém v domově. To je můj pocit, že jak se tam má udělat nějaká změna, tak je to strašnej problém.“

Pavla: „To je všude asi.“

Priscila: „Jo, a to je prostě, ale, ale tam to jde natvrdo, jo. Já si říkám, vždyť pro ty lidi tady to máme dělat, ne, tak proto ta změna, jestli se udělá, tak je dobrá. Určitě. Jestli se neosvědčí, tak uděláme něco jinýho, jo. Ale někam postupovat jakoby dál, jo.“

Nedostatečná připravenost personálu poskytovat paliativní péči klientům v terminálním stádiu nemoci může vést k obavám o tyto klienty pečovat, a je tedy jednou z podmínek překonání strachu z péče o umírajícího. Jeden z respondentů se vyjádřil takto: „Oni se prostě bojí toho, že něco zkazej, že ten klient zemře jejich přičiněním prostě.“ I přes to je zřejmé, že chuť a odvaha pečovat o pacienty v terminálním stádiu nemoci může být větší než popisovaný strach. Zdena svoji zkušenost popsala takto: „U nás ta obava byla taky. Ale asi to bylo o tom, že spousta lidí hodně chtělo. Šli jsme do toho naplno.“ Empatie, souznění s umírajícím, osobnostní nastavení pracovníků a vůbec ochota účastnit se rozhovorů o paliativní péči hrají podle respondentů důležitou roli při péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci.

Je tedy patrné, že v souvislosti se zavedením paliativní péče je zapotřebí důkladně připravit personál na poskytování takovéto péče. S připraveností personálu souvisí odstranění bariér, které by mohly negativně ovlivňovat personál při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci, a to například v podobě obav z péče o takového klienta. Rovněž je podle respondentů důležité důkladně připravit personál na změnu v organizaci, kterou s sebou zavedení paliativní péče přinese. Otázkou změny v organizaci se zabýval Armstrong (2007), který se domnívá, že každá organizace by měla na změnu své pracovníky připravit, jelikož změny ovlivňují jak práci jednotlivých pracovníků, tak

i jejich pocit pohody a bezpečí. Za důležité považuje seznámit předem všechny pracovníky se změnou, a to pro ně srozumitelným způsobem, neboť toto přispěje k pochopení změny a její akceptace.

6.7.2 Obavy a kompetence

Je tedy patrné, že nepřipravenost personálu poskytovat paliativní péči klientům v terminálním stádiu nemoci může ústít právě v obavy z péče o takovéto klienty.

Již z předchozí podkapitoly je zřejmé, že respondenti si uvědomují, že v případech, kdy dojde ke zhoršení zdravotního stavu klienta v domovech pro seniory, nejsou schopni poskytnout adekvátní zdravotní péči. V takovéto situaci jsou klienti převáženi k hospitalizaci do zdravotnického zařízení lůžkové péče. Podle respondentů je v silách zdravotnických pracovníků poskytnout klientům v domovech pro seniory základní péči. Ne vždy respondenti přesně specifikovali zdravotní stav klienta, který je předpokladem pro převoz klienta do zdravotnického zařízení lůžkové péče. V některých případech hovořili o „nestabilním pacientovi“, „složitějším požadavku“, „náročnější kompetenci“, v jiných případech zmiňovali speciální úkony, kterými může být například podávání enterální výživy¹⁴. Zlata například uvedla: „..., co si myslím, na co můžeme narazit, je v tom, když se zhorší zdravotní stav jinak než u toho seniora tím, že prostě zestárne, ale když nastane problém, pokud je to třeba onkologický onemocnění.“. Její slova potvrzuje i výpověď Sabiny, kdy bylo zřejmé, že zdravotní sestry v domovech pro seniory zvládají úkony pro ně běžné, a dokonce zvládají i péči o seniora umírajícího přirozenou smrtí, péče o klienta v terminálním stádiu nemoci, který vyžaduje speciální a intenzivnější péči, je pro ně nepřirozená a v takovéto roli se necítí dobře. Sabina svou zkušenost popsala takto: „...kdyby to byly prostě stařenky, který tak jako tiše vyhasínaly a vlastně nepotřebovaly nic, než slyšet ty hlasy a být tam v nějakým jako bezpečí, tak tohle by bylo takhle bychom se shodli, ale ve chvíli, kdy tak nejsou jenom takový pacienti v paliativní péči, kdy potřebují intenzivní prostě léčbu bolesti...tak vlastně na tom hlavně byly připravený... na tom neshodli prostě.“

Jak jsem rovněž uvedla v předchozí podkapitole, je převážně na rozhodnutí lékaře, zda klienta pošle k hospitalizaci do zdravotnického zařízení. V některých případech je toto

¹⁴ Enterální výživa – podávání živin způsobem, který umožňuje jejich vstřebávání střevem. Lze podávat například gastrickou cestou (nazogastrická sonda). (Velký lékařský slovník, 2004)

i v kompetenci zdravotní sestry, která o klienty pečuje. Z výpovědí je zřejmé, že záleží na osobnostním nastavení zdravotní sestry, jejich zkušenostech a zároveň i její odvaze se o klienta se zhoršeným zdravotním stavem postarat. Takto se například vyjádřila Petra: *„Je to věc té sestry, jak ona vyhodnotí tu situaci, jestli to zkonzultuje s praktickým lékařem a dokáže se s tím poprat a jestli prostě tu sanitku zavolá a nechá toho klienta převézt.“*

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že právě provádění speciálních výkonů, péči o nestabilního klienta či podávání enterální výživy dávají do souvislostí s kompetencemi zdravotních sester, které o klienty v domovech pro seniory pečují. Například Zlata připustila, že záleží na samotném nastavení sester, zda jsou schopny zvládat složitější péči o klienta. Důležitou roli podle Zlaty hraje věk zdravotní sestry: *„...kdyby tam byl jiný, jiný personál, mladý sestry, který se nebojí tolik. Že by konkrétně to krmení tou sondou bylo možný.“* Takto se vyjádřila i Zita, která uvedla: *„Tak jsou tam taky starší, dělají tam dvacet let, nedostaly se k ničemu jinému, jenom ty injekce, odběry, převazy...“*

V některých případech je podle respondentů důležité prolomit nejistotu při prvním provedení úkonu, ke kterému má sice zdravotník kompetence, ale který standardně neprovádí. Za důležité k překonání strachu respondenti považují připuštění si myšlenky, že zvládnou těžší úkol. Takto přímo vypověděla Zlata: *„...je to asi v jejich hlavách, že si to připustí, tu myšlenku, že zvládnou těžší pacienty.“* Respondenti rovněž uvedli, že někdy je zbavení se kompetencí a odpovědnosti pro zdravotní sestry jednodušší než provádět úkony, které nejsou při péči o klienta v domovech pro seniory považovány za standardní. Respondenti jako důležité rovněž zmínili, že v některých případech by stačil pouze pocit jakéhosi zbavení se pocitu zodpovědnosti, ke kterému by podle respondentů mohlo dojít v rámci spolupráce s organizací poskytující paliativní péči. Právě toto je pro některé respondenty řešením a důvodem k nastavení vzájemné spolupráce. Takto vypovídala Zlata: *„Ta odpovědnost... jako já si myslím, že to je jako přenesená zodpovědnost. ..., takže je tam sestra, která bude u toho pacienta, takže svým způsobem tu zodpovědnost má přece ona... Ale ona bude mít takovej pocit toho, že je někdo, kdo jí schválí to, co udělá...spoléhám na to, že se ta péče jakoby zkvalitní tím, že ony budou mít možnost to s někým konzultovat.“*

Je zřejmé, že s nejistotou ohledně kompetencí zdravotního personálu, jejich nezkušeností nebo osobnostním nastavením a přístupem k paliativní péči souvisejí obavy, které zdravotnický personál má v rámci poskytování paliativní péče nebo péče vyžadující více úkonů, než na které jsou zdravotní sestry v domovech pro seniory zvyklé. Takovýmto

případem může být podáváním výživy klientovi do sondy. V souvislosti s tímto Zlata uvedla: „...*ale ta děvčata se boje. Boje.*“ Stejnou zkušenost popisuje i Zita, která rovněž ve svém vyprávění zmiňuje podávání výživy do sondy jako jednu z překážek pro poskytování péče klientům s tímto omezením a dále zmiňuje, že i další náročnější kompetence jsou důvodem k přeložení klienta do zdravotnického zařízení lůžkové péče. Kompetence zdravotních sester k provádění úkonů spojených s jejich povoláním jsou uvedeny v § 4 vyhlášky 55/2011. V odstavci 3 písmena f tohoto paragrafu je přímo uvedeno, že: „*Všeobecná sestra může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií.*“ Podávání enterální výživy tedy není otázkou, zda je všeobecná sestra kompetentní k tomuto úkonu, či nikoliv, ale otázkou, zda má tolik zkušeností, aby byla schopna podat výživu sondou. Stejně tak je zřejmé, že právě obavy všeobecných sester provádět složitější úkony, byť k nim mají kompetence, jsou důsledkem minimální praxe v provádění složitějších úkonů. Podstatné je brát v úvahu, zda činnosti související se zdravotní péčí o klienty provádějí všeobecné sestry nebo zdravotničtí asistenti, jejichž kompetence jsou podle vyhlášky č. 55/2011 omezené.

Zaměření péče o terminálně nemocného pacienta bude rozhodně ovlivněno tím, v jakém stádiu umírání se nemocný nachází. Stádium *pre finem* je obdobím, kdy je onemocnění nevyléčitelné a neslučitelné se životem. V tomto období je důležité mírnění symptomů nemoci. Pro nemocného je kromě lékařské pomoci, kdy lékař má být koordinátorem všech typů pomoci, důležitá také pomoc psychologická a lidská. Období *in finem* je umírání ve vlastním slova smyslu. Poslední fází je fáze *post finem*, kterou charakterizuje péče o tělo zemřelého a péče o pozůstalé (Haškovcová, 2002).

6.7.3 Limity

V souvislosti s kompetencemi respondenti zmiňovali nastavování limitů, které by byly vodítkem pro to, jaká péče může být v rámci domovů pro seniory klientům v terminálním stádiu nemoci poskytována. Respondenti za důležité považovali určení hranice, kdy a jakou péči klientovi poskytovat. Převážně byla respondenty zmiňována péče ve smyslu přijímání stravy a tekutin, polohování klienta a manipulace s klientem ve smyslu posazování klienta z lůžka do křesla. Pro některé respondenty byl právě zhoršující se stav klienta otázkou, zda takovéto úkony ještě provádět, či nikoliv. Pavla k tomu uvedla:

„Úplně jasně říct, kde jsou hranice, co ještě tomu člověku jít poskytovat...to je asi u každého člověka jiný, že jo, ale abychom to prostě věděli u toho konkrétního člověka.“

Z výpovědí respondentů vyplývá, že dilema ohledně příjmu potravy u pacientů v terminálním stádiu nemoci je poměrně diskutovatelné, jelikož se jedná o základní fyziologickou potřebu. Hierarchii lidských potřeb definoval Maslow, který za jednu ze základních potřeb člověk považuje potřeby biologické a fyziologické, ke kterým patří jídlo, pití, přístřešek, spánek... (Dvořáčková, 2012). I přesto, že podle Maslowovy pyramidy základních potřeb patří příjem potravy mezi základní fyziologické potřeby jedince, je nutné brát v úvahu odlišné potřeby pacienta v terminálním stádiu nemoci. Takovýto pacient může často trpět nechutenstvím způsobeným průvodním onemocněním (Marková a kol., 2009). Marková (2010) uvádí, že nechutenství a potřeba sníženého příjmu potravy patří k několika posledním dnům života jedince a není potřeba terminálně nemocného do jídla nutit. Na místě je vysvětlit příbuzným důvod, pro který jedinec odmítá přijímat potravu. Například Petra v interakci na slova Pavly: *„Já mám pocit, že ten příjem stravy, protože tam jde fakt o to, když ten klient dává úplně hlavu bokem, jako už nevidím důvod...“* uvedla: *„jo, že v podstatě jako opravdu je to ta základní potřeba, a těžko rozhodnout, že jako, i když ten člověk v tu chvíli nechci si říct, jako teď už mu teda najíst a napít nedám, jo?“*

Někdy ovšem i mezi pečujícími personálem panovaly podle výpovědí respondentů rozporuplné názory, zda stravu a tekutiny umírajícímu podávat, či nikoliv. Pavla okomentovala tuto svoji zkušenost slovy: *„jsou lidi, kteří jsou ochotni fakt docela i pod tlakem prostě tu stravu podávat...“* Priscila popisuje podobnou zkušenost: *„...taky umíral, že jo, tak už jsem viděla, že prostě to. Ale chtěla jsem mu dát napít a on prostě nedal to, se sice napil, ale vyplivl to.“* Z těchto výpovědí je zřejmé, že personál pečující o klienty v terminálním stádiu nemoci řeší jejich základní fyziologické potřeby a jejich postoje jsou převážně v souladu s doporučeními uvedenými v odborných publikacích.

6.7.4 Komunikace s umírajícím

Mezi obavy, které panují mezi personálem pečujícím o klienta v terminálním stádiu nemoci, patří také komunikace s takovýmto klientem, kdy personál řeší, co takovému pacientovi v rámci každodenní péče sdělovat. Ve chvíli, kdy se z „běžného klienta“ stává „klient v terminálním stádiu nemoci“, se může stát, že pro personál, který se každodenně o klienta stará, je najednou takovýto klient „někým jiným“. Zdena popsala svoji zkušenost

takto: „...ale v tu chvíli to byl pro ně jiný klient, kterému se podávají už léky, a oni říkali: *A máme na něj ještě mluvit? Neublížím mu tím? Je to ještě normální? Slyší mě?*“ Sabina popsala zkušenost z organizace, ve které je zaměstnaná, kdy ve chvíli péče o klienta v terminálním stádiu nemoci byly obavy personálu vystupňovány natolik, že personál řešil otázku, zda v takovémto okamžiku vstupovat do pokoje klienta. Při popisu této situace Sabina uvedla: „*No, báli se vstupovat do toho pokoje, báli se hovořit s tím člověkem, jako personál toho zařízení.*“

Lenka zmínila v souvislosti s obavami při péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci rozdíl v komunikaci s pacientem s onkologickým onemocněním a s pacientem trpícím demencí. Její obavy pramení z toho, že pacienti trpící demencí nejsou schopni podat relevantní informace o svém zdravotním stavu a bolestech, které je mohou sužovat. V souvislosti s tímto Lucie upozorňuje, stejně jako další respondenti, na fakt, že personál pečující o pacienta v terminálním stádiu nemoci může mít strach z péče o umírajícího. Možnou příčinou toho, proč se u zdravotnického personálu vyskytují určité pochyby ze zvládnutí péče o terminálně nemocného pacienta, mohou být momenty, kdy má zdravotnický tým pocit, že v některých oblastech péče o klienty zastává roli lékaře. Sára popisuje svoji zkušenost s tím, kdy personál byl přesvědčen, že nemá dostatečnou oporu v lékaři, který má v péči klienty domova pro seniory, a na zaměstnancích je rozhodnout o následující péči o klienta: „...*tak o spoustě věcí tady u nás suplujou ty zdravotní sestry a ten praktik, tak asi nefunguje tak, jak by měl, takže spíš to řešíme z pohledu, jestli my jako ten tým zdravotnickej a ošetrovatelskej to zvládneme... a pak jestli, ... že ta doktorka nás sice v tom podpoří, ale možná ne úplně stejně tak, jak bysme chtěli...*“

V komunikaci s terminálně nemocným klientem hraje důležitou roli pečující personál, který je s umírajícím v každodenním kontaktu, kdy je důležité, aby pečující personál dovolil umírajícímu a jeho rodině projevit své emoce (Marková, 2010). Komunikací s umírajícími se věnovala Haškovcová (2007), podle které má umírající člověk právo jednat racionálně i iracionálně, někdy pacient v terminálním stádiu nemoci může střídat své základní postoje a jeho projevy mohou být rozpolcené. Podstatné je ponechat umírajícímu možnost být iracionální a udržovat jej v iracionální naději. „*Vhodné je účastné naslouchání. Krajně nevhodné jsou neopodstatněné argumenty z kategorie reálné nebo částečné naděje*“ (Haškovcová, 2007: 88). Dále je podle Haškovcové (2007) podstatné, aby umírající člověk nebyl osamocen. Pro umírající je důležitá komunikace s druhými, a to převážně při zhoršení zdravotního stavu. Je tedy zřejmé, že pečující

personál je ten, který s umírajícím tráví poslední chvíle jeho života, a komunikace s umírajícím je převážně v jeho kompetenci.

