

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra Sociální práce

Bakalářská práce

Mgr. Karolína Vlčková

Role sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici

The role of social worker in palliative team in hospital setting

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr., Eva Dragomirecká, Ph.D

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce, PhDr. Evě Dragomirecké Ph.D, za vedení této práce, kritické čtení textu, cenné rady a připomínky a také za její vstřícnost. Děkuji také za konzultace PhDr. Martinu Loučkovi, Ph.D. Za korekturu textu a pomoc a podporu během celého studia děkuji Mgr. Anně Šujanové a JUDr. Janě Horákové. A v neposlední řadě velice děkuji všem respondentkám za jejich ochotu účastnit se výzkumu a za jejich otevřenost.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 24. července 2019

Mgr. Karolína Vlčková

Klíčová slova (česky)

Paliativní péče; nemocnice; sociální pracovník; multidisciplinární tým

Klíčová slova (anglicky):

Palliative care; hospital; social worker; multidisciplinary team

Abstrakt (česky):

Bakalářská práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici. V teoretické části je vysvětleno, co je to paliativní péče, kde je poskytována a jakou roli v ní má sociální práce. Praktická část se zabývá výsledky z polostrukturovaných rozhovorů s osmi sociálními pracovníky, kteří působí v paliativních týmech v nemocnicích. Metodou tematické analýzy bylo identifikováno šest oblastí, které tvoří náplň práce těchto sociálních pracovníků. Patří mezi ně: empatický přístup, mapování situace, poskytování podpory, poradenství, sdílení informací, zajištění psychosociálních potřeb. Tyto činnosti byly následně srovnány s modelem kompetencí sociálního pracovníka v paliativní péči, který vytvořila EAPC. Bylo zjištěno, že činnosti vykonávané českými sociálními pracovníky se ve většině shodují s modelem kompetencí od EAPC, avšak čeští sociální pracovníci se nezabývají hodnocením poskytované péče, ani vědou či výzkumem. Oproti svým zahraničním kolegům poskytují více praktické pomoci v podobě zajištění žádosti do hospice či zařízení agentury domácí péče.

Abstract (in English):

The bachelor thesis is focused on the role of social worker in palliative care team in hospital setting. In the theoretical part, there is an explanation of the term palliative care and the place of this care and the role of social work within it. The practical part of this bachelor thesis deals with the results from semi-structured interviews with eight social workers from palliative care teams in hospitals. Using thematic analysis we identified six topics which cover job description of these social workers. It consists of: empathetic attitude, assessment of situation, providing support, counselling, sharing information, covering psychosocial needs. This description was compared with model of competencies for palliative care social worker created by EAPC. It was found that activities done by Czech social workers are mostly the same as model of competencies from EAPC, however, Czech social workers do not evaluate provided care and do not participate in research and education. Against their foreign colleagues they provide more practical help like arranging the application to hospice or home care assistance.

OBSAH

1	ÚVOD	1
	TEORETICKÁ ČÁST	2
2	PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ FORMY	2
2.1	DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE	2
2.2	PRÍNOSY PALIATIVNÍ PÉČE	3
2.3	POSKYTOVANÁ PÉČE	4
2.4	MULTIDISCIPLINARITA	6
2.5	FORMY POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE	7
2.5.1	<i>Paliativní přístup</i>	7
2.5.2	<i>Obecná paliativní péče</i>	8
2.5.3	<i>Specializovaná paliativní péče</i>	8
2.5.4	<i>Hospic</i>	9
2.5.5	<i>Nemocnice</i>	10
3	SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ PÉČI	12
3.1	ANALÝZA PRACOVNÍ ČINNOSTI	13
3.2	KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PALIATIVNÍ PÉČI	15
3.3	SPECIFIKA PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNIČNÍ PALIATIVNÍ PÉČI	17
	PRAKTICKÁ ČÁST	19
4	CÍL VÝZKUMU	19
5	METODA	21
6	SOUBOR A SBĚR DAT	23
7	ANALÝZA	25
8	VÝSLEDKY	26
8.1	FUNGOVÁNÍ PALIATIVNÍHO TÝMU	26
8.2	ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	27

8.3	MODEL ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	33
8.4	HŘANICE PROFESE	36
8.5	DALŠÍ TÉMATA	37
8.6	SROVNÁNÍ DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ S KOMPETENCEMI DLE EAPC.....	38
9	DISKUSE.....	42
9.1	LIMITY.....	45
10	ZÁVĚR.....	46
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	47
12	SEZNAM OBRÁZKŮ:.....	53
13	SEZNAM TABULEK:.....	54
14	SEZNAM ZKRATEK:	55
	PŘÍLOHA 1 – SCÉNÁŘ ROZHOVORU.....	I
	PŘÍLOHA 2 – INFORMOVANÝ SOUHLAS.....	II

Předmluva

Tato práce se zabývá rolí sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici, což je téma, které mě zajímá, protože pracuji na pozici výzkumného pracovníka v Centru paliativní péče. Zároveň je to také téma vysoce aktuální, neboť paliativní týmy v českých nemocnicích se v současné době ustanovují a rozvíjí svou činnost.