6.7.5 Mít někoho za zády

Jak je z výše uvedeného patrné, respondenti možnost zavedení paliativní péče do praxe dávali do kontextu s aspekty, které by mohly zavedení paliativní péče do praxe ovlivňovat, a v souvislosti s tímto poukazovali na potřebu personálu, který se má nově na paliativní péči podílet, „mít se na koho obrátit“. A to jak v rámci možnosti telefonické komunikace, tak i fyzické přítomnosti kvalifikovaného personálu přímo na pracovišti. Právě takováto možnost by přinesla pro mnohé úlevu od pocitu zodpovědnosti, větší jistotu při poskytování paliativní péče, překonání bariéry strachu z péče o umírajícího a provádění složitějších úkonů u pacientů v terminálním stádiu nemoci.

Je zřejmé, že v případě, kdy se personál bude mít na koho obrátit, pokud bude mít nejasnosti ohledně péče o pacienta, eliminují se tímto i již zmiňované překlady klientů do zdravotnického zařízení lůžkové péče v případě zhoršení či změně jejich zdravotního stavu. Z výpovědí respondentů je rovněž patrné, že si respondenti uvědomují jak náročnost péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci, tak i náročnost spolupráce s paliativním týmem a vůbec zavedení paliativní péče do praxe. Zlata k tomu uvedla: „*A myslím si, že i pro ty děvčata by byl takový příjemný pocit, že můžou zvednout telefon, můžou zavolat, říct, mám tenhle problém. Třeba to ani nemusí být tak, že by někdo přijel, ale někdo fundovanej jim řekne, je to tak a tak. Myslím si, že by to bylo úplně ideální.*“ Jeden z respondentů přímo v souvislosti se zaváděním změny v organizaci, tedy zavedením paliativní péče do praxe připustil neochotu personálu přizpůsobit se změně, ale zároveň zmínil, že možnost, kdy se personál bude mít na koho obrátit, může zavedení paliativní péče do praxe usnadnit: „*...hrozně těžko se zavádějí nový nějaký prostě opatření...pokud budou mít jistotu nějakých zadních vrátek. Někoho, kdo jim to zaštití...pak bude obrovské kus jakoby skok dopředu, že oni ve chvíli, že se přestanou bát, tak do toho půjdou.*“ Stejně takto popsala svoji zkušenost se zaváděním paliativní péče do praxe Zdena: „*Myslím si, že pro ty sestřičky je strašně důležitý mít někoho za zády. To je opravdu pravda. Oni potřebují, byť jenom zavolají a potřebují se ujistit.*“

Možnost kontaktovat paliativní tým v případě nejasností a náročnosti péče o pacienta může mít také funkci podpory personálu. Takto vypovídala Zora: „*Ideálně si myslím, že když je potom ten multidisciplinární tým, právě ten paliativní jakoby za zády. To znamená,*

že když už ty sestřičky opravdu jako mají pocit, že nemůžou, tak prosto to hodit na ten tým, protože prostě často to může být tak náročný...“ Petra ve své výpovědi poukázala na fakt, že pokud bude mít personál možnost kontaktovat lékaře, byť pouze telefonicky, nebude nutné vždy pro klienta volat sanitku a převážet jej do zdravotnického zařízení: „...že jakoby nemusí volat tu záchranku, ale že si zavolají toho doktora, že někdo za nima stojí, že mají tu možnost zavolat.“

Ne ve všech případech popisovali respondenti kladnou zkušenost se vzájemnou spoluprací v rámci paliativní péče. Sabina zmiňovala situaci, kdy personál pečující o klienty v terminálním stádiu nemoci měl možnost v případě nejasností kontaktovat paliativní tým, a byť ke kontaktování v rámci vzájemné spolupráce docházelo, nemělo toto pozitivní vliv na jednání pečujícího personálu. Sabina tuto zkušenost popsala takto: „...pak jako kontaktovali nás, my jsme tam jezdili nebo zdravotníci tam jezdili. Oni vlastně, jak se báli, tak se jako nepřiblížili, aby se tomuhle vlastně zúčastnili.“

Pokud respondenti vypovídali o svých zkušenostech se spoluprací s paliativním týmem, zmiňovali, že například důvodem pro kontaktování paliativního týmu byly nejasnosti ohledně podávání léčiv umírajícím pacientům. Takto vypovídala Sára: „...nám hodně pomohlo třeba to, že ten mobilní tým,... tak tam byla možnost jak pro sestry, tak pro pečovatele zavolat a zkonzultovat s nimi vždycky ten krok, jestli podat morfium...že tím se jim hodně ulevilo.“

Je zřejmé, že pro pečující tým a převážně pro zdravotní sestry je důležité, aby se v případě nejasností měli na koho obrátit a zkonzultovat s ním případné otázky týkající se péče o terminálně nemocného klienta nebo o klienta, u kterého dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Marková (2010) píše, že pro pečující tým je důležité mít oporu v multidisciplinárním týmu, který má: „*rozhodující slovo při rozhodování o další léčbě i dalších intervencích. Jedině v takovém týmu může být skutečně zachována důstojnost pacienta a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých*“ (Marková, 2010: 35).

6.7.6 Stanovení hranic

Možnost vzájemné spolupráce dvou organizací podílejících se na péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci vyžaduje nutnost nastavení vzájemných pravidel a hranic spolupráce. Toto zmiňovali převážně respondenti, kteří se vzájemnou spoluprací mají

zkušenosti. Rovněž i ostatní respondenti v souvislosti s možností vzájemné spolupráce zmiňovali nutnost nastavení hranic spolupráce. Respondenti si uvědomovali, že vzájemná spolupráce s paliativním týmem je důležitá z důvodu péče o pacienta, který v závěru svého života potřebuje specializovanou paliativní péči, intenzivní léčbu bolesti a dalších symptomů, které s sebou umírání přináší.

Nutnost nastavení hranic a pravidel vzájemné spolupráce zmiňuje několik respondentů. Například Petra upozornila na nutnost právního ošetření takovéto spolupráce. Sára z vlastní zkušenosti upozornila na to, že je potřeba nejprve vymezit základní pravidla spolupráce a teprve poté začít samotnou spoluprací, jelikož v případě organizace, ve které pracuje, tomu takto nebylo a později museli problémy vzešlé ze vzájemné spolupráce řešit až „za pochodu“. Sára na vzájemnou spolupráci vzpomínala takto: „...*ideální by bylo, že si člověk nastaví pravidla a pak to rozjede... Prostě zase to přišlo dřív, takže jsme dřív začali spolupracovat s paliativním týmem a máme ty zkušenosti praktický, teď dohání takový ty formální a ty papírový. A musí tam prostě bejt nějaká trojstranná dohoda, kde budou jasně vymezený pravidla.*“ O nutnosti být na spolupráci připravený hovořila také Zdislava, která se domnívá, že právě dobrá příprava usnadní personálu péči o pacienta s nevléčitelnou nemocí. Zdislava přímo uvedla: „*Já si myslím, že je hodně důležité připravit právě tu půdu. Tu půdu spolupracující. A pak ty sestry do toho tak jakoby automaticky vplujou...*“ Zdislava také zmiňovala důležitost podpory vedení organizace při přípravě vzájemné spolupráce, kdy je také důležité, aby všichni pracovníci, u kterých se předpokládá, že se budou na paliativní péči podílet, souhlasili s poskytováním paliativní péče. Domnívá se, že i jeden nesouhlasící člen týmu může být důvodem neúspěšného nastolení vzájemné spolupráce: „*vlastně všichni si musíme odkývat a říct si, že s tím souhlasíme, protože jakmile by byl na tom oddělení jeden člověk, který by váhal, tak tam opravdu nepronážíte nic.*“ Sabina, jejíž zkušenost pramení ze vzájemné spolupráce mobilního paliativního týmu a domova pro seniory, uvedla nastolení hranic a pravidel jako jeden z důvodů, které mohou vzájemnou spolupráci ovlivnit. Konkrétně popisovala případ, kdy v rámci spolupráce řešili, komu patří lůžko, na kterém je klient umístěn: „*To právě byl ten, ta obtíž, jestli to jejich lůžko je naše lůžko.*“

Respondenti se zabývali tím, jaké jsou možnosti přípravy na vzájemnou spolupráci a co by v rámci takovéto přípravy považovali za nejvhodnější. Za podstatné považovali vzájemné poznání spolupracujících organizací, a to například v rámci stáže, kdy personál obou týmů bude mít možnost se navzájem poznat a také poznat prostředí, ve kterém by ke vzájemné spolupráci mělo docházet. Zdislava, která zmiňovala důležitost řádné přípravy na

vzájemnou spolupráci, rovněž vzpomínala, že jejich organizace o stáži v organizaci uvažovala, ale nakonec ke stáži nedošlo i přesto, že toto považovali za důležité. Zdislava ve své výpovědi uvedla: „já přemýšlím, jestli my jsme zvažovali jako stáž, my jsme si řekli, že potřebujeme poznat prostředí...“ Rovněž Zuzana přiznala, že pro ni by bylo v rámci nastolení spolupráce dobré poznat prostředí a personál, se kterým má spolupracovat, a to na základě několika stáží či setkání, protože podle jejích slov: „z jedny návštěvy jako nepoznáme, jako kdo jaký je a když já mu svěřím nebo se domluvíme na nějaký péči, jestli to tam někdo bude nebo jestli na to někdo dohlídne.“

V souvislosti s nastavováním hranic při vzájemné spolupráci Zdislava upozorňovala na nutnost vzájemného respektu: „... Takže my respektujeme. Jsme s nimi v diskuzi. Oni poslouchají nás, my posloucháme je...“ Pavla za vymezení hranic a vzájemného respektu považovala jakýsi ústup personálu v případě, kdy o klienta pečoval paliativní tým. Pavla přímo uvedla: „prostě přišel paliativní tým, takže my jsme vlastně víceméně byli, vyklidili pole a dali jsme jí plnej prostor na tom pokoji... a my jsme vlastně jenom byli taky přihlížející jako lidi, ten pečující personál.“

6.8 Komunikace, komunikace?

Komunikace v rámci kolektivu a organizace, předávání důležitých informací o klientech bylo respondenty v ohniskových skupinách značně diskutované téma. Respondenti popisovali svoji zkušenost s předáváním či sdílením informací a to, jak je předávání informací důležité pro práci s klientem. Rovněž způsob předávání informací, o kterém respondenti hovořili, byl pro další komunikaci mezi personálem důležitý. Samotné předávání informací má podle respondentů vliv na jejich další péči o klienty. Důležitým bodem, který respondenti v souvislosti s předáváním informací zmiňovali, je předávání informací o zdravotním stavu klienta, povaze jeho onemocnění, kdy právě tyto informace jsou při péči o klienta velmi důležité.

6.8.1 Komunikace mezi personálem

Komunikace mezi personálem souvisí s předáváním informací. Způsoby, jakými si personál v jednotlivých zařízeních informace předává, se vesměs nelišily. Ve většině případů respondenti zmiňovali ranní hlášení či porady, v rámci kterých se sejde personál, který vykonával noční službu, s personálem, který službu po nich přebírá. Při těchto

hlášení dochází k předávání podstatných informací o klientech. Obsah hlášení se v rámci jednotlivých organizací lišil. Někteří respondenti zmiňovali, že si v rámci hlášení předávají informace o zdravotním stavu klientů a programu následujícího dne. Ale například Priscila uvedla, že si v rámci ranního hlášení předávají pouze informace o průběhu a organizaci následujícího dne. Ve svém povídání Priscila uvedla: „...je to takový fakt jenom, že si tam řekneme fakt jenom ta poliklinika, jestli bude nástup, jo a to je vše.“ Respondenti rovněž berou účast na hlášení jako možnost vypovídat se o svých problémech. Pavla ve své výpovědi poukázala na rozdíl v hlášení, pokud je tématem hlášení klient v terminálním stádiu nemoci. Takovéto hlášení je mnohem zdlouhavější a konkrétnější. Cílem takového hlášení je probrat veškeré detaily týkající se péče o klienta v terminálním stádiu nemoci. Příležitost vyjádřit se v rámci takového hlášení mají všichni, kteří se na péči podílejí. Pavla vypověděla takto: „my jsme, my jsme ho dříve měli tak deset minut, ale teďka máme problém to udělat za půl hodiny, jako je to dole, je, hodně se prostě bavíme o konkrétnostech, každé klient, a když je teda ta paliativní péče, tak tam se to řeší zdlouhavě...všechno jde do detailu úplně.“

Kromě ústní formy předávání informací respondenti zmiňovali předávání informací elektronicky, kdy jsou důležité informace následně sdíleny v rámci informačního systému dané organizace. Výhodu při takovémto sdělování informací respondenti spatřovali v dostupnosti důležitých informací pracovníkům v rámci celé organizace a možnosti kdykoliv do informačního systému nahlédnout. Rovněž byl respondenty zmiňován způsob předávání písemnou formou zápisů do sešitu, která ovšem pro ně není úplně vyhovující. Pavla, která má zkušenost se zapisováním informací do sešitu, uvedla: „...mně ten papírový systém v nějakým sešitě připadá, připadá strašně nepřehlednej.“

U Zdeny v organizaci nemá zapisování do sešitu přímo funkci sdílení informací, ale slouží k možnosti vyjádřit své dotazy ohledně péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci. Rovněž zde personál může sdílet své obavy a emoce, a to v anonymizované podobě. Zdena, byť jsou pro ni některé dotazy banální, si uvědomuje, že mohou být pro ostatní personál a zejména pro pečovatele velmi zásadní. Zdena svoji zkušenost popsala takto: „...museli jsme si zřídit i sešit, kde, kde v podstatě oni jakoby psali své dotazy...mnohdy ty dotazy byly pro mě tak jakoby banální, protože jsem sestra, a já jsem si uvědomovala, že je tohle trápí, a ta emoční stránka těch, kdo pečují, je velmi, velmi důležitá a oni potřebují mít v tom jasno a potřebují jakoby tu podporu, takže, takže oni a oni to tam můžou anonymně napsat...a to jim strašně pomáhá, tak sdílená obava. Sdílená emoce...“

Komunikace mezi personálem hraje důležitou roli při péči o klienty. V souvislosti se vzájemnou komunikací mezi personálem podílejícím se na péči o klienty upozornili pečovatelé na fakt, že oni jsou skupinou v týmu, která nemá právo vědět údaje o zdravotním stavu klienta. Mnohdy právě pečovatelům nedostatek takovýchto informací stěžuje práci s klientem, což, jak respondenti popisovali, může vyústit i v to, že se při péči o klienta můžou dopouštět chyb. V některých případech pečovatelé poukazovali na to, že neznalost zdravotního stavu klienta je pro ně stresující. Patricie popsala své pocity takto: *„Já si myslím jako, že pečovatelky by měly vědět, když už s tím člověkem strávím víc, jak polovinu svého života, s takovýhlema lidma, jo a jsem v tý práci, tak já potřebuju o těch lidech vědět, jakoby si myslím co nejvíc, že jo. A i z tý zdravotní dokumentace si myslím, že bysme měli něco vědět... třeba teď se mi stalo, že jsem vůbec nevěděla, že ten pán měl epilepsii... a umřel, že jo. Já ale to nevím, že měl epilepsii. Já nevím, že s tím člověkem mám pracovat trošku jinak...“*

I přesto, že pečovatelé nemají nárok na přístup k informacím o zdravotním stavu klienta, záleží na personálu, který přístup k těmto informacím má, zda takovéto informace pečovatelům poskytne, či nikoliv. Mezi respondenty byli tací, kteří nepociťovali problém ohledně sdílení informací o zdravotním stavu klientů v organizaci, ve které pracují, v těchto případech respondenti popisovali, že v jejich organizacích zdravotní sestry automaticky sdělují zdravotní stav klientů pečovatelům. V organizacích, ve kterých pečovatelům přístup k takovýmto informacím není umožněn, je předávání informací považováno za jakousi tajnou informaci a probíhá za zády nadřízených.

Na problematiku předávání informací mezi zdravotníky a nezdravotnickým personálem v sociálních službách upozorňovala například Janečková a kol., (2013), která říká: *„že nezdravotničtí pracovníci v sociálních službách nemohou znát diagnózy uživatelů svých služeb.“* A to i přesto, že právě pro ně je zdravotní stav klienta důležitý pro výkon jejich povolání. V souvislosti s tímto odkazuje na § 45, písm. g). Z. 372/2011. Ve své práci Janečková a kol. (2013) shrnuje možnost předávání informací nezdravotnickým pracovníkům v sociálních službách následovně: 1. *„člověk (klient) sdělí informace sám, protože má informace nebo má u sebe dokumenty o svém zdravotním stavu.“* 2. *„uživatel sociální služby (jeho právní zástupce) dá někomu z personálu písemný souhlas s nahlédnutím do jeho zdravotnické dokumentace.“* 3. *„Zdravotníci sdělí informace v souladu se zákonem.“*

Svůj postoj ke sdílení informací v týmu jasně vyjádřila Sabina: „...*ve chvíli sdílený péče je jim potřeba prostě sdílet informace a informace si předávat a mít na to dobře nastavený systém.*“ A dále doplnila svoji vlastní zkušenost: „...*my nemůžeme pracovat tak, že nebudeme sdílet pacienta.*“

Ve svých výpovědích respondenti upozornili také na problém v komunikaci v rámci pečujícího personálu, kdy je zřejmé, že pečovatelé mnohdy mají více informací o zdravotním stavu klienta než zdravotní sestra. V těchto případech respondenti naráželi na problém, jak takovéto informace předat zdravotní sestře, aniž by ona měla pocit, že jí radí a informuje někdo, kdo je například méně vzdělaný než ona. V souvislosti s tímto respondenti zmiňovali osobnostní nastavení a povahu jednotlivých zdravotních sester. Petra popsala svoji zkušenost takto: „...*u nás někdy trochu narážím na to, že třeba ty pečovatelky, že jsou s těma lidma mnohem víc třeba než ty sestřičky nebo vědí, poznají, kdy se třeba ten stav zhorší ještě dřív, než to pozná ta sestřička, protože opravdu s tím člověkem jsou mnohem víc, tak některý sestřičky jsou rády za ty informace....a některá zase to tak bere jako co, co ona mi má co říkat.*“ Dále Petra dodala: „*Je to jejich osobní povaha, jestli dokážou jakoby přijmout to, že jim poradí někdo v uvozovkách, podle nich, kdo má menší vzdělání, jo.*“

Komunikací mezi pracovníky se zabýval Armstrong (2007), který uvedl, že komunikace v organizaci slouží k předávání informací o vykonané práci. Ve své publikaci Armstrong představuje komunikační kanály, které mohou usnadňovat předávání informací. Mezi tyto komunikační kanály Armstrong řadí intranet, podnikové noviny, oběžníky, nástěnky nebo týmový brífink. Důležité je si uvědomit, jaká jsou úskalí předávání informací. Jak uvádí Klein a Kresse, 2008, je potřeba mít na zřeteli, že při předávání informací dochází k následujícímu sledu jednotlivých komponent komunikace. Myslet → říkat → slyšet → rozumět, kdy je podstatné si uvědomit, že lidé ne vždy správně pochopí slova toho, který je k němu vyslal. Důležitost komunikace v týmu zmiňuje také Marková (2010), která upozorňuje na to, že při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci je komunikace mezi jednotlivými členy týmu důležitá a může mít formu formální i neformální, kdy formální předávání informací může probíhat písemnou formou nebo formou pravidelných schůzek pracovníků podílejících se na péči o terminálně nemocného klienta.

6.8.2 Podpora

V souvislosti s komunikací respondenti zmiňovali důležitost podpory týmu při péči o klienty. Podpora byla respondenty vnímána jako možnost popovídat si o problémech při péči o klienty s vedením organizace. Z reakcí respondentů bylo patrné, že využívají možnosti sdílet své pocity a obavy se svými nadřízenými. Takovouto zkušenost má například Petra: „...oni to konzultujou vlastně se svojí vedoucí...“ a dále uvedla: „...může kdykoliv kdokoliv přijít za panem ředitelem.“

V souvislosti s podporou týmu pečujícího o klienty respondenti zmiňovali supervizi jako jeden z nástrojů reflexe, který může v rámci kolektivu pečujícího o klienty pomoc při zvládnání obtížných situací, konfliktů v rámci týmu či obav spojených s péčí o klienty nejen v terminálním stádiu nemoci. Respondenti ve svých vyprávěních popisovali svoji zkušenost se supervizí, kdy ne vždy měli respondenti se supervizí pozitivní zkušenost. V případech, kdy respondenti měli se supervizí negativní zkušenost, se jednalo o obavy s nakládáním informací, které v rámci supervize sdělí. Takovouto zkušenost popsala Petra: „...měli pocit jakoby, že jestli jakoby se ty informace nedostaly k tý vrchní...prostě neměli z toho dobrý pocit.“ Respondenti se shodovali na tom, že v rámci jejich organizací supervize nejsou povinné, ale přesto se jich z pocitu morální zodpovědnosti účastní, a to i přesto, že si jsou vědomi toho, že vzhledem k udržení přijatelné atmosféry na pracovišti raději některá témata v rámci skupinové supervize nechtějí otevírat. Takto vypovídala například Pavla: „...nechci jakoby v té skupině do toho rejpat, protože ta atmosféra v tom kolektivu je docela dobrá a ne každé prostě unese nějakou takovou jako kritickou poznámku nebo to...No, prostě ne, netroufám si. A sbírám, sbírám síly, odvahu, uvidíme, no.“

Pozitivní zkušenost se supervizí popisovala Pamela, kdy v organizaci, ve které pracuje, je supervize považována za běžný nástroj reflexe: „...právě v těch službách...nám to funguje dobře...“ V rámci supervizí zaměstnanci organizace řeší problematické situace při péči o klienty v terminálním stádiu nemoci. Pamela ve svém vyprávění přiznala, že ne všichni zaměstnanci organizace využívají možnost supervize.

Sabina zmiňovala ve svém vyprávění zkušenost ze spolupráce s organizací, ve které zaměstnanci neměli žádnou podporu od vedení organizace při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci, neměli s kým sdílet své obavy a postoje, což mělo vliv na jejich vzájemnou spolupráci. V souvislosti s tím Sabina uvedla: „...neměli žádnou supervizi, neměli žádnou podporu, nemohli o tom mluvit.“

Zavedení supervize jako jednoho z nástrojů podpory pečujícího týmu považují respondenti, stejně jako již zmiňovaní autoři Haškovcová (2010), Havrdová (2008) a Hawkins a Shohet (2004), za důležité při péči o klienty v terminálním stádiu nemoci a rovněž je opodstatněná snaha vedení organizací zavést supervizi z důvodu zlepšení péče o seniory.

6.9 Role sociálního pracovníka

Nikdo z respondentů v rozhovorech nezdůrazňoval svoji roli při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci tak, jak tomu bylo u sociálních pracovníků. Z toho důvodu jsem se rozhodla zanalyzovat roli sociálního pracovníka, kdy na základě analýzy jednotlivých výpovědí je zřejmé, že jejich úloha při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci je důležitá a oni sami si jsou vědomi důležitosti svého postavení v pečujícím týmu.

Sociální pracovník má své postavení v týmu, který o klienty pečuje. Jak respondenti uváděli, sociální pracovník je první v kontaktu s budoucím klientem domova pro seniory nebo klientem paliativního mobilního týmu. Jeho úkolem je zjistit o klientovi informace, které organizace pro umístění klienta do svého zařízení potřebuje znát a takovéto informace ostatnímu personálu předávat. Mezi takovéto informace, jak respondenti uváděli, patří i zdravotní stav klienta. Rovněž komunikace v rámci týmu, který se podílí na péči o klienty, je pro sociální pracovníky důležitá.

Respondenti zmiňovali, že někteří sociální pracovníci si jsou vědomi toho, že jejich znalosti z oblasti zdravotnictví a medicíny nejsou dostačující, a proto jsou zdravotní sestry přítomny při kontaktu s klientem před jeho přijetím do péče. Takto vypovídala Silva: „...já teda se snažím, aby na tu první návštěvu, když tam jedu do té rodiny, aby se mnou ta sestra byla, protože ta je stěžejní.“ Důvodem přítomnosti zdravotní sestry je možnost odhalení zdravotních problémů a symptomů, kterých by si sociální pracovník nemusel všimnout, a popřípadě předání dál personálu, který bude o klienta pečovat. O takovéto zkušenosti mluvila například Pavla: „...naše staniční sestra si vymohla, že se zúčastňuje těch sociálních šetření...A tak ona vlastně je schopna se na to podívat očima pečovatelek... takže nám říká takový věci, který nám asi sociální pracovnice neřekla...“ Pavla dále dodala: „sociální pracovnice dnes není schopna se na toho klienta podívat z hlediska té péče, prostě vám neřekne ty podstatný věci.“ Stejnou zkušenost popisovala i Petra. V jejich organizaci se právě z výše uvedených důvodů sociální šetření před přijetím klienta zúčastňuje vrchní sestra, která poté dál předává informace personálu. V organizaci, ve

keré je zaměstnaná Patricie, předává informace o zdravotním stavu klienta sociální pracovnice. Ve svém vyprávění Patricie vyjádřila pochybnosti ohledně celistvosti informací, které jim sociální pracovnice předá: „*Sociální pracovník, kterej přijede z toho šetření, tak si myslí, že má kompletní zprávy o tom klientovi, a ty pak předá pečovatelnám.*“

Svoji roli sociálního pracovníka z vlastní zkušenosti popisovala Sára, která se v rámci organizace, ve které pracuje, podílela na péči o klienta v terminálním stádiu nemoci. Z její výpovědi je patrné, že svoji úlohu v rámci týmu považovala za velmi podstatnou. To, co Sára považovala za problematičné, bylo její vtažení do celého případu. Ve svém vyprávění často uváděla, že se sama měla více snažit o to, aby do konkrétního případu byla zapojena od samého začátku a více s ostatními mohla spolupracovat. Z jejího pohledu jí chyběla spousta pro ni podstatných informací, které si musela sama v rámci organizace dohledávat, což znesnadňovalo její práci. Sára ve svém vyprávění uvedla: „...*A chodím se doptávat a asi bych potřebovala, aby ta informace šla ke mně nebo abych do toho procesu vyjednávání byla vtažena.*“ Sára rovněž upozornila na jakousi roztržičnost v týmu, kdy v rámci komunikace nebylo jasně vymezeno, která z profesí bude daný problém řešit. Ve své výpovědi Sára také upozornila na fakt, že předávání informací v rámci organizace nemá jasně stanovená pravidla, což vede k tomu, že konkrétně ona sama nedostává ucelené informace. Nicméně zmiňuje, že vedení organizace si je takového nedostatku vědomo a snaží se o nastavení pravidel vzájemné komunikace.

Komunikaci sociálních pracovníků v rámci týmu zmiňovala Soňa, která jako přínos pro svou pozici a vzájemnou spolupráci zmiňovala účasti na hlášeníích a poradách a zároveň uvedla, že pokud se o klientovi bude chtít dozvědět více informací, musí sama vyvíjet vlastní iniciativu: „... *a pak už je to na mně, jestli jako chci jít do hloubky a dozvědět se víc.*“

Svoji roli v rámci týmu při péči o klienty v některých výpovědích sociální pracovníci spatřovali jako jakousi podporu týmu, kdy si uvědomují, že zdravotní sestry a pečovatelné se spíše zabývají odbornou stránkou věci při péči o klienty a právě komunikací s nimi jim vytvářejí prostor pro reflexi. Jeden z respondentů vypověděl takto: „...*jako zprostředkovaně podporuju ty jako zdravotníky...*“ Jeden z respondentů spatřuje roli sociálního pracovníka jako toho, kdo bude předcházet vzájemným konfliktům, a z tohoto důvodu považuje za důležité, aby sociální pracovník měl co nejvíce informací i klientech: „...*je to ten, ten jakoby měl vlastně předcházet těm jako vyhrocení toho konfliktu...ale je*

opravdu nutný, aby měl všechny informace...“ Sofie spatřovala roli sociálního pracovníka v komunikaci s rodinnými příslušníky. Podobný názor měla i Soňa, která uvedla: *„protože my třeba opravdu musíme jednat s rodinou, nebo s tím, kdo je pro nás kontaktní osobou.“*

V rámci zlepšení komunikace v týmu a samotném nastavení práce sociálního pracovníka považují sociální pracovníci za důležité celkovou informovanost o poskytovaných službách a jejich výhodách, a to jak v rámci rodin, tak i v rámci personálu podílejícího se na poskytování péče, dále respondenti uváděli nastavení hranic vzájemné spolupráce.