Teoretická část této práce se věnuje vysvětlení pojmu paliativní péče a jsou zde také uvedeny příklady toho, v čem je pro pacienty a rodinu přínosná. Dále se také zabývá tím, kde je paliativní péče poskytována a co v rámci této péče zajišťuje sociální pracovník.

V praktické části této práce jsme realizovali polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky působícími v nemocničních paliativní týmech a metodou tematické analýzy jsme vytvořili model popisující jednotlivé oblasti práce sociálního pracovníka.

V této práci je záměrně používáno slovo pacient, nikoliv klient, i když je používání tohoto termínu v sociální práci běžnější, avšak paliativní péče je poskytována v nemocničním prostředí, a z toho důvodu je v práci použit tento termín.

Všechny zdroje jsou citovány dle citační normy APA a všechny překlady cizojazyčné literatury jsou autorské.

1 Úvod

V posledních dvou stoletích se výrazně proměnily příčiny toho, proč lidé umírají. V rozvinutých zemích je nejčastější příčinou smrti některé z chronických onemocnění, během kterého pacienti umírají delší dobu na postupné selhávání organismu. Vedle toho se ale také změnilo to, kde umíráme a nejčastěji je tomu tak v nemocničních zařízeních. S tím souvisí pojem medicinalizace smrti, kterým je myšleno to, že smrt byla vytěsněna z domácností do nemocnice a z toho důvodu se stala pro většinu lidí neviditelnou.

V 60. letech minulého století začal být kritizován tento přístup k pacientům a začal být kladen důraz na celostní péči o pacienty. Tato změna paradigmatu je spojena především s rozvojem hospicové péče ve Velké Británii, odkud se tyto myšlenky rozšiřovaly dále. Za rozvojem moderního hospicové hnutí stojí zejména Cicely Saunders, která založila první moderní hospic sv. Kryštofa na předměstí Londýna, který funguje dodnes a slouží jako špičkové školící pracoviště. Pro inspiraci k rozvoji hospicové a paliativní péče jezdí do tohoto hospice lidé z celého světa. Brzy bylo ovšem zřejmé, že se hospice nemohou postarat o všechny umírající pacienty a že je třeba přenést hospicové myšlenky i do nemocnice a rozvíjet paliativní péči zejména v tomto prostředí.

Z výše uvedeného je patrné, že paliativní péče je velice mladý obor, který reaguje na proměny umírání. Tento přístup se snaží zejména o zachování co nejvyšší kvality života a o mírnění utrpení pacienta i jeho rodiny. Paliativní péče se snaží reagovat na všechny potřeby pacientů a z toho důvodu hrají sociální pracovníci velice důležitou roli v této oblasti.

Paliativní péče se dynamicky rozvíjí i v České republice, první hospic byl založen v polovině devadesátých let v Červeném Kostelci zásluhou Marie Svatošové. Další významný rozvoj této péče nastal díky finanční podpoře Nadačního fondu Avast. Momentálně se tato péče nejvíce rozvíjí v nemocnicích, a z toho důvodu je cílem této práce popsat roli sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici.

Teoretická část

2 Paliativní péče a její formy

2.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je komplexní péče, která je poskytována pacientům s život ohrožujícím onemocněním a také jejich blízkým (Kelley & Morrison, 2015; Radbruch & Payne, 2010). Zabývá se řešením závažných symptomů fyzické povahy jako je bolest nebo dušnost, ale také problémy sociální, psychologické či spirituální povahy (Kelley & Morrison, 2015). Hlavním cílem paliativní péče je udržení co nejvyšší kvality života pacienta s vážným onemocněním a také jeho blízkých (Kelley & Morrison, 2015). Kromě řešení symptomů se zabývá zjišťováním přání a potřeb pacienta a rodiny, podporuje a napomáhá v plánování další péče a podílí se na stanovení cílů další péče (Bernacki, Block, & American College of Physicians High Value Care Task Force, 2014). Marie Svatošová (zakladatelka prvního hospice v ČR) považuje za hlavní zásadu paliativní medicíny omezení invazivních zákroků a nedirektivní přístup respektující vůli pacienta (2010).

Podstatnou součástí paliativní péče je také péče o rodinu v době, kdy jejich blízký umírá, ale i v době truchlení (Svatošová, 2010). Paliativní péče tedy přináší pacientům mírnění jejich fyzických obtíží, psychickou podporu a respekt k jejich autonomii a důstojnosti (Sláma, Špinková, & Kabelka, 2013). Uplatňuje se tedy celostní přístup k péči o pacienta.

Poskytování paliativní péče má také významné benefity pro systém zdravotní péče, neboť snižuje u pacientů počet hospitalizací včetně snížení počtu hospitalizací na jednotce intenzivní péče (Tang et al., 2016), což je pro zdravotnický systém velice nákladná položka.

Vzhledem k rostoucí prevalenci chronických onemocnění by měla být paliativní péče dle rezoluce Světové zdravotnické organizace běžnou součástí zdravotního systému a etickým imperativem péče o pacienty (WHO, 2014). Délka trvání této péče může být několik dní až několik let v závislosti na typu onemocnění (Sláma, 2012). Vzhledem k pokrokům dnešní medicíny lze očekávat, že pacienti budou schopni žít s chronickým onemocněním delší dobu, a proto také jejich potřeba paliativní péče bude trvat delší časový úsek (Sláma, 2012).

Paliativní péče sice vznikla a primárně byla poskytována pacientům s onkologickým onemocněním, dnes je ale poskytována pacientům trpícím i mnoha dalšími chronickými onemocněními jako jsou: kardiovaskulární onemocnění, ledvinová selhání, Alzheimerova nemoc a jiné demence, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, revmatoidní artritida, diabetes, HIV a další (WHO, 2014).

Odhady ukazují, že paliativní péči potřebuje v posledním roce života 50 – 89% umírajících (Sláma, 2012), dle Světové zdravotnické organizace je těchto lidí na světě cca 20 miliónů (WHO, 2014). Pokud převedeme tato procenta na české poměry, odhaduje se, že v České republice potřebuje paliativní péči 50 – 90 000 pacientů (Sláma, 2012). Vzhledem k rostoucí prevalenci onemocnění, se kterými je potřeba paliativní péče spojena, by mělo dojít k její integraci do běžné péče a měla by být poskytována spolu s kurativní léčbou (WHO, 2014). Paliativní péče nemusí být poskytována až v okamžiku, kdy je ukončena kurativní léčba, jak je tomu zatím v mnoha zemích, ale může být poskytována vedle této léčby.

2.2 *Přínosy paliativní péče*

Paliativní péče je zaměřená na kvalitu života a snaží se postihnout nejen fyzické, ale i psychosociální a spirituální potřeby pacienta (WHO, 2014). Jedná se o mladý obor, který se dynamicky rozvíjí a pro jeho rozvoj je třeba neustále advokacie jeho potřebnosti. Musíme tedy vědět, jaké jsou její skutečné přínosy pro rodiny i pacienty.

Kavalieratos a jeho kolegové zjistili metodou systematické přehledové studie, že máme již dost dat dokazujících, že při poskytování paliativní péče jsou pacienti spokojenější s péčí, jejich kvalita života je vyšší a jejich blízcí pociťují menší zátěž spojenou s péčí (2016). Všechny studie zahrnuté do této přehledové studie byly randomizované klinické studie s kontrolní skupinou z toho důvodu, aby bylo možné považovat kauzalitu mezi měřenými symptomy a intervencí paliativního týmu za prokázanou (Kavalieratos et al., 2016).

Výše uvedené přínosy paliativní péče jsou skutečné funkční v případě, že je paliativní péče poskytována v modelu tzv. časně paliativní péče (Gaertner et al., 2017). Pokud je paliativní péče poskytována až v terminálním stádiu nemoci, efekt intervence je již velice nízký. Model časně paliativní péče je vhodný zejména v nemocničním prostředí, protože do hospicové péče se pacienti dostávají již v terminální fázi svého onemocnění, neboť medián péče je 15,5 dne (Cesta domů, 2017). Časná paliativní péče má pozitivní efekt na kvalitu života pacientů, délku dožití, depresivní a úzkostné symptomy, prožívání

blízkých a také na kontrolu fyzických symptomů, což platí nejen pro dospělé pacienty, ale i pro dětské paliativní pacienty a jejich rodiny (Hays et al., 2006; Higginson et al., 2014; Temel et al., 2010; Zimmermann et al., 2014).

2.3 Poskytovaná péče

Důležitým aspektem paliativní péče je její multidisciplinarita (Radbruch & Payne, 2010). Paliativní péče tedy neznamená pouze medicínskou péči, ale zakládá si na celostním přístupu k pacientovi (Sláma, 2012). Z toho důvodu je poskytována multidisciplinárním týmem, ve kterém jsou obvykle zastoupeny tyto odbornosti:

- Lékař se specializací na paliativní medicínu
- Zdravotní sestra
- Sociální pracovník (Marková, 2010).

A dále také psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, klinický farmaceut, pastorační pracovník. Za klíčové pracovníky jsou považováni lékaři a sestry s adekvátním vzděláním, následovány psychology, sociálními pracovníky a fyzioterapeuty (Radbruch & Payne, 2010). Ostatní profese nemusí být integrální součástí týmů, můžou být součástí pouze na částečný úvazek (Radbruch & Payne, 2010).

Paliativní tým poskytuje pacientům nejčastěji tyto úkony: management symptomů, vysvětlení pojmu paliativní péče a služeb paliativního týmu, podpora pro rodinné příslušníky, komunikace s ošetřujícím lékařem (Bischoff et al., 2018). Zhruba ve čtvrtině případů tento tým pacientům také napomáhá v porozumění prognóze i možnostem léčby a v plánování další péče (Bischoff et al., 2018). Tato data pochází ze studie prováděné v Kalifornii v USA, kde se tým skládá z lékaře, sestry, koordinátora péče a administrativního pracovníka (Bischoff et al., 2018). V České republice je péče poskytována týmem složeným z lékaře, sestry a sociálního pracovníka (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019). Pro české týmy zatím obdobná data ohledně jejich činnosti nemáme, budou ale dostupná z aktuálního ministerského projektu, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR (viz kapitola 2.5.5).