Roli sociálního pracovníka popisoval Kalvach a kol. (2010), který říká, že sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu pečujícího o klienta v terminálním stádiu nemoci, kdy je zapotřebí respektovat sociální potřeby umírajícího a jeho rodiny. Úlohou sociálního pracovníka je řešit možnosti finanční podpory pro umírajícího a rodin, na které má umírající a rodina nárok a dále: *„podpořit pečující rodinu, podat potřebné informace, nabídnout a rozvrhnout možné sociální služby, přemýšlet o možné další podpoře dalšími profesemi, pravidelně komunikovat s rodinou“* (Kalvach a kol., 2010: 36). Svatošová in Matoušek a kol., (2010) v souvislosti s rolí sociálního pracovníka poukazuje na to, že sociální pracovník mimo výše zmíněné slouží jako emoční podpora jak nemocným, tak i osobám pečujícím. Je tedy opodstatněné, že sociální pracovníci považují svoji roli za důležitou a uvědomují si veškerá rizika, které s sebou bude přinášet jejich upozadění v rámci týmu pečujícího o terminálně nemocného klienta. Z výpovědí respondentů je zřejmé, že sociální pracovníci chápou svoji roli jako toho, kdo komunikuje s rodinou a klientem ještě před jeho přijetím do péče a i v průběhu péče a zároveň, jak uvedla Svatošová in Matoušek a kol., (2010), působí jako podpora pečujícího týmu.

6.10 Vedení organizace

Podíl vedení organizace na možnosti pečovat o pacienta v terminálním stádiu nemoci bylo v rámci ohniskových skupin také poměrně často diskutovaným tématem. Z výpovědí respondentů je patrné, že vedení organizace a to, jak úlohu vedení jednotliví respondenti vnímají, má značný vliv na poskytování kvalitní péče.

V některých případech respondenti pouze popisovali své zkušenosti s postojem vedení organizací k přijetí myšlenky zavést paliativní péči v jejich organizaci. Ne vždy si je vedení organizace vědomo důležitosti paliativní péče o klienty v terminálním stádiu

nemoci. Nepřipouštění si důležitosti či neuvědomění si důležitosti může vycházet z toho, že vedení organizace se o problematiku paliativní péče nezajímá, o této problematice nic neví nebo s ní nemá žádné zkušenosti. Zuzana svoji zkušenost s reakcemi vedení v organizacích popsala následovně: „*Tam prostě ředitel nás přijal, pak v půlce rozhovoru vlastně ho to nějak nezajímalo, tak odešel si řešit nějaký údajně důležitý věci a vyšli potom ven, tak tam stál na chodbě s údržbářem, takže jako ho to prostě evidentně nezajímalo. A vlastně ta sociální? To jsme tam mluvili celou dobu tak nějak jakoby ospravedlňovala pana ředitele, že tomu moc nerozumí,..., že je to jakoby něco mimo obor.*“ V některých případech, kdy si vedení organizace nechtělo připustit myšlenku spolupráce s mobilním paliativním týmem, se domnívalo, že vlastně paliativní péči poskytují, tudíž žádnou další spolupráci nepotřebují. S takovouto zkušeností se setkala rovněž Zuzana, která vypovídala takto: „*Jsme udělali návštěvu v domově seniorů a tam jsme jim to nabídli, že to je možný...to jsme jim nabídli, nicméně nám nějak odkývali, ale nikdo se neozval. Prostě jedou si dál v tom, jakoby v tom, že to funguje, s tím, že ještě nám k tomu dodali, že vlastně oni tam dělají kompletní tu péči ošetrovatelskou, tak i vlastně tu paliativní, že to zahrnuje všechno. Proto nás jakoby nepotřebují.*“

V souvislosti s přijetím myšlenky poskytovat paliativní péči klientům v terminálním stádiu nemoci někteří vedoucí pracovníci domovů pro seniory uváděli, že si nejsou jisti, zda jejich organizace je dostatečně připravena paliativní péči poskytovat, a to jak z důvodu připravenosti personálu podílejícího se na přímé péči o klienty, tak i se spoluprací s praktickými lékaři, kteří o klienty domovů pro seniory pečují. Takovou zkušenost popsala Silva: „*Ono se to poměrně liší od osobnosti ředitele, takže je to od nějakých v podstatě pozitivních reakcí s tím, že ale ten člověk si vůbec není jistý, jak je to možný realizovat. A vyslovuje různé obavy z připravenosti týmů. A taky obavy z toho, jak to přijme praktický lékař, který v tom domově slouží. ...Jsem narazila na tu zkušenost, že řekli, no, mě by to zajímalo, ale s paní doktorkou si to vyřídíte sama... až po to, že mají pocit, že to je něco, co oni vůbec nepotřebují, protože, protože jako, tak jak to dělají, je to dobrý.*“

Respondenti popisovali i opačnou zkušenost s vedením organizace. Kdy v organizacích, ve kterých jsou zaměstnání, se vedení organizace o zavedení paliativní péče zajímá a změnám ve smyslu poskytování paliativní péče klientům v terminálním stádiu nemoci je nakloněno. V některých případech respondenti popisovali zájem vedení organizace v souvislosti s jejich účastí na rozhovorech v rámci ohniskových skupin, kdy vedení organizací bylo osloveno, zda by jejich organizace neměla zájem podílet se na

právě realizovaném projektu¹⁵. Tuto zkušenost popisovala Sofie: „*Pan ředitel právě z toho byl hrozně jako nadšený, že teda paliativní péče ve spolupráci s hospicem bude super,..., že teda to musíme rozjet, protože je takovej jako nadšenec do všech nových věcí.*“

Vliv vedení organizace na poskytování paliativní péče klientům v terminálním stádiu nemoci a na personál, který tuto péči poskytuje, popisovali respondenti, kteří se spoluprací mobilního hospicového týmu a domova pro seniory mají zkušenost. Za podstatnou respondenti považovali připravenost organizace podílet se na vzájemné spolupráci a rovněž připravenost personálu spolupracovat s paliativním týmem a paliativní péči poskytovat. Svoji zkušenost popsala Sabina takto: „... *ten personál si to nevybral, že to chce dělat...*“ V souvislosti s tímto Sabina ve svém vyprávění popisovala další překážky, se kterými se oba týmy musely vyrovnávat, například zásadní byla obava personálu domova pro seniory pečovat o klienty v terminálním stádiu nemoci, což mohlo souviset s tím, že personál byl postaven před „*hotovou věc*“ a neměl možnost se vyjádřit, zda se chce podílet na péči o umírajícího pacienta. Svou domněnku ohledně komunikace vedení organizace s pečujícím personálem vyjádřila Sabina takto: „...*ale je to daleko víc, a to si myslím, že je systémem toho řízení... jako bylo to takový jako hodně, hodně striktní.*“ Sabina dále uvedla: „*Jo, a je pravda, že ten personál nedostal ani žádnou odměnu, jako ani finanční, ani zvýšenou časovou kapacitu.*“

Opačnou zkušenost s postojem vedení organizace v souvislosti se spoluprací s mobilním hospicovým týmem popisovala Zdena. Z příběhu Zdeny je patrné, že organizace pečující o seniory byla nakloněna vzájemné spolupráci při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci. Zdena své vyprávění shrnula slovy: „*Měli jsme velké zaštitění od vedení. Já prostě úplně říkám si uu, já mám ale štěstí, takže to bylo strašně fajn.*“

6.11 Vzdělání

Péče o klienty a možnosti péče o klienty v terminálním stádiu nemoci v domovech pro seniory je ovlivněna vzděláním jednotlivých členů pečujícího týmu nebo možnostmi dalšího vzdělávání. Z výpovědí respondentů je zřejmé, že se otázkou vzdělání zabývají. Jak jednotliví respondenti vypovídali, že zřejmé, že pokud se personál bude vzdělávat

¹⁵ Jedná se o projekt s názvem Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory, který jsem uvedla v úvodu empirické části diplomové práce.

v oblasti péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, zvýší se možnost zavést paliativní péči v domovech pro seniory. Takto vypovídala Zlata: „*Mám dvě sestry, který studovaly, jsou bakalářky. Já jsem třetí, a to určitě je posun...takže ten posun určitě je a jednak konkrétně kolegyně, ta se vyloženě jakoby vzhlédla v té paliativní péči, takže ta to tam začala pomaličku jakoby prosazovat, takže už jako máme posun v tomhle ohledu...*“ Podobnou zkušenost popisovala také Zdislava: „*Myslím si, že systémem vzdělávání ta paliativa není normální oblast, není to téma, které by se řešilo, tak vlastně ta sestřičky hladoví po tom, protože s tím nemají zkušenost, v nemocnici odsud posud... A to je takové standardní umírání, ale tohleto je prostě pro ně nová věc, ve které oni se mohou... a zároveň se využívá ta jejich zkušenost...*“

Na důležitost vzdělání jakožto jeden z faktorů, který je zásadní pro vzájemnou spolupráci dvou organizací při péči o klienta s nevyлéčitelnou nemocí, poukázala také Pamela: „*Já myslím, že je důležitý, aby třeba před tím, než ta spolupráce začne, tam bylo nějaký jako obecný vzdělání v ty paliativní péči... tak asi základní vzdělání v tý paliativní péči by tomu určitě prospělo.*“

Z pohledu respondentů může mít vzdělání v paliativní péči různé podoby. Někteří respondenti považují za možnost, jak poznat problematiku paliativní péče, stáže v zařízeních, které tuto péči poskytují, jiní zmiňovali účast na kurzech či školeních. Jednou z možností, které respondenti uvedli, bylo zhlédnutí dokumentárních filmů s danou problematikou. Zdena uvedla, že v rámci zlepšení kvality poskytované paliativní péče a odstranění nejasností ohledně poskytování paliativní péče si v rámci organizace zvolili vlastní způsob vzdělávání, a to zhlédnutí dokumentárních filmů s tematikou paliativní péče. Zdena ve své výpovědi uvedla: „*Zhlédli jsme spoustu filmů, upoutávek...*“ Jeden z respondentů se k otázce vzdělávání vyjádřil takto: „*ale teda myslím si, že jako odjet na stáž, být prostě v nějakým lůžkovým hospici jako opravdu.*“ Lenka ve svém vyprávění rovněž zmiňovala potřebu vzdělávání personálu v oblasti paliativní péče, kdy za důležité v rámci vzdělávání považovala schopnost personálu postarat se o klienty v závěrečné fázi života. Lenka svůj postoj ke vzdělávání v oblasti paliativní medicíny vyjádřila takto: „*je asi dobrý ty sestry proškolit v oblasti toho. Um. Jak se starat o klienty v terminálním, v preterminálním stavu, právě jak s nima mluvit, to je všechno. Já jsem taky třeba nevěděla, dokavad' jsem si nenastudovala nějaký věci nebo neabsolvovala jsem nějaký semináře...*“

6.12 Spolupráce s lékaři

Respondenti ve svém vyprávění zmiňovali úlohu lékaře a zkušenosti ze spolupráce s lékařem ohledně péče o klienty v domovech pro seniory i o klienty v terminálním stádiu nemoci. Někteří respondenti popisovali své zkušenosti ohledně možného nastavení spolupráce s lékaři, kteří by se v budoucnu mohli podílet na péči o klienty v terminálním stádiu nemoci.

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že postavení lékaře v týmu pečujícího personálu je zásadní a pro pečující je autoritou. Lékař svým rozhodnutím ovlivňuje průběh péče o klienty. Již v předešlých kapitolách jsme zmiňovala výpovědi respondentů, kteří uváděli, že je na rozhodnutí lékaře, zda bude klient při zhoršení zdravotního stavu převážen z domova pro seniory do zdravotnického zařízení lůžkové péče, nebo zda lékař rozhodne o zahájení paliativní péče u takového klienta. Takovou zkušenost zmiňovala například Zita: *„Záleží na doktorovi...teda jde tam hlavně o domluvu s tím lékařem. Co nám doktor nařídí, to děláme.“* Stejnou zkušenost popsala i Zlata: *„to musí rozhodnout lékař. To nemůže rozhodnout nikdo jiný.“* Z výpovědí respondentů je tedy zřejmé, že zahájení paliativní péče je pouze na rozhodnutí lékaře. V těchto případech se nejednalo o poskytování paliativní péče paliativním týmem, nýbrž poskytování paliativní péče pouze v rámci domovů pro seniory bez pomoci paliativního týmu.

Respondenti pracující v domovech pro seniory poukazovali na fakt, že každý domov pro seniory má svého praktického lékaře, který v určené dny do domova dochází. Toto je zřejmé z výpovědi Zity, která ohledně přítomnosti praktického lékaře v domově pro seniory uvedla: *„Lékař dochází dvakrát týdně...pak je na telefonu.“* V některých případech mají klienti svého praktického lékaře a nevyužívají služeb lékaře domova pro seniory. Je tedy zřejmé, přítomnost praktického lékaře v domovech pro seniory není stálá. I toto může být důvodem, proč se někdy lékaři domovů pro seniory raději rozhodnou pro převoz pacienta do zdravotnického zařízení lůžkové péče.