Aby bylo dosaženo uspokojení všech potřeb pacienta, má každý v týmu specifické úkoly podle své odbornosti. Při popisu náplně práce jednotlivých odborností vycházíme z amerického dokumentu, který vydává Národní koalice pro poskytování hospicové a paliativní péče, kde jsou jednotlivé pozice a jejich náplně jasně popsány a vymezeny. Doplnujeme popis i o některé české dokumenty, kde je velice dobře popsáno, co je

obsahem práce paliativního týmu, avšak náplň práce není jasně vymezena pro jednotlivé odbornosti. Přesto ji v některých případech lze dohledat.

Lékař se věnuje především vývoji onemocnění, prognóze a léčebným možnostem, navštěvuje pacienty a poskytuje konzultace zdravotním sestřám (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). Lékař je také zodpovědný za pravidelné hodnocení a léčbu tělesných symptomů (Sláma et al., 2013).

Sestra v paliativním týmu má za úkol monitoring symptomů nemoci a jejich léčbu ve spolupráci s lékařem, dále také zajištění vhodného a bezpečného prostředí (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019). Jejich důležitým úkolem je také koordinace péče (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019; National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018) a poskytování psychické, emocionální i sociální podpory nemocnému a jeho blízkým (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019). Dle amerických standardů je sestra zodpovědná za mapování pacientových potřeb (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018).

Sociální pracovník v paliativní péči se zabývá dynamikou rodiny a snaží se o mediaci v případě konfliktů (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). Svou pozornost věnuje rovněž identifikování pacientových zdrojů a jejich zpřístupňování (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). Dle českých standardů sociální pracovník identifikuje sociální a psychologické potřeby pacienta a je zodpovědný za plánování péče, poradenství a také podporu truchlící rodině (Sláma et al., 2013). Péče o truchlící je jednou z oblastí, která může být náplní práce i pro další povolání – např. pro psychologa či poradce pro pozůstalé (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019). Americké standardy očekávají, že sociální pracovník v paliativním týmu má znalosti a dovednosti pro práci s lidmi s duševním onemocněním a odesílá k psychologům či k psychiatrům komplikované případy (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). Z toho tedy vyplývá, že si dokáže poradit s některými projevy jako je úzkost či deprese. Na druhou stranu rodina i pacient ví, že cílem poskytované péče paliativním týmem je podpora během léčby, stanovování cílů péče, plánování péče a podpora v zármutku (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). Neměl by tedy očekávat např. komplexní psychologické vyšetření nebo dlouhodobou psychoterapii.

Role psychologa nebo psychoterapeuta v paliativním týmu je poměrně nezmapovaná, neboť jak již bylo řečeno, není považován za integrální součást paliativního týmu. V amerických týmech je psycholog přizván v případě potřeby ke spolupráci, není ovšem

součástí týmu (Bischoff et al., 2018; National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). V případě, že se hovoří o psychologických potřebách, jsou často dávány do souvislosti se sociálními potřebami (tzv. psychosociální potřeby), kde je zřejmě očekáváno, že tuto práci zastane sociální pracovník. Psycholog je třeba v případě obtížně zvládnutelných psychologických symptomů (Sláma et al., 2013). Novější český dokument uvádí, že psycholog hodnotí psychický stav, přítomnost a míru psychických symptomů a jevů, dále také mapuje potřeby pacienta a hledá prostor pro jejich naplnění (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019). Vedle toho věnuje pozornost také komunikaci v rodině a v případě potřeby poskytuje krizovou intervenci, edukaci a podporu (ČSPM & Fórum mobilních hospiců, 2019).

Kaplani se zabývají spirituálními potřebami pacientů a snaží se vyhovět požadavkům pacientů dle jejich víry (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018). Spirituální potřeby může mapovat i sociální pracovník (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018), neboť kaplani často nejsou integrální součástí paliativního týmu.

Z výše řečeného vidíme, že je zde významný překryv rolí, protože například mapování potřeb může být úkolem jak sestry, tak sociálního pracovníka, ale i psychologa. Psychickou podporu může poskytovat rovněž sociální pracovník i psycholog. Je pak na zvážení sociálního pracovníka, zda se domnívá, že má dostatečné kompetence na poskytnutí psychologické podpory a zvládnání některých psychických symptomů.

2.4 Multidisciplinarita

Práce v paliativním týmu je tedy velkou výzvou pro všechny zahrnuté profese (Reese & Sontag, 2001). Tým totiž musí spolupracovat, aby mohl zajistit veškerou péči a řešit potřeby pacienta i jeho rodiny (Oliver & Peck, 2006), zároveň se ale jednotlivé role překrývají, jak bylo ukázáno v kapitole 2.3.

Pro dobré fungování multidisciplinárního týmu je dle Bronsteinova modelu důležitá určitá míra nezávislosti každého člena a flexibility, neboť fungování v takovémto týmu vytváří pro každou profesi nové pracovní úkoly a někdy dochází k překrývání rolí v týmu (Bronstein, 2003). K tomuto překryvu v rolích může dojít nejen tedy proto, že některé úkoly patří do kompetence více profesí, ale často také proto, že pacient v péči paliativního týmu nerozlišuje, zda se ptá na prognózu lékaře nebo psychologa, protože může očekávat, že jsou oba schopni dotaz zodpovědět. Stejně tak rozhovor o strachu ze smrti může chtít vést se sociálním pracovníkem, sestrou i lékařem. Z toho důvodu se o paliativních týmech

říká, že fungují průřezově (*cross-functional team*), protože se jednotliví členové učí od sebe navzájem a jsou schopni se v některých situacích zastoupit a rychleji zareagovat na potřeby pacienta či rodiny (Crawford & Price, 2003).