Pro lékaře mobilního paliativního týmu je důležitá spolupráce s praktickým lékařem klienta v terminálním stádiu nemoci. Hlavním důvodem, jak se respondenti vyjádřili, je to, že mobilní hospicová péče není hrazena zdravotní pojišťovnou, a tudíž by si klient musel platit sám léky, které jsou v paliativní péči nezbytné. Oproti tomu praktický lékař je oprávněn tyto léky předepisovat a ty jsou poté hrazeny ze zdravotního pojištění klienta. K tomuto uvedla Lenka: *„...hlavní problém je v tom, nebo nám sdělují, že ta péče mobilní hospicová není hrazená pojišťovnou. Že si klienti musí doplácet a zároveň teda i my*

potřebujeme spolupracovat s těmi praktickými lékaři, protože od nich potřebujeme, aby nám předepisovali léky...“

V případě poskytování paliativní péče mobilním hospicovým týmem by docházelo ke spolupráci dvou lékařů. Tedy lékaře mobilního paliativního týmu a lékaře domova pro seniory. Tento fakt si respondenti uvědomovali a ve svých výpovědích na rizika takovéto spolupráce poukazovali. Respondenti poukazovali na možnost problémové situace, která by nastala v případě, kdy lékař, který pečuje o klienty domovů pro seniory, nebo jejich praktický lékař nebude chtít respektovat léčbu, kterou nastaví lékař paliativního týmu. V takovémto případě by docházelo ke konfliktním situacím, které by měly dopad na péči o klienta v terminálním stádiu nemoci. Zuzana uvedla: *„Lékaři, tady je zase problém, když se střetnou dva.“* Nutnost spolupráce mezi lékaři si uvědomovala i Zdena: *„Lékař, lékař musí spolupracovat a musí jakoby ctít lékaře z toho paliativního týmu.“* To, že si respondenti uvědomují nutnost nastavení vzájemné spolupráce mezi lékaři, je zřejmé i z vyprávění Zdislavy, která uvedla: *„Aby spolupracoval, není to o tom, že bysme úplně, že by paliativní tým jakoby odstříhнул toho praktického lékaře. Naopak, on potřebuje získat na svoji stranu a získat ho jako dalšího spolupracujícího.“* O problému spolupráce praktického lékaře s lékařem paliativního týmu na základě svých zkušeností vypovídala Zora takto: *„A ta spolupráce tam musí být, že pokud jakoby ten paliativní lékař naordinuje nějakou změnu, naordinuje nové léky, a ten praktickej řekne, že to vlastně to tedy nepřistoupí na to, on to nebude předepisovat nebo on s tou změnou nesouhlasí, tak potom je to samozřejmě patová situace.“*

Důvodů, kvůli kterým praktičtí lékaři odmítají spolupracovat s paliativním týmem nebo by případnou spolupráci odmítli, je podle respondentů několik. Respondenti často upozorňovali na fakt, že praktičtí lékaři mají od pojišťoven stanoven určitý finanční limit na léčbu svých pacientů, a obávají se, že v případě péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, kdy oni by museli předepisovat potřebné léky a pomůcky, by toto zvyšovalo jejich náklady a následně by mohli být od pojišťoven pokutováni. Na tento fakt ve své výpovědi upozornila například Zdislava: *„Nechtěl z vlastních důvodů, protože si hlídám náklady na ordinaci, hlídám si spektrum léčiv, které mu můžu, smím a jsem ochoten předepsat... prostě mně může finančně tu ordinaci posunout úplně jinam.“* Podobnou zkušenost s neochotou praktických lékařů předepisovat potřebné pomůcky pro pacienty popsala i Lucie: *„...že když někdo přijde k jedné paní doktorce a má napsat inkontinenční pomůcky, tak má z toho hysterák, že ať jí je koupí rodina, že jo, že ona nic psát nebude...“*

Neochota praktických lékařů předepisovat léky potřebné k zajištění paliativní péče může vycházet i z toho, že léky tišící bolest, které jsou v případě péče o klienta v terminálním stádiu nemoci nutností, patří do skupiny opiátů a podmínky jejich předepisování jsou stanoveny vyhláškou č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků a dále zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Možnost, že praktičtí lékaři nechtějí předepisovat léky ze skupiny opiátů kvůli možnému právnímu omezení, připustila Lucie: *„Protože já znám praktiky, který nemaj opiátový recepty, protože to je další věc. Vy na to musíte mít trezor, musíte to vést statisticky, tak proč by se s tím nerovnali? Oni to nepotřebujou.“*

V případě, kdy praktický lékař odmítá spolupráci s lékařem paliativního týmu, hledá paliativní tým náhradní řešení v podobě spolupráce s jinými lékaři, například specialisty, kteří jsou oprávněni dané léky předepisovat. O takovémto způsobu úniku a řešení nastalé situace vypovídala například Zuzana, kdy v jejich případě se dohodli s jiným lékařem, který se zabývá léčbou bolesti a nutné léky jim předepíše: *„vlastně pokud se takhle neshodneme s tím praktikem, tak máme ještě oporu...že za ním můžeme přijít, poslat vlastně tu rodinu, toho člověka, aby si tam třeba vyzvedli recepty nebo vlastně takové ty opiátové léky...on obejde toho praktika, pokud nebude spolupracovat.“* Podobný způsob obcházení nespolupracujících praktických lékařů popsala také Zora: *„...praktický lékař řekne, že třeba nebude předepisovat morfin z důvodu toho, že se bojí nebo může, to samozřejmě ono vždycky může cokoliv vlastně. Tak pokud nemá třeba i recepty s modrým pruhem, tak řekne ne, já do toho nejdu, a pak vlastně přesně kontaktujeme jakoby ambulance léčby bolesti, která je vlastně kompetentní, nebo ošetřujícího lékaře, onkologa, že jo, nebo internistu...“*

Další z důvodů neochoty spolupráce může být, jak z výpovědí respondentů vyplývá, osobnostní nastavení praktických lékařů. Kdy tito by se cítili v pozici, kdy jim lékař paliativního týmu diktuje, jak mají pacienta léčit, jaké léky mu předepisovat, ohrožení. Někdy respondenti v komunikaci s praktickými lékaři narazili na fakt, že praktičtí lékaři mají pocit snížení váhy svého profesního zaměření. Takovouto zkušenost měla Zuzana: *„Snižujeme jakoby jejich váhu, že to oni to dokážou a my si o nich myslíme, že ne...Ta naše paní doktorka, že se jim jakoby bude diktovat, od té doby jim bude diktovat, co mají předepisovat, a co ne.“* Jeden z názorů praktických lékařů, tak jak jej popsala také Zuzana, vypovídá o jakési ješitnosti praktických lékařů a jejich osobnostním nastavení a postoji: *„...do té doby, dokud prostě ten klient je tam pod tím svým praktickým lékařem, který se dotedka o něj staral, tak vlastně nebude jakoby poslouchat našeho doktora, i když*

jakoby je to specialista, ale já si myslím, že to je osobní prostě.“ Podobnou zkušenost jako Zuzana má i Silva, která se vyjádřila takto: „...ale častěji narážíme na problém, že ten praktik má tak velký ego, že si jako přeci nenechá říkat, co on bude předepisovat. Protože to je můj pacient.“ S podobným přístupem praktických lékařů, kteří nechtějí spolupracovat s lékařem paliativního týmu, se setkala také Lenka: „Oni říkají, když si tu péči budete zajišťovat, tak si ji zajišťujte kompletně, ale my vám vlastně pomáhat nebudeme.“

V některých případech se respondenti domnívají, že praktičtí lékaři nemají dostatečné povědomí o paliativní péči, o tom, co taková péče přináší, a paliativní péči považují spíše za okrajovou, a proto spolupráci s paliativním týmem mohou odmítat. Lenky zkušenost byla takováto: „*jakoby mezi praktickými lékaři je takový neporozumění, nebo nepochopení, co to vlastně ta mobilní hospicová péče je. Oni mají pocit, že to nepotřebují, že všechno zvládají sami...*“ K tomuto se vyjádřila Zdena takto: „...a já si myslím, že oni jakoby paliativu neberou jako odbornost. Že oni respektují chirurgii, ortopedii, já nevím neurologové s praktickými lékaři, ale paliativní lékař jakoby není pro ně.“ Podobnou zkušenost má například Silva, kdy v souvislosti se snahou zviditelnit paliativní péči, upozornit na její potřebu a v souvislosti s tímto na nutnost spolupráce s praktickými lékaři proběhla osvěta v podobě článku vydaného v oběžníku pro praktické lékaře. Reakce praktických lékařů ještě před zveřejněním článku tak, jak ji popsala Silva, vypovídá o jejich nezájmu poskytovat paliativní péči. Silva přímo uvedla: „... Tak první reakce byla, no, ale tohle vůbec není přínosný článek pro praktické lékaře. To je přeci vůbec nezajímavá...“

6.13 Rodina

Při péči o klienty v jakémkoliv zařízení se personál, který o klienty pečuje, setkává s rodinnými příslušníky klientů nebo jejich nejbližšími. V této části analýzy jsem se zaměřila na situace, které vznikají v rámci střetu rodinných příslušníků klientů a pečujícího personálu jak v domovech pro seniory, tak i v souvislosti s mobilní paliativní péčí. Situace, které v rámci interakcí rodinných příslušníků a pečujícího personálu vznikají, ovlivňují průběh péče o jejich blízkého. Podle toho, jak respondenti uváděli, ne vždy jsou rodinní příslušníci oporou a pomocí pečujícího týmu.

Jak jsem již ve své práci zmiňovala, z analýzy rozhovorů vyplývá, že rodinní příslušníci se podílejí na rozhodování ohledně péče o jejich blízkého, i když při rozhodování o léčbě by mělo být v první řadě bráno na zřetel přání klienta. Je zřejmé, že

spolupráce s rodinou v rámci poskytování paliativní péče nebo péče o klienty domovů pro seniory je pro pečující důležitá. Takto se vyjádřila Zdena: „*Má tam být prioritou toho, co chce ten klient, ne rodina. Ona někdy ta rodina může chtít třeba toho klienta do hospitalizace, ale ten klient nechce. A on má právo na to se rozhodnout o svém zdravotním stavu... rodina, ta je tam velmi důležitá. Spolupráce rodiny je úžasná. Může být někdy i komplikovaná, ale ve většině případů je taky z té obavy, že prostě oni sami nevědí.*“ Rozhodnutí klienta o postupech další léčby je možné pouze za předpokladu, že to klientovi umožní jeho zdravotní stav. Právě v těchto chvílích často za klienta rozhodují rodinní příslušníci nebo opatrovník. Pokud je v roli opatrovníka rodinný příslušník, může docházet ke komplikacím v tom smyslu, že rodinný příslušník ve většině případů podle respondentů jedná ve svém vlastním zájmu a ne v zájmu klienta. Takovouto zkušenost popisovala opět Zdena: „*...tam vidím velkou komplikaci, pokud je opatrovníkem rodina..., která bude chtít do důsledku léčit, léčit, a klient by si to nepřál, tak je to velký problém, protože opatrovník určený od soudu většinou hájí zájmy klienta.*“

Za důležité ohledně lepší spolupráce s rodinou považovali respondenti informovanost rodiny o zdravotním stavu klienta a průběhu léčby, kdy rodině by v úvodu léčby měl být vysvětlen účel léčby se všemi dopady, které léčba s sebou bude přinášet. Měl by být rodinným příslušníkům věnován dostatek času pro zodpovězení dotazů. I přesto, že v některých případech takto pečující tým postupoval, docházelo k situacím, kdy bylo potřeba rodině stále vysvětlovat důvod léčby, důvod péče. Zora popsala své zkušenosti takto: „*Určitě by tam jakoby to setkání té rodiny s tím lékařem, toho multidisciplinárního týmu mělo proběhnout.*“ Dále jeden z respondentů uvedl: „*... je to prostě o komunikaci s celou rodinou, tak budeme postupně připravovat, že ten stav ještě horší bude, co bude potřeba. Buď to ta rodina přijme, někdo nepřijme... někomu to trvá dýl, někdo to nepochopí vůbec...*“ Respondenti v souvislosti s paliativní péčí upozornili na nutnost spolupráce s rodinou a důležitost informovat rodinu o zdravotním stavu jejich blízkého od samého začátku spolupráce. Lucie přímo uvedla: „*...informovanost rodiny od samého začátku toho vstupu toho toho jejich rodinného příslušníka do toho zařízení, aby věděli, že prostě tam dávaj někoho, kdo už je nemocnej, kdo si doběh ten svůj život, a že je tam i v podstatě na to, aby si, aby to v klidu, bez bolesti a bez stresu dožil. Aby tam nedocházelo k tomu, že teda rodina bude rvát na personál, personál bude naštvanej...*“ K tomuto se vyjádřila Lenka takto: „*no je třeba s tou rodinou mluvit, vysvětlovat jim pořád jo... bohužel, že není čas o tom s těma, těma lidma mluvit, víc se jim to vysvětlovat. Protože*

kdyby se našel čas a těm lidem by se to třeba taky vysvětlilo, um, tak,...tak možná že by se taky v tom udělalo něco dobrýho.“

Respondenti zmiňovali obavy či pochyby rodinných příslušníků ohledně péče o jejich blízkého. Obavy rodinných příslušníků se často týkaly příjmu potravy a tekutin u jejich blízkých. Pochybnost rodinných příslušníků v souvislosti s příjmem potravy ze své zkušenosti popsala Pamela: *„On už nechce jíst a pít. Tak co máme dělat? Protože to je asi ta úplně nejzákladnější potřeba jako krmit, krmit a krmit, ale to tělo to pak natolik jako zatěžuje...ale je to kolikrát strašně těžký pro ty rodinný příslušníky to přijmout.“* Rovněž se rodinní příslušníci pozastavovali nad změnou psychického i fyzického stavu svých blízkých, kterým byly podávány léky na tišení bolesti, které bohužel tyto změny s sebou přinášejí. Někdy pozastavení se rodinných příslušníků nad péčí či léčbou mělo podobu nadávek a osočování personálu. Takovou zkušenost měla například Pavla: *„...maminka brala silný dávky morfinu nebo prostě bolesti byly velký všechny, jo a ona (dcera) zase, že z ní děláme drogově závislýho člověka. No, to bylo docela náročný. To bylo takový, vlastně na tomhleto odchodu byl nejhorší ten přístup tý rodiny, tý dcery.“*

Vzdělání rodinných příslušníků a bydliště či lokalita, ve které rodinní příslušníci bydlí, může podle respondentů mít vliv na jejich postoj k péči klienta, a to převážně o klienta v terminálním stádiu nemoci. Respondenti přisuzovali vyšší vzdělání, potažmo vysokoškolské vzdělání a místo bydliště ve městě problematičtějšímu chování takovýchto rodinných příslušníků. S tímto dávali respondenti do souvislosti snížený zájem rodinných příslušníků o své rodiče či prarodiče z důvodu pracovního vytížení. Svůj postoj k této problematice vyjádřila Lucie takto: *„v současné době je asi největší problém v tom, že se tam (do města) nastěhovalo fůra vysokoškolsky vzdělaných rodin, který v podstatě koukaj na to zdravotnictví jako jejich servis, a tudíž kombinace um paliativní péče a rodinných příslušníků je strašně složitá.“* Lucie dále dodala: *„právě vzdělaný vysokoškoláci. Jsou to rodiče vysokoškoláků, bakalářů, magistrů kolem 40, rodiče jsou tam kolem 70, 75, třeba s neléčitelnýma onemocněníma, nejsou schopni to, jako 90 % je toho. Samozřejmě někdo to pochopí někdo ne...i když je to prokázáný, že je to neléčitelný onemocnění, že ten stav, že ty hospitalizace jsou tam zbytečný, napíšou vám to, že ta léčba je zbytečná, tak prostě ta rodina to není ochotna tolerovat a je to takový, že v podstatě, um potom na sestry jsou oškliví, na personál jsou oškliví...“* V některých případech může podle respondentů být chování rodinných příslušníků ovlivněno výčitkami rodinných příslušníků, že se o svého blízkého nebyli schopni postarat a vlastně na poslední chvíli se snaží podle svého uvážení pro svého blízkého udělat co nejvíce potřebného. Takovýto názor zastávala například