Pro efektivní fungování multidisciplinárního týmu je nezbytné, aby všichni členové týmu sdíleli stejnou vizi o cílech péče a způsobech dosahování tohoto cíle (Bronstein, 2003). Proces dosahování cíle a fungování týmu by měl být také společně pravidelně reflektován v rámci intervizí a supervizí (Bronstein, 2003). Podstatná je rovněž role leadera nebo vedoucího týmu, který v českém kontextu zatím obvykle leží na vedoucím lékaři. Jenže lékař nemusí být automaticky dobrým leaderem, proto zahraniční zkušenosti ukazují i jiné modely (Crawford & Price, 2003).

Výzkum o fungování multidisciplinárního týmu z pohledu sociálního pracovníka ukázal, že stěžejním bodem je dobrá komunikace, která se netýká jen pacientů, ale je i neformální (Oliver & Peck, 2006). Díky neformální komunikaci se udržují i osobní vztahy, které jsou důležité pro fungování týmu (Oliver & Peck, 2006). Tyto závěry byly potvrzeny i v holandské studii, ve které byly realizovány rozhovory se všemi členy nemocničního paliativního týmu (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm, & Radbruch, 2007). Součástí dobré týmové komunikace by mělo být snadné předávání informací o pacientech i sdílení společné vize péče (Jünger et al., 2007).

Pro dobré fungování multidisciplinárního týmu jsou rovněž stěžejní pravidelná setkání a společné návštěvy u pacientů (Oliver & Peck, 2006). Přestože se tým shoduje na holistickém přístupu k pacientovi, řešení fyzických symptomů často převažuje a je tak velkým úkolem sociálních pracovníků, aby připomínali ostatním členům i psychosociální potřeby pacientů (Oliver & Peck, 2006). Tento bod tedy potvrzuje potřebnost zastoupení sociálního pracovníka v týmu a jeho jedinečnou a nezastupitelnou roli.

2.5 Formy poskytování paliativní péče

Paliativní péče může být poskytována na více úrovních podle komplexnosti potřeb pacienta nebo na základě toho, kdo danou péči poskytuje (Radbruch & Payne, 2010). Na základě těchto aspektů jsou stanoveny tři úrovně poskytování paliativní péče: Paliativní přístup, Obecná paliativní péče, Specializovaná paliativní péče (Radbruch & Payne, 2010).

2.5.1 Paliativní přístup

Paliativní přístup znamená integrování paliativních metod a procedur do péče o pacienty na odděleních nebo v zařízeních, které nejsou primárně určeny k poskytování

paliativní péče (Radbruch & Payne, 2010). Znamená to přijetí postupů na kontrolu bolesti a dalších symptomů, ale také komunikace s rodinou, pacientem a jejich podílení se na rozhodování o cílech péče a plánování další péče (Radbruch & Payne, 2010). Paliativní přístup by měl být vlastní všem zdravotníkům, avšak muselo by nejprve dojít k jeho integraci do základního vzdělávání lékařů a všech dalších souvisejících profesí (Radbruch & Payne, 2010). Lze ho tedy spíše vnímat jako jakýsi ideál až utopii, ke kterému paliativní péče směřuje, který je zatím vzdálen. Je ale otázkou, zda po jeho dosažení nedojde k zániku obecné paliativní péče, která tím pádem nebude potřeba. České prameny se o něm také nezmiňují a udávají spíše klasické rozlišení na obecnou a specializovanou paliativní péči (např. Marková, 2010; Sláma, 2012; Sláma et al., 2013).

2.5.2 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky a dalšími profesionály, kteří běžně pracují s pacienty trpícími život ohrožující nemocí a zároveň mají základní vzdělání a povědomí o paliativní péči – např. lékaři, sestry a sociální pracovníci z onkologických či geriatrických oddělení (Radbruch & Payne, 2010). Důležité je včasné rozpoznání toho, že onemocnění již není vyléčitelné a řešení oblastí, které jsou významné pro kvalitu života (Sláma et al., 2013). Součástí je tedy léčba základních symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a rodinou a také organizační zajištění péče (Sláma, 2012). Poslední bod je doménou zejména sociální práce.

2.5.3 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je určena těm pacientům, u kterých komplexnost potřeb přesahuje možnosti obecné paliativní péče (Radbruch & Payne, 2010). Pro dobré poskytování specializované paliativní péče je nutné mít multidisciplinární tým složený z odborníků výše uvedených, kteří jsou specializováni na paliativní péči v rámci svých odborností (Radbruch & Payne, 2010). Tento tým tedy poskytuje tuto péči a vedle toho provádí také konzilia a konzultace (Sláma, 2012). O potřebnosti specializované paliativní péče by měl rozhodovat hlavní ošetřující lékař (Sláma et al., 2013). Specializovaná paliativní péče je poskytována v lůžkovém hospici, v mobilním hospici, denních stacionářích, ambulancích paliativní medicíny, a také na odděleních paliativní péče v rámci lůžkových zařízení nebo konziliárním týmem v rámci zdravotnického zařízení (Sláma et al., 2013)

2.5.4 Hospic

V současné době existují tři formy hospicové péče – mobilní (nebo domácí) hospic, lůžkový hospic, denní stacionář (Sláma et al., 2013). Stacionáře se u nás zatím příliš nevžili (Svatošová, 2010), využívány jsou spíše stacionáře pro osoby s demencí. Nicméně jeden existuje například při Hospici Dobrého pastýře v Čerčanech. V současné době je v České republice registrováno celkem 17 lůžkových hospiců a 35 mobilních hospiců (Arias et al., 2019).