Lucie: „...já si myslím, že to jsou výčitky svědomí těch lidí, že o toho rodiče se nedokázali v době, kdy byl ještě schopnej, postarat a teďka ještě si chtěj vyčistit svědomí a prostě snažej se o toho člověka rádooby pečovat.“

Postoj rodinných příslušníků, kteří často nejsou ochotni smířit se s myšlenkou smrti jejich blízkého v případě terminálního stádia nemoci, popsala také Lenka: „*Co se teď používá, je vítězná medicína, že jo, že v medicíně musí všechno dobře dopadnout, ale nikomu nedochází, že ten život je ohraničený a že tak jednou skončí. A s tím se nechtěj smířit.*“

Komunikaci s rodinnými příslušníky někdy ztěžuje také rodinná situace, nevyřešené rodinné problémy, kdy jednotliví členové rodiny spolu navzájem nekomunikují. Takováto situace samozřejmě z pohledu respondentů ztěžuje péči o pacienta. Tuto zkušenost popsala Sára: „...jako bylo zas náročný pro nás jakoby pro domov v tom, že oni si nepřáli se tady osobně potkat, takže to bylo jako nastavit, kdo jak kdy chodí...“

Je zřejmé, že vyřešit problematické vztahy v rodinách klientů je pro personál nereálné. Přesto respondenti zmiňovali možnost, jak problémům s rodinnými příslušníky předcházet a jak vzniklé problémy vycházející z komunikace s rodinnými příslušníky řešit. Jednou z takovýchto možností, kterou respondenti popisovali, bylo svolání etického konzilia. Zkušenost se svoláním etického konzilia a jeho průběh popisovala Silva: „...ale měli jsme prostě jako nějaký problém a taky vlastně s rodinou klienta. A etický konsilium tomu jako velmi pomohlo.“ Silva dále doplnila: „Ale nicméně on ty konzilia je taková, že ono to probere s každým jednotlivým účastníkem, že jo. Pak je celý konsilium. A my vlastně, teďko naši lidi mají možnost se na něj obracet jako i v případě nějakýho individuálního problému. A hodně to tomu pomohlo, jo.“ Sára nemluvila přímo o etickém konziliu, ale o možnosti neutrálního pohledu odborníka, který by nebyl do daného případu zainteresován: „...že má být v organizaci nějaký ještě nezávislej jako případně orgán nebo možnost najmout takhle někoho z venka, kde je ten neutrální pohled.“

Respondenti se zamýšleli nad způsoby, které by mohly ovlivnit postoje rodinných příslušníků k paliativní péči o jejich blízké v případě terminálního stádia nemoci. Za důležitou respondenti považovali informovanost veřejnosti a informovanost rodin. Způsob, jakým je vhodné veřejnost či rodinné příslušníky o paliativní péči informovat, podle respondentů spočívá ve vytvoření projektu zabývajícího se paliativní péčí či pomocí médií.

„Umírající patří do rodiny a rodina patří k umírajícímu.“ (Marková, 2010: 75). Z tohoto důvodu je potřeba akceptovat přání rodiny a klienta strávit poslední chvíle umírajícího v rodinném kruhu. Za nutné Marková považuje otevřenou komunikaci s rodinnými příslušníky klienta, kdy je potřeba si uvědomit, že personál nepečuje pouze o umírajícího, ale také o jeho rodinu, která v sobě může mít zakořeněny špatné předchozí zkušenosti s umíráním blízkého člověka. Marková rovněž ve své publikaci zmiňuje takzvané ohrožené skupiny, na které je nutno brát zřetel. Takovéto skupiny mohou tvořit například příbuzní, kteří mají s umírajícím neobvyklý vztah, a to jak v kladném, či záporném významu, kdy se může jednat například o vztah velice intenzivní. Mezi skupiny rodinných příslušníků, které spadají podle Markové do ohrožené skupiny, patří: *„osoby úzkostné, depresivní, agresivní, závislé nebo jinak duševně nemocné“* (Marková, 2010: 84).

7 Shrnutí empirické části

V empirické části své diplomové práce jsem se pomocí kvalitativního výzkumu a na základě analýzy rozhovorů ohniskových pokusila nalézt odpovědi na výzkumné otázky: *„Jaké jsou možnosti integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevyléčitelnou nemocí? Jaké jsou překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevyléčitelnou nemocí?“*

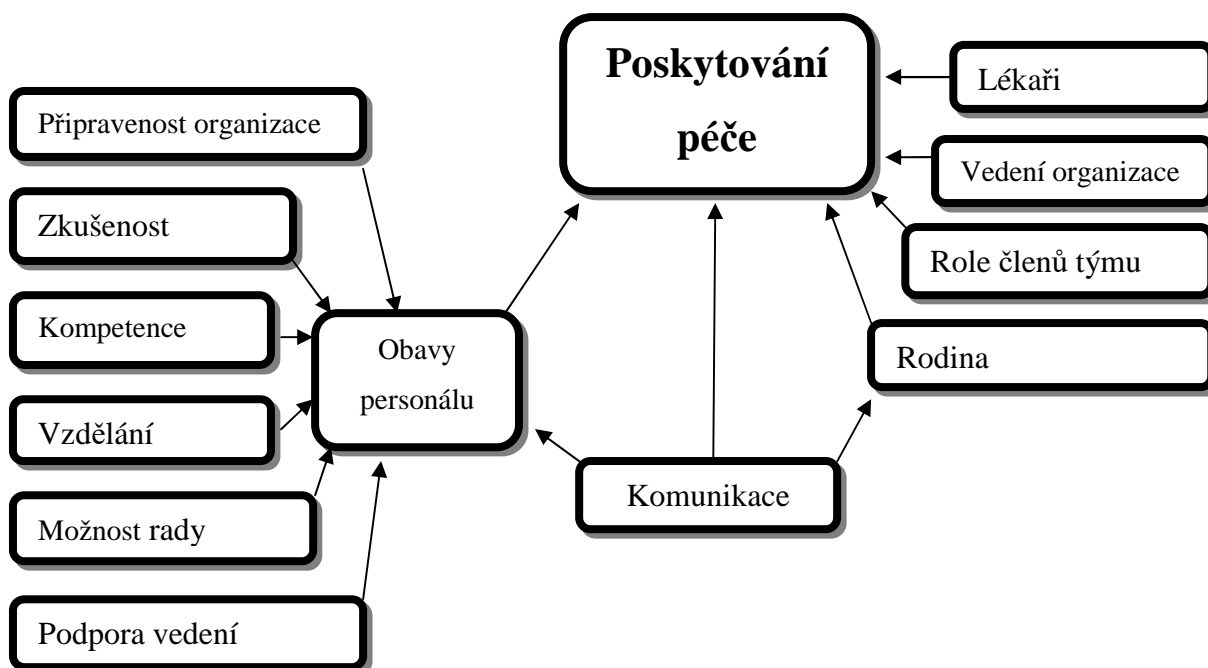
Na základě analýzy rozhovorů jsem dospěla k závěru, že možnosti a překážky při zavádění integrace zdravotních a sociálních služeb spolu úzce souvisejí a navzájem se ovlivňují. Tedy pokud nebudou dostatečně podchyceny a ošetřeny možnosti, které při integraci zdravotních a sociálních služeb jsou, stanou se tyto překážkami. Ovšem tento závěr se nedá zevšeobecnit na všechny faktory, které integraci zdravotních a sociálních služeb ovlivňují.

Z analýzy rozhovorů vyplynuly následující faktory, které mohou případnou integraci zdravotních a sociálních služeb ovlivňovat.

- Předchozí zkušenost
- Obavy personálu pečovat o klienta v terminálním stádiu nemoci nebo o klienta, u kterého dojde ke zhoršení zdravotního stavu
- Vzdělání
- Komunikace
- Rodina
- Role členů pečujícího týmu
- Vedení organizací
- Spolupráce s lékaři

Pro pochopení vzájemných vztahů jednotlivých faktorů a toho, jak se navzájem ovlivňují, jsem sestavila následující graf.

Graf č. 3 Vlivy jednotlivých faktorů na poskytování paliativní péče; zdroj autorka



Z grafu je patrné, že cílem je poskytnutí paliativní péče o terminálně nemocného pacienta. Poskytnutí péče je přímo ovlivněno několika faktory. A to obavami personálu poskytovat paliativní péči, vzájemnou komunikací, rodinnými příslušníky, jednotlivými členy týmu a jejich rolemi, vedením organizací a spoluprací praktického lékaře, který by se měl na poskytování paliativní péče podílet.

Zkušenost personálu s poskytováním paliativní péče nebo s péčí o umírajícího má vliv na postoj respondentů k zavedení paliativní péče. Je patrné, že pokud se personál s péčí o umírajícího setkal, dá se předpokládat, že bude nakloněn paliativní péči poskytovat a jeho obavy při péči o umírajícího budou menší.

K tomu, aby se snížily nebo úplně odstranily obavy personálu poskytovat paliativní péči, je zapotřebí, aby organizace, která se rozhodla paliativní péči poskytovat, byla řádně na poskytování paliativní péče připravena a aby se svým cílem seznámila veškerý personál, který se má na péči podílet. Přípravenost organizace se dá považovat za naprosto nejdůležitější faktor, který integraci zdravotních a sociálních služeb může ovlivňovat. Pro pečující personál je důležité stanovení kompetencí a limitů, které s péčí o terminálně nemocného souvisejí. Je patrné, že personál si není vždy jistý svými kompetencemi, a tedy

tím, jakou péči může klientovi poskytovat, což souvisí s tím, do jaké míry pečující personál a především zdravotní sestry mají možnost při své každodenní činnosti provádět pro ně složitější výkony. Z tohoto důvodu je pro pečující personál důležité, aby se v případě jakýchkoliv nejasností nebo obav měl možnost na někoho obrátit. K tomuto by měl právě sloužit mobilní paliativní tým, který má s poskytováním paliativní péče zkušenost. Pro pečující je také velmi důležitá podpora vedení, kdy je podstatné, aby vedení dostatečně oceňovalo práci pečujícího personálu a rovněž aby vedení organizace dalo pečujícímu personálu dostatek prostoru pro reflexi, například v podobě supervize. Neméně důležité je v rámci spolupráce dvou organizací stanovení hranic a podmínek, za jakých se bude spolupráce uskutečňovat.

Vzdělání v oblasti paliativní péče je důležité pro personál, který se má na takovéto péči podílet. Vzdělání může mít různé podoby, buď se může jednat o účast na kurzech zaměřených na problematiku paliativní péče, nebo účast na přednáškách či konferencích. Vhodné je také zhlédnutí dokumentárních filmů týkajících se poskytování paliativní péče. Dostupné jsou rovněž publikace, jejichž obsahem je právě paliativní péče. Pro personál je velice přínosná účast na stážích v jakémkoliv zařízení hospicového typu.

Podstatné je, aby v rámci organizace a mezi pečujícím personálem byla jasně stanovená pravidla komunikace, a to převážně pokud se jedná o předávání informací o klientech a jejich zdravotním stavu. Je zřejmé, že pokud pečující personál nemá dostatek informací o klientech, je jeho práce tímto ztížena a může vést k chybovosti při péči o klienty. Za vhodné je kromě ranních hlášení, jak zmiňovali respondenti, zavést rovněž možnost elektronického předávání informací, aby personál měl možnost kdykoliv se podívat do záznamu o průběhu péče o klienty. Je na organizaci, jakou podobu elektronického předávání informací by zvolila a jaké informace by personál sdílel. Dobře nastavená komunikace může rovněž pomoci při kontaktu s rodinnými příslušníky.

Na péči o klienta má podstatný vliv jeho rodina či jeho nejbližší. Je zřejmé, že v závěru života člověka může v rámci rodiny docházet k vyhocení některých situací, které s sebou přinášejí stres, zármutek a obavy. Může se jednat i o nejasnosti ohledně péče o jejich blízkého, kdy se názor rodiny může rozcházet s cílem paliativní péče, což s sebou přináší mnohdy konfliktní situace, které jsou pro pečující tým stresující a výsledné poskytnutí péče mohou ovlivňovat. Z tohoto důvodu je vhodné včas a řádně informovat rodinu o možnostech paliativní péče, o jejím přínosu pro umírajícího. Důležité je, aby rodina měla v pečujícím personálu oporu a mohla se svými dotazy na ně kdykoliv obrátit.

Při zavádění nebo poskytování paliativní péče je důležité, aby si organizace uvědomovaly, jaké jsou role personálu, který se podílí na paliativní péči. Podle výpovědí respondentů, kterými byly zdravotní sestry, pečovatelé, sociální pracovníci a lékaři, je zřejmé, že každý vnímá své místo v týmu, který pečuje o terminálně nemocného klienta nebo klienta v domovech pro seniory, a každý svou roli považuje za důležitou, přičemž k péči o klienty přistupuje zodpovědně.

Vedení organizací má rovněž vliv na poskytování paliativní péče. Pokud vedení organizace nebude mít dostatek informací o funkci paliativní péče a jejím přínosu pro umírající, nebude zároveň ani ochotno paliativní péči poskytovat. Z výpovědí respondentů je patrné, že skutečně, pokud vedení organizace je nakloněno paliativní péči poskytovat a má dostatek informací, bude dělat všechny potřebné kroky k tomu, aby se takováto péče mohla v jejich organizaci zavést.

Poskytování paliativní péče v domovech pro seniory může být zásadně ovlivněno ochotou praktických lékařů, kteří mají klienta domova pro seniory ve své péči, spolupracovat s paliativním týmem. Důvody, pro které lékaři mohou spolupráci odmítnout, jsou jejich neznalost problematiky paliativní péče, která může pramenit z jejich nezájmu o paliativní péči jako o medicínský obor. Dalším důvodem mohou být obavy z překročení finančních limitů stanovených pojišťovnou nebo omezení v podobě možnosti předepisovat léky potřebné k péči o terminálně nemocného, na které se vztahují právní omezení. V případě, že praktický lékař odmítne s paliativním týmem spolupracovat, je na paliativním týmu, aby hledal jiné řešení, jak potřebné léky pro umírajícího obstarat.

Lze tedy konstatovat, že překážkou pro integraci zdravotních a sociálních služeb je neochota vedení organizací poskytovat paliativní péči. Ostatní výše zmíněné faktory, které mají vliv na poskytování paliativní péče, které jsem ve své diplomové práci zmiňovala, jsou do určité míry ovlivnitelné tak, aby k nastolení vzájemné spolupráce mezi domovy pro seniory a paliativním týmem mohlo dojít. Z tohoto důvodu by se dalo říci, že tyto ostatní faktory jsou možnostmi pro úspěšnou integraci zdravotních a sociálních služeb.

Analýza rozhovorů ohniskových skupin potvrzuje i výsledky některých výzkumů a studií, které jsem zmiňovala v kapitole 5. Například na komunikaci mezi personálem v závěru své práce upozornila Štegmannová (2012), která uvedla, že pro respondenty jejího výzkumu bylo důležité zlepšení týmové spolupráce, zlepšení komunikace mezi profesemi a předávání informací mezi pracovníky. Štegmannová rovněž zmínila, že respondenti jejího výzkumu považovali za důležité vzdělávání a zdokonalování v oblasti poskytování

péče. O nutnosti předávání informací mezi pracovníky se zmiňovala také Wickee a kol. (2004), která považuje za nutné pravidelné setkávání členů pečujícího týmu a jejich vzájemnou komunikaci za důležitý krok k předávání informací. Rovněž je podstatné pochopení vzájemných rolí jednotlivých členů týmů, které mohou být z pohledů členů pečujících týmů různě chápány. K tomuto závěru došli například Jones a kol. (2013) a Hudson (2002). Jedná se tedy o to, aby skutečně všechny profese zastoupené v multidisciplinárním týmu byly jasně vymezené a při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci byly chápány v souvislosti s jejich posláním a rolí. Na význam práce sociálních pracovníků, která má dopad na kvalitu života klientů sociálních služeb, upozornil Golden (2011). Havrdová a Šafr (2010) zmiňovali významný podíl vedení organizace vzhledem k přístupu svých zaměstnanců ke klientům. Podporu zaměstnanců podílejících se na přímé péči jako jeden z kroků nastolení úspěšné spolupráce organizací podílejících se na integraci zdravotních a sociálních služeb zmiňoval Glendinning (2003).

V případě porovnání výsledků analýzy rozhovorů s respondenty ohniskových skupin s modelem interprofesionální péče podle Bronstein (2003), která definovala faktory ovlivňující vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, je patrné, že mnou prezentovaný graf č. 2 se od modelu Bronstein lišil v tom smyslu, že jsem se ve své diplomové práci zaměřila na definování faktorů ovlivňujících péči o klienta v terminálním stádiu nemoci z pohledu poskytovatelů přímé péče, jejichž cílem je poskytování péče, zatímco Bronstein se zaměřila na vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu. Nicméně se dá konstatovat, že mnou uvedené vzájemné vztahy mezi jednotlivými komponenty sdílené péče se v zásadě od modelu Bronstein nelišily, jen jsem některé její komponenty více definovala a našla mezi nimi souvislosti a dále jsem formulovala nové faktory ovlivňující vzájemnou spolupráci, které Bronstein ve své práci nedefinovala.

8 Doporučení pro zavedení paliativní péče v domovech pro seniory

Cílem této kapitoly je sestavit plán možných rizik při zavádění paliativní péče do domovů pro seniory, a to s ohledem na výsledky analýzy rozhovorů ohniskových skupin. Plán rizik má být návodem pro vedení domovů pro seniory, které by zvažovalo možnost zavedení paliativní péče ve své organizaci.

Pro vedení organizací je potřeba si uvědomit, že zavedení paliativní péče v jejich organizaci s sebou přinese změnu ve smyslu jiné, svým způsobem specifické a náročnější péče o klienty. Kotter (2000) uvádí, že jakákoliv změna je provázena následky, kdy je potřeba počítat s odporem a neochotou lidí přizpůsobit se jiným podmínkám. Z tohoto důvodu je pro vedení organizací důležité, aby si před samotným zavedením paliativní péče stanovilo možná rizika, která v případě, že jim nebudou předcházet, budou mít negativní dopad na možné zavedení paliativní péče.

Pro vedení organizací je důležité

1. Definovat opatření, která jsou pro zavedení paliativní péče nezbytná
 - a. Právní ošetření spolupráce s paliativním týmem
 - b. Sepsání standardů
 - c. Sepsání pravidel poskytování paliativní péče
 - d. Stanovení standardů kvality poskytované paliativní péče
 - e. Zajištění prostor pro poskytování paliativní péče
 - f. Zajištění potřebného vybavení pro poskytování paliativní péče
2. Definovat faktory, které mohou zavedení paliativní péče podporovat
 - a. Podpora ze strany vedoucích jednotlivých úseků organizace
 - b. Zaměstnanci, kteří jsou nakloněni zavedení paliativní péče

- c. Vědomí zaměstnanců, že paliativní péče je důležitá pro klienty v terminálním stádiu nemoci
3. Definovat faktory, které mohou zavedení paliativní péče bránit
- a. Odpor zaměstnanců nesouhlasících se zavedením paliativní péče
 - b. Špatná komunikace mezi zaměstnanci
 - c. Špatná komunikace mezi zaměstnanci a vedením
 - d. Obavy personálu z poskytování paliativní péče
 - e. Nedostatečné vědomosti a zkušenosti personálu s paliativní péčí
 - f. Problematické chování rodiny klienta
 - g. Neochota praktického lékaře podílet se na paliativní péči
 - h. Stanovení omezení výdajů ze strany zdravotních pojišťoven

Plán rizik

Plán rizik, který jsem sestavila na základě analýzy výzkumu a studia odborné literatury, charakterizuje možné faktory, které mohou zabránit zavedení paliativní péče a způsob jejich předcházení.

Tabulka č. 4 Plán rizik; zdroj autorka

Riziko	Příčiny rizika	Případný dopad rizika	Způsob předcházení
Odpor ze strany zaměstnanců	Neochota přizpůsobit se změně, špatná zkušenost s poskytováním paliativní péče	Pomalé zavedení paliativní péče, neúspěšné zavedení paliativní péče	Rozhovory se zaměstnanci, poukázání na důležitost paliativní péče, průběžné pohovory v průběhu zavádění paliativní péče
Špatná komunikace mezi zaměstnanci	Špatně nastavená komunikace mezi zaměstnanci, neúplné předávání informací	Zaměstnanci nemají dostatek informací o klientech, zaměstnanci neposkytují správnou	Nastavení pravidel komunikace, nastavení pravidel předávání informací

		péči	
Špatná komunikace mezi zaměstnanci a vedením	Vedení nedostatečně informuje zaměstnance o průběhu paliativní péče, vedení nepodporuje zaměstnance při péči o umírající	Zaměstnanci nemají dostatek informací o tom, jak paliativní péče probíhá, zaměstnanci si nejsou jisti, zda provádějí paliativní péči správně	Rozhovory vedené se zaměstnanci, poskytování zpětné vazby zaměstnancům ohledně jejich práce, podpora zaměstnanců a jejich práce v rámci supervize
Obavy personálu z poskytování paliativní péče	Personál má málo zkušeností s péčí o umírající klienty, personál si není jistý svými kompetencemi, personál nemá možnost konzultovat své obavy	Personál odmítá poskytovat paliativní péči, personál poskytuje paliativní péči špatně, personál odmítá provádět komplikované úkony	Zajistit dostatek informací ohledně paliativní péče, seznámit personál s jeho kompetencemi, zajistit kontaktní osobu pro zodpovězení případných dotazů
Nedostatečné vědomosti a zkušenosti personálu s paliativní péčí	Personál má málo zkušeností s péčí o umírající klienty, personál není vzdělaný v oblasti paliativní péče	Personál si není jistý při poskytování paliativní péče	Účast personálu na školeních, kurzech, seminářích, konferencích zaměřených na poskytování paliativní péče. Účast personálu na stážích v zařízeních hospicového typu. Dostatek dostupné literatury týkající se paliativní péče
Problematické chování rodiny klienta	Rodina klienta není dostatečně seznámena s problematikou paliativní péče, rodina klienta nemá od personálu dostatek informací ohledně poskytované péče, rodina klienta prožívá chvíle smutku	Rodina klienta obviňuje personál ze špatně poskytované péče, rodina klienta svým jednáním znesnadňuje práci personálu	Na samém začátku poskytované péče seznámit rodinu klienta s paliativní péčí, poskytnout rodině klienta dostatek prostoru pro dotazy, v průběhu péče být rodině klienta k dispozici a zodpovídat jejich dotazy, v případě konfliktů se obrátit na externího odborníka – etická komise
Neochota praktického lékaře podílet se na paliativní péči	Praktický lékař nemá dostatek informací o paliativní péči, praktický lékař neuznává paliativní péči jako medicínský obor, praktický lékař odmítá předepisovat potřebné léky	Paliativní tým nemá potřebné léky pro klienta, paliativní tým nemá oporu v praktickém lékaři, paliativní tým má ztíženou možnost pečovat o umírajícího	Přesvědčit praktického lékaře ke spolupráci, účast lékaře na vzdělávací akci s tematikou paliativní péče, hledat náhradního lékaře, který bude mít možnost předepisovat potřebné léky

Definice opatření, faktorů, které by mohly zavedení paliativní péče ovlivňovat, a plán rizik tak, jak jsem jej sestavila, jsou pro vedení organizací informativní a rozhodně každé vedení organizace si tyto definice a plán rizik musí modifikovat podle svého vlastního uvážení a zhodnocení možných faktorů, které by mohly zavedení paliativní péče v jejich zařízení podporovat nebo mu bránit.

9 Závěr

Integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienta s nevléčitelnou nemocí je téma, které je diskutované v odborných kruzích jak v ČR, tak i ve světě. Teoretickou část své diplomové práce jsem věnovala definicím stárnutí a stáří a zároveň zdravotním a sociálním aspektům, které jsou se stářím a stárnutím spojené. V souvislosti se zdravotními a sociálními aspekty, jež jsou se stářím spojeny, jsem se vymezila vůči zákonům a vyhláškám ČR, které se týkají zdravotní a sociální problematiky. Rovněž jsem se zaměřila na statistiku dat ohledně vývoje a procentuálního zastoupení obyvatel starších 65 let v naší populaci do roku 2050, kdy je patrná rostoucí tendence zastoupení těchto obyvatel v naší populaci. Součástí teoretické části je také přehled počtu úmrtí podle místa úmrtí v letech 2007 až 2013, ze kterého je patrné, že stále velké procento populace umírá ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, zatímco počet úmrtí v pobytových sociálních službách je stále nízký a mezi roky 2007 a 2013 nedošlo k zásadnímu nárůstu počtu úmrtí v těchto zařízeních. V souvislosti s tímto jsem v teoretické části popsala principy paliativní péče a role jednotlivých členů multiprofesního týmu podílejícího se na péči o terminálně nemocné pacienty, kdy zásadní pro fungování multiprofesního týmu je vzájemná spolupráce a komunikace mezi jednotlivými členy týmu, jejich podpora a vzdělávání. V poslední kapitole teoretické části své diplomové práce jsem se zabývala pohledem na integraci zdravotní a sociální péče v ČR a ve světě, kdy jsem předložila a analyzovala dostupné výzkumy, které byly uskutečněny jak v ČR, tak i ve světě a které byla teoreticko-metodologickým východiskem k empirické části mé diplomové práce.

V empirické části své diplomové práce jsem hledala odpovědi na výzkumné otázky: „Jaké jsou možnosti integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí? Jaké jsou překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí?“ K objasnění této problematiky a zodpovězení výzkumných otázek jsem v empirické části své diplomové práce zvolila kvalitativní výzkumný design, kdy jsem na základě analýzy rozhovorů uskutečněných v rámci ohniskových skupin definovala jednotlivé aspekty, které byly respondenty při vzájemných rozhovorech zmiňovány a které mohou být jak možnostmi, tak i překážkami pro vzájemnou integraci zdravotních a sociálních služeb při péči o klienta v terminálním stádiu nemoci v domovech pro seniory.

Jak jsem již uvedla v úvodu empirické části své diplomové práce, já sama jsem se nepodílela na přípravě ani na samotné realizaci ohniskových skupin, které byly uskutečněny v rámci projektu „Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory“. Výzkumníkům podílejících se na tomto projektu jsem pouze předala kapitolu své diplomové práce, která je věnována problematice integrace zdravotní a sociální péče v ČR a ve světě. Následně jsem od výzkumníků obdržela přepisy jednotlivých rozhovorů, které jsem analyzovala. Z tohoto důvodu jsem při analýze rozhovorů narážela na fakt, že občas nebylo zřejmé, který z účastněných respondentů právě hovoří, a proto jsem při analýze rozhovorů ne vždy mohla přesně definovat respondenta, jehož výpověď jsem doslovně přepisovala nebo na ni upozorňovala.

S ohledem na definované aspekty, které ovlivňují zavedení paliativní péče v domovech pro seniory, kdy o terminálně nemocného klienta pečuje personál domova pro seniory na jedné straně a mobilní paliativní tým na druhé straně, jsem v závěru své diplomové práce navrhla doporučení pro vedení domovů pro seniory, které by chtělo paliativní péči o své klienty v terminálním stádiu nemoci zavést do praxe, a zároveň jsem sestavila plán rizik a nastínila možnosti, jak jednotlivým rizikům předcházet.

Literatura

1. *Active Ageing. A Policy Framework*. 2002. World Health Organization.
2. Armstrong, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing.
3. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky o.s. 2010. *Komparace sociálních služeb péče o seniory* [online]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 15. 6. 2015]. Dostupné z:
http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf.
4. Bronstein, L. Laura. 2003. *A Model for Interdisciplinary Collaboration*. *Social Work*, 48 (3), s. 297 – 306.
5. Čermáková, Kristýna. 2009. *Možnosti integrace zdravotní a sociální péče: analýza institutu sociálně zdravotního lůžka v ČR*. Disertační práce. Praha: Fakulta sociálních věd UK
6. Český statistický úřad [online]. [cit. 20. 6. 2015]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/katalog-produktu>.
7. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členských státům. 2004. *O organizaci paliativní péče* [online]. Cesta domů [cit. 2. 11. 2015]. Dostupné z:
<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=AqG4xhuJVec%3D&tabid=1709>.
8. Dragomirecká, Eva. 2007. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce. Filosofická fakulty UK.
9. Duková, Ivana, Martin Duka, Ivanka Kohoutová. 2013. *Sociální politika*. Praha: Grada Publishing.
10. Dvořáčková, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing.
11. *Encyklopedický slovník*. 1993. Praha: Odeon.
12. Glendinning, Caroline. 2003. *Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England*. *Health Policy*, 65, s. 139 – 151.
13. Golden, L. Robyn. 2011. *Coordination, Integration, and Collaboration: A clear Path for Social Work in Health Care Reform*. *Health and Social Work*, 36 (3), s. 227 – 228.
14. Hamilton, Stuart Ian. 2006. *The Psychology of Ageing*. Jessica Kingsley Publishers.