Hospicové hnutí stojí v podstatě za vznikem paliativní péče jako takové a vzniká ve 20. století ve Velké Británii se založení hospice sv. Kryštofa, viz. Úvod (Radbruch & Payne, 2010). Zmatek v pojmech však nastal v roce 1975, když Balfour Mount hledal název pro svůj nově vytvářený hospic a zjistil, že tento termín se již používal v jiném kontextu a použil pojem paliativní péče (Radbruch & Payne, 2010). V dnešní době je tedy termín paliativní péče používán jako nadřazený a hospicovou péčí je míněna péče o terminálně nemocné (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011).

Mobilní hospice poskytují pacientům péči v domácím nebo náhradním prostředí (např. v domově pro seniory) formou návštěv multidisciplinárního týmu, zejména lékařů, sester a sociálních pracovníků (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2017). Péče musí být dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora rodiny a blízkých, kteří ale musí garantovat, že se o svého blízkého dokážou postarat.

Lůžkový hospic je samostatně stojící zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v terminálním stadiu (Sláma, 2012). Péče je v těchto zařízeních podřízena individuálním potřebám a přáním každého pacienta a personál se snaží vytvořit příjemné prostředí a atmosféru, ve které se může nemocný cítit dobře, téměř jako doma (Sláma, 2012). Na první pohled se může zdát, že se tato zařízení podobají nemocničním oddělením, přesto se výrazně liší výzdobou interiéru a režimem. Příbuzní mohou přijít na návštěvu kdykoliv, jednolůžkové pokoje s přistýlkou jim umožní zůstat i přes noc (Svatošová, 2010). Péči v lůžkovém hospici rovněž zajišťuje multidisciplinární tým (Sláma, 2012).

Důležitým aspektem hospicové péče je, že pacient zná svůj stav a svou prognózu, a proto součástí žádosti je informovaný souhlas pacienta, že souhlasí s přijetím do hospicové péče (Svatošová, 2010). Hospice pacientům slibují, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí,

bude respektována jejich důstojnost a v poslední chvíli nezůstanou osamoceni (Svatošová, 2010).

2.5.5 Nemocnice

Druhým místem, kde je v současné době poskytována specializovaná paliativní péče jsou nemocnice. V nemocnicích existují nyní tři oddělení paliativní péče v rámci lůžkového zařízení a osm konziliárních týmů v rámci zdravotnického zařízení (Arias et al., 2019)¹. Dle adresáře dostupného na www.umirani.cz existuje v současné době jedenáct ambulancí paliativní medicíny.

Ambulance paliativní medicíny jsou součástí zdravotnických zařízení a poskytují ambulantní služby pacientům v pokročilých i konečných stádiích onemocnění. Vyšetření i ošetření pacientů může probíhat buď v ambulanci, nebo v domácím prostředí. Ambulance spolupracují s dalšími poskytovateli péče a jejím cílem by mělo být vytvoření plánu paliativní péče (ČSPM, 2016).

Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení může být součástí této ambulance nebo může fungovat samostatně v rámci nemocnice (Sláma, 2012). Tento tým přichází na oddělení nemocnice, kde pacient leží, čímž zachovává kontinuitu péče a poskytuje expertní znalosti v paliativní péči. Tímto způsobem dochází i k vzdělávání personálu na všech odděleních (Sláma, 2012). V současné době je v České republice tato forma péče v nemocničním prostředí nejrozšířenější (Arias et al., 2019).

V posledních pěti letech došlo k nebyvalému rozvoji paliativní péče v České republice, a to díky podpoře Nadačního fondu Avast, který vytvořil stipendijní program Spolu až do konce. V roce 2016 byl třetí ročník tohoto programu zaměřen na rozvoj nemocniční paliativní péče a během tohoto ročníku bylo podpořeno osmnáct projektů v sedmnácti nemocnicích, přičemž pouze ve třech případech se nejednalo o rozvoj multidisciplinárního týmu (Nadační fond Avast, 2017). V roce 2018 bylo podpořeno dalších nových osm nemocnic v rozvoji paliativní péče (Nadační fond Avast, 2019).

Na rozvoj nemocniční paliativní péče již zareagovalo také Ministerstvo zdravotnictví a v tomto roce rozběhlo projekt „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné

¹ Počet konziliárních týmů není v současné době zcela jasný, neboť Nadační fond Avast podpořil vznik paliativních týmů v 25 nemocnicích, ale není dosud známo, které z nich již reálně fungují a které se teprve vzdělávají či jinak připravují na své fungování.

péče“ (MZČR, 2019). V rámci tohoto projektu bylo finančně podpořeno fungování paliativních týmů v sedmi nemocnicích na dvacet jedna měsíců. Cílem je ověřit metodiku implementace, standardy paliativní péče a také finanční náročnost prostřednictvím informací o zdravotních výkonech (MZČR, 2019). Vzhledem k tomu, že k projektu jsou přizvány ke spolupráci i zdravotní pojišťovny, lze očekávat, že výsledky projektu mohou přinést významné změny v českém zdravotnictví, včetně změny v přístupu pacientů k paliativní péči.

3 Sociální práce v paliativní péči

Sociální práce je jednou ze stěžejních profesí zajišťujících paliativní péči, neboť právě sociální pracovník je schopen reagovat na psychosociální potřeby pacienta. U každého paliativního pacienta je třeba provést zhodnocení jeho sociálních potřeb, na kterém by se měl podílet ideálně celý tým (Sláma et al., 2013). Na druhou stranu přínos sociálního pracovníka do péče je oproti zdravotnickým profesím hůře prokazatelný (Head, Peters, Middleton, Friedman, & Guman, 2019).

V případě obecné paliativní péče je třeba být si vědom i sociálních potřeb pacienta a zprostředkovat mu sociální poradenství, což obvykle obstarává ošetřující lékař (Sláma et al., 2013). U specializované paliativní péče je třeba, aby členem týmu byl kvalifikovaný sociální pracovník nebo zdravotně-sociální pracovník či psycholog, kteří jsou schopni posoudit psychologické a sociální potřeby pacienta i rodiny a adekvátně na ně reagovat (Sláma et al., 2013).

Standardy České společnosti paliativní medicíny (2013, s. 13) mezi sociální služby pro paliativní pacienty zahrnují: „...*vyhodnocení psycho - sociální situace pacienta, plánování péče, účast na multiprofesních poradách, poradenství, administrativní spolupráci s úřady, správu finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních paliativní péče, vzdělávání, podpůrnou péči o pacienta/pečující blízké, asistenci při přípravě pohřbů, podporu truchlícím rodinám, plánování propuštění, účast na výběru a školení dobrovolníků, supervizi.*“

Jiné české zdroje uvádí navíc, že sociální pracovník musí poskytovat praktickou pomoc, mít přehled o dostupnosti služeb a měl by si také všimnout, kdo je v rodině nejzranitelnější a facilitovat komunikaci v rodině (Svatošová, 2010). Sociální pracovník bývá také považován za toho, kdo je schopen všimnout si a reagovat na odlišné kulturní a náboženské zvyky pacienta a jeho rodiny (Svatošová, 2010).

Svatošová k tomuto ještě dodává, že důležitou roli sehrává sociální pracovník také v nastavování spolupráce se sociálním odborem na příslušném okresním úřadě i s dobrovolnickými organizacemi v regionu (2010). Na sociální pracovníky jsou také kladeny nároky na komunikaci s vnějším okolím ve formě organizování osvětových akcí nebo účastí na výzkumných projektech (Svatošová, 2010).

V současné době neexistuje v České republice žádné nadstavbové vzdělání určené pro sociální pracovníky v paliativní péči, tudíž ani jednotný kompetenční model specifický pro

české prostředí. Toto nadstavbové vzdělávání chybí i v mnoha dalších zemích v Evropě (Pam Firth, ústní sdělení, 24.5.2019). Americká Národní asociace sociálních pracovníků uděluje svým členům certifikát na základě portfolia, tedy vzdělání a let praxe (Head et al., 2019).

3.1 Analýza pracovní činnosti

Všechny dosud uvedené činnosti nebo kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči se opírají o názor expertní skupiny nebo o vlastní zkušenosti, které se ovšem nezakládají na empirických datech. Empirické ověření kompetencí sociálního pracovníka v paliativní péči by však mělo předcházet tvorbě kompetenčního modelu a tvorbě specializovaného vzdělávání pro sociální pracovníky pracující v paliativní péči, které doposud chybí. Lze také zřejmě předpokládat, že situace sociálních pracovníků je v každé zemi odlišná (Hughes, Firth, & Oliviere, 2014), bylo by proto vhodné kompetenční model empiricky ověřit v rámci každé země.

V této podkapitole uvedeme závěry studie, která předkládá analýzu pracovní činnosti sociálního pracovníka v paliativní péči. Jejím cílem bylo ověření dané analýzy v praxi (Head et al., 2019). Analýza práce sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči vypadala v této studii tak, že nejdříve byli osloveni členové Sítě sociálních pracovníků pracujících v hospici či v paliativní péči (*SWHPN – Social Work Palliative and Hospice Network*), kteří se zabývají výukou sociálních pracovníků. Měli předložit popis své pracovní činnosti v rámci paliativní péče. (Head et al., 2019). Tento soupis byl porovnán s dalšími nalezenými studii a články a byl z něj vytvořen finální soubor. Poté byla vytvořena skupina expertů ze SWHPN, aby z předložené definice vytvořila dotazník. Ten byl následně rozeslán všem členům SWHPN a také členům Sítě sociálních pracovníků pracujících v paliativní péči a v péči v závěru života, celkově tedy 1350 sociálním pracovníkům (Head et al., 2019).

Na základě svých zkušeností z praxe měli v tomto dotazníku ohodnotit jednotlivé pracovní činnosti, zda se jim ve své praxi věnují a zda je považují za důležité. Podle předem daných kritérií bylo stanoveno, jaká míra shody je nutná k tomu, aby daná činnost zůstala v celkovém popisu práce (Head et al., 2019).