15. Haškovcová, Helena. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén.
16. Haškovcová, Helena. 2007. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
17. Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
18. Havrdová, Zuzana, Martin Hajný et al. 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén.
19. Havrdová Zuzana, Jiří Šafr. 2010. *Kongruence v hodnotách jako ukazatel vztahů v péči o seniory*. In Havrdová Zuzana a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.
20. Hawkins, Peter, Robin Shohet. 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
21. Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
22. Holmerová, Iva, Božena Jurášková, Květa Zikmundová a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, s.r.o.
23. Hradcová Dana, Iva Holmerová, Martina Mátlová, Hana Vaňková. 2013. *Gerontologická a organizační supervize – odborná podpora a organizační supervize v zařízeních pro seniory zřizovaných Jihomoravským krajem* [online]. Geriatrie a gerontologie [cit. 15. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/GOS.pdf>.
24. Hrozenská, Martina, Dagmar Dvořáčková. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
25. Hudson, Bob. 2002. *Interprofessionality in health and social care: the Achilles' heel of partnership?* Journal of Interprofessional Care, 16 (1), s. 7 – 17.
26. Ivanová Kateřina, Naděžda Špatenková, Radka Bužgová. 2010. *Rizikovní senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace*. Sociologica adragogica 2009. Univerzita Palackého v Olomouci.
27. Janečková, Hana, Milena Johnová, Jan Strnad. 2013. *Analýza dalších problémových oblastí zdravotně-sociální péče* [online]. MPSV ČR [cit. 16. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/025/002858.pdf?seek=1403074053>.

28. Jarkovská, Olga, Ladislav Kabelka, Marta Štěpánová. 2011. *Sociální problematika v paliativní péči*. In Sláma, Ondřej, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
29. Jirásková, Miroslava, Jitka Tomanová. 2011. *Vybrané kapitoly ze sociální politiky* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 27. 12. 2015]. Dostupné z: http://www.pdf.upol.cz/fileadmin/user_upload/PdF-katedry/KAZ/FRVS/09_Studijni_opora_17_1_2012.pdf
30. Jones, Ray, Sadiq M. Bhanbhro, Robert Grant, Rick Hood. 2013. *The definition and deployment of differential core professional competencies and characteristics in multiprofessional health and social care teams*. *Health and Social Care*, 21 (1), s. 47 – 58.
31. Kabelka, Ladislav, Ondřej Sláma. *Zásady komunikace v paliativní medicíně*. In Sláma, Ondřej, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
32. Kahoun, Vilém a kol. 2009. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. Praha: Triton.
33. Kalvach, Zdeněk a kol. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů.
34. Kalvach, Zdeněk, Rostislav Čevela, Libuše Čeledová. 2014. *Stárnutí a stáří v současném světě*. In Čevela, Rostislav, Libuše Čeledová, Zdeněk Kalvach, Jan Holčík, Pavel Kubů. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing.
35. Klein, Hans-Michael, Albrecht Kresse. 2008. *Psychologie – základ úspěchu v práci*. Praha: Grada Publishing.
36. Kolář, Zdeněk a kol. 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky*. Praha: Grada Publishing.
37. Kotter, P, John. 2000. *Vedení procesu změny*. Praha: Management Press.
38. Křivohlavý, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
39. Leichsenring, Kai. 2004. *Developing integrated health and social care services for older persons in Europe*. *International Journal of Integrated Care*, 4, s. 1 – 15.
40. Marková, Alžběta a kol. 2009. *Hospic do kapsy*. Praha: Hospicové občanské sdružení.

41. Marková, Monika. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing.
42. Matoušek, Oldřich a kol. 2011. *Sociální služby*. Praha: Portál.
43. Misconiová, Blanka, Ladislav Průša, Helena Vostrovská. 2003. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče* [online]. [cit. 10. 6. 2015]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/intpec.pdf>.
44. Murray, Christopher, J. L. 1994. *Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years* [online]. WHO Bulletin. Vol. 72, s. 429 – 445 [cit. 16. 6. 2015]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/52181/1/bulletin_1994_72%283%29_429-445.pdf?ua=1.
45. Murray, Christopher, J. L., Theo Vos, Rafael Lozano a kol. 2012. *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. The Lancet. Vol. 380, s. 2197 – 2223.
46. Mur-Veeman, Ingrid, Arno van Raak, Aggie Paulus. 2008. *Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter?* Health Policy, 85, s. 172 – 183.
47. *Neumíráme tam, kde si přejeme* [online]. 2011. STEM/MARK [cit. 25. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006113.pdf>.
48. Novotný, Tomáš. 2014. *Kvalita zdravotně sociální péče je reálným cílem* [online]. Medical Tribune 24/2014 [cit. 16. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/34470>.
49. Prokop, Jiří M., Ladislav Kabelka. 2011. *Duchovní služba u nevléčitelně nemocných*. In Sláma, Ondřej, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
50. Průša, Ladislav a kol. 2009. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. VÚPSV Praha.
51. Raak, Arno, Aggie Paulus, Ingrid Mur-Veeman. 2005. *Why do health and social care providers co-operate?* Health Policy 74, s. 13 – 23.

52. Radbruch, Lukas, Sheila Payne a kol. 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny [cit. 27. 8. 2015]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3D&tabid=736>.
53. Rohanová Eva. 2007. *Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách*. In Holmerová Iva, Božena Jurášková, Květa Zikmundová a kol. *Vybrané kapitoly s gerontologie*. Praha: EV public relations, s.r.o.
54. Sedláček, Martin. 2007. *Ohniskové skupiny a skupinový rozhovor*. In Švaříček, Roman, Klára Šedřová a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
55. Sedlářová, Katarina. 2015. *Rozhovory s řediteli hospiců*. In Tomeš, Igor, Eva Dragomirecká, Katarina Sedlářová, Daniela Vodáčková. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum.
56. Sláma, Ondřej, Ladislav Kabelka, Jiří Vorlíček et al. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
57. Sláma, Ondřej, Martina Špinková, Ladislav Kabelka. 2013. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. Česká společnost paliativní medicíny [cit. 21. 9. 2015]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf.
58. *Slovník pojmů* [online]. [cit. 2. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>.
59. Strauss, Anselm, Juliet Corbinová. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
60. Svatošová, Marie. 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
61. Svatošová, Marie. 2010. *Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. In Matoušek, Oldřich, Jana Kolářková, Pavla Kodymová eds. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
62. Špinková, Martina, Štěpán Špinka, Marie Goldmannová, Ondřej Sláma, Ladislav Kabelka. 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Hospicové sdružení Cesta domů.

63. Štegmannová Ingrid, Jiří Šafr, Zuzana Havrdová. 2011. *Organizační kultura a kvalita péče*. In Havrdová, Zuzana, Olga Šmídová, Jiří Šafr, Ingrid Štegmannová a kol. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.
64. Štegmannová, Ingrid. 2012. *Zavádění standardů kvality v pobytových zařízeních pro seniory – etické aspekty*. Dizertační práce. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.
65. Švaříček, Roman, Klára Šed'ová. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
66. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2008. *Zdravotnická ročenka České republiky 2007* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 8. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>.
67. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2008. *Zemřelí 2007* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 12. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>.
68. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 8. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>.
69. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2015. *Zemřelí 2013* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 14. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>.
70. Vidovičová, Lucie, Ladislav Rabušic. 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. VÚPSV Praha, výzkumné centrum Brno.
71. Vohralíková, Lenka, Ladislav Rabušic. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. VÚPSV Praha, výzkumné centrum Brno.
72. Vokurka, Martin, Jan Hugo a kol. 2004. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
73. Weber, Pavel. 2010. *Elderly Patients with Multi-Morbidity, Frailty and Geriatric Syndromes*. Nova Science Publishers, Inc.

74. Wicke, Dorothy, Richard Coppin, Sheila Payne. 2004. *Teamworking in nursing homes*. Journal of Advanced Nursing, 45 (2), s. 197 – 204.

Zákony a vyhlášky

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 361/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikačních kurzů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DALY	Disability – adusted life year
DNZS	Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
ELNEC	End of Life Nursing Education Consortium
GOS	Gerontologická a organizační supervize
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1	Vývoj počtu obyvatel ČR	str. 19
Tabulka č. 2	Struktura zemřelých	str. 27
Tabulka č. 3	Rozdíly v systému zdravotních a sociálních služeb	str. 38
Tabulka č. 4	Plán rizik	str. 92
Graf č. 1	Vývoj počtu obyvatel ČR	str. 19
Graf č. 2	Komponenty vzájemné spolupráce	str. 45
Graf č. 3	Vlivy jednotlivých faktorů	str. 87

Seznam příloh

Příloha č. 1	Projekt diplomové práce
--------------	-------------------------

Příloha č. 1 Projekt diplomové práce

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

**Katedra řízení a supervize v sociálních
a zdravotnických organizacích**



**Integrace zdravotních a sociálních služeb pro
pacienty s nevyléčitelnou nemocí**

Projekt diplomové práce

Bc. Vladimíra Dostálová, DiS

ID 421486

Imatrikulační ročník: 2013

Formulace a vstupní diskuze

Otázka důstojného umírání a smrti je v současné době značně diskutovaná. V případě terminálního stavu onemocnění pacienta považuji za důležité zachovat veškeré atributy lidství s ohledem na situaci nemocného. Mezi tyto atributy mimo jiné patří právě důstojné dožití. Zároveň je na místě brát ohled na základní lidské potřeby ve smyslu bio, psycho, sociální a spirituální a tyto potřeby bez výjimky zachovat.

V České republice je v současné době zajištěna pomoc umírajícím a jejich rodinám prostřednictvím paliativní péče, která je poskytována v rámci lůžkových hospiců nebo v rámci domácí hospicové péče. Domácí hospicová péče je považována za velmi důležitou a přínosnou, neboť nemocný v terminálním stádiu má možnost poslední dny svého života strávit ve svém prostředí, obklopen svými nejbližšími. Unikátním projektem poskytování domácí hospicové péče je projekt Domov pod střechou, který je realizován Hospicovým sdružením Cesta domů ve spolupráci s Centrem sociálních služeb Prahy 2. Tato spolupráce začala na jaře roku 2012.

Jelikož k zajištění péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci je zapotřebí multidisciplinární tým, jehož členy jsou lékaři specialista v oboru paliativní medicíny, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psycholog, pastorační pracovník a dobrovolníci, je zřejmé, že každá z těchto profesí přináší do vzájemné spolupráce jiné pohledy na danou problematiku, které vycházejí z jejich profesního zaměření. V rámci domácí hospicové péče a lůžkové hospicové péče tvoří jednotliví členové multidisciplinárního týmu jeden tým pracující pro stejnou organizaci. V rámci projektu Domov pod střechou dochází ke vzájemné spolupráci Centra poskytovatele sociálních služeb Prahy 2 a Hospicovým sdružením Cesta domů. Z výše uvedeného je patrné, že členy týmu jsou dvě odlišné organizace.

Z tohoto důvodu se chci ve své diplomové práci zaměřit na problematiku integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty v terminálním stádiu nemoci.

Cílem mé diplomové práce je zjistit možnosti a překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí. Cílovou skupinou budou zaměstnanci Centra sociálních služeb Prahy 2 pracující v rámci projektu Domov pod střechou. Ve výzkumné části mé diplomové práce se tedy zaměřím pouze na poskytovatele sociálních služeb.

Problematikou integrace zdravotních a sociálních služeb se zabývala Havrdová et al. (2010) v publikaci *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, kde je poukázováno na to, že zdravotní péče je spíše zaměřena na celkové uspokojování potřeb člověka s ohledem na kvalitu života, která vede k uzdravení nebo ke zmírnění psychického a fyzického utrpení umírajícího, zatímco pracovníci v sociální oblasti jsou spíše zaměřeni na uspokojení lidských potřeb a rozvinutí lidských možností. Dále je zde poukázáno na nutnost propojení obou profesí, aby byla co nejvíce zachována autonomie nemocného, přičemž ne vždy se obě tyto profese ve svých postojích shodují.

Existuje řada zahraničních studií poukazujících rovněž na potřebu vzájemné integrace zdravotních a sociálních služeb a na to, jak tyto služby vzájemně spolupracují (R.L. Golden, 2011). Také jsou dostupné studie, které zabývají integrací v péči o dementní (I. Mur-Veeman, et al., 2008) či staré (C. Gendinnig, 2003) lidi.

Rovněž byla asociací EAPC (European Association for Palliative Care) v letech 2010 – 2012 zpracována rozsáhlá studie stavu paliativní péče ve třinácti zemích Evropy. Jednou z částí této studie je i analýza typů zařízení poskytujících péči o terminálně nemocné pacienty, kde je patrné, že v některých zúčastněných státech je poskytována paliativní péče v rámci sociálních zařízení podobně, jak je tomu v případě projektu Domov pod Střechou. Do této studie nebyly zahrnuty žádné postkomunistické státy.

V České republice se integrací zdravotní a sociální péče věnovala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky o.s., která byla zadavatelem Komparační studie (2010), kdy byla provedena komparace stavu integrace této péče v ČR a na Islandu. Závěr zprávy je věnován možným návrhům a doporučením a rovněž možné legislativní úpravě.

Teoreticko – metodologické východisko

Cílem mé diplomové práce je zjistit možnosti a překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí. Na základě tohoto cíle jsem formulovala následující výzkumné otázky.

VO1. Jaké jsou možnosti integrace zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí?

VO2. Jaké jsou překážky pro integraci zdravotních a sociálních služeb pro pacienty s nevléčitelnou nemocí?

Popis výběru výzkumného vzorku

K dosažení cíle mé diplomové práce a k zodpovězení výzkumných otázek jsem, jako výzkumný vzorek, zvolila zaměstnance Centra sociálních služeb Prahy 2, kteří se podílejí na činnosti projektu Domov pod střechou a tedy péče o nevléčitelně nemocné pacienty.

Výzkumné metody

Pro zodpovězení výzkumných otázek jsem zvolila kvalitativní výzkumný design.

Jednou z metod sběru dat v kvalitativním výzkumu jsou hloubkové rozhovory. Jedním z takovýchto rozhovorů je polostrukturovaný rozhovor, kdy výzkumník vychází z předem připraveného seznamu otázek. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

V rámci výzkumné části mé diplomové práce uskutečním přibližně 6 polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty budou ředitelka Centra sociálních služeb, vedoucí pobytových služeb a zaměstnanci v přímé péči o terminálně nemocné pacienty. Rozhovory, které se zaměstnanci Centra sociálních služeb zrealizují, zanalyzují technikou zakotvené teorie.

Literatura

ČERMÁKOVÁ, K. *Možnosti integrace zdravotní a sociální péče*. Disertační práce. Praha: 2009

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanathologie*. Praha: Galén, 2007

HAVRDOVÁ, Z., et al. *Hodnoty v prostředí zdravotních a sociálních služeb*. Praha: ERMAT, 2010

FROGGATT, K., at al. *Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People. Report*[online]. European Association for Palliative Care. [cit. 10. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf

GLENDINNING, C. Braking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy* 65 (2): 139 – 151.

GOLDEN, R. L. Coordination, Integration, and Collaboration: A Clear Path for Social Work in Health Care Reform. *Health and Social Work* 36 (3): 227 – 228.

Komparace služeb sociální péče o seniory. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky [online]. [cit. 10. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002

MUR-VEEMAN, I., et al. Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy* 85 (2): 172 – 183.

RADBRUCH, L., et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči [online]. [cit 25. 10. 2014]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/013/001488.pdf>

ŠVARŤÍČEK, R., et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007