Analýza tedy ukázala, že mezi pracovní činnosti sociálního pracovníka patří:

- Psychosociální šetření u rodiny nebo pacienta
- Mapování pacientovy aktuální kvality života a požadované kvality života
- Mapování copingových strategií

- Identifikace sociální a podpůrné sítě
- Poskytování emocionální podpory
- Facilitování komunikace mezi pacientem/rodinou a členy týmů
- Poskytování individuálního/rodinného poradenství s cílem pomoci pacientovi/rodině s prožívaným utrpením
- Edukace pacienta/rodiny/pečovatele ohledně dříve vyslovených přání
- Návštěvy v domácnosti
- Spolupráce s ostatními profesemi jako součást multidisciplinarity
- Sebevpečce
- Zachovávání profesní hranice
- Identifikování a reportování zneužívání nebo zanedbávání péče v případě zákonem stanovené povinnosti
- Dodržování požadavků týkajících se důvěrnosti a poskytování informací (Head et al., 2019).

Analýza dále také zmapovala, které činnosti naopak nepatří do pozice sociálního pracovníka v paliativní péči:

- Mapování pacientů, kteří požadují asistovanou sebevraždu²
- Mapování genderové identity
- Mapování sexuality
- Mapování imigračního statutu
- Facilitace asistované sebevraždy
- Využití kritérií z Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch pro mapování a interpretaci potřeb pacienta
- Provádění skupinového poradenství
- Předávání informací o vzdělávacích programech
- Nápomoc při zařizování pohřbu a vzpomínkových obřadů
- Výuka a provádění tréninků v hospicové a paliativní péči na organizační, lokální, státní či národní úrovni
- Angažování v tvorbě sociální politiky a v rozvoji komunity
- Účast ve výzkumu (Head et al., 2019).

² Asistovaná sebevražda není v současné době povolena v ČR, ale v některých státech USA ano.

Tato empirická studie se opírá o zkušenosti a praxi amerických sociálních pracovníků, kde jsou některá témata velice odlišná (např. asistovaná sebevražda, status imigrant atd.), je proto vhodné se podívat i na evropský pohled na práci sociálních pracovníků v paliativní péči.

3.2 Kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči

Evropská asociace paliativní péče (EAPC) ustanovila pracovní skupinu pro sociální práci v paliativní péči, která vytvořila kompetenční model pro sociální pracovníky v paliativní péči (Hughes et al., 2014). Tento model byl inspirován kanadským modelem, musel být ale upraven pro evropské podmínky. Z toho důvodu lze očekávat, že se bude částečně lišit i napříč evropskými zeměmi v závislosti na kulturních i organizačních specifikách dané země. Kompetenční model EAPC zde nyní uvedeme a v praktické části této práce bude srovnán s námi dosaženými výsledky. V tomto kompetenčním modelu je každá kompetence dobře popsána z hlediska hodnot, znalostí a schopností, které by měl sociální pracovník v paliativní péči mít. V této práci se nesnažíme o překlad tohoto dokumentu, pouze krátce popisujeme každou z kompetencí, aby si čtenář udělal bližší představu o tom, co se jí myslí. Pro detailní informace odkazujeme k původní práci (Hughes et al., 2014).

Aplikace principů paliativní péče do praxe sociálního pracovníka

Tato kompetence znamená, že by sociální pracovník měl uplatňovat ve své práci znalosti a schopnosti získané studiem sociální práce a znalosti o paliativní péči (Hughes et al., 2014). Měl by si uvědomovat, jaký dopad má na pacienta a jeho blízké život s vážným onemocněním, měl by znát příslušné teorie související s daným tématem a měl by umět fungovat v rámci multidisciplinárního týmu (Hughes et al., 2014).

Mapování potřeb

Zásadní dovedností sociálního pracovníka je mapování potřeb jeho pacientů. Pro tuto dovednost je nutné umět vést rozhovor, mít povědomí o vývoji onemocnění a současné pacientově situaci a v neposlední řadě schopnost získat komplexní informace a umět je sepsat do zprávy či karty pacienta (Hughes et al., 2014).

Nápomoc v rozhodování

Někteří pacienti v paliativní péči mohou mít v důsledku svého onemocnění sníženou schopnost samostatně se rozhodovat o budoucí péči. Z toho důvodu by měl sociální pracovník umět identifikovat obtíže a kapacitu pacienta se rozhodovat, dále

facilitovat rodinné konflikty, znát platnou legislativu a celkově by měl napomáhat v procesu rozhodování o budoucí péči (Hughes et al., 2014).

Plánování další péče a sledování naplňování plánu

Sociální pracovník v paliativní péči je zodpovědný za plánování další péče spolu s klientem. Pro úspěšný proces plánování další péče musí sociální pracovník zmapovat sociální síť klienta a jeho zdroje podpory. Po vytvoření plánu a jeho formulace je právě na sociálním pracovníkovi, aby ohlídal naplňování plánu (Hughes et al., 2014). Do této kompetence také spadá schopnost vyrovnat se s krizovými situacemi a s konflikty.

Advokacie

Pod kompetencí advokacie je myšleno to, že sociální pracovník by měl mít na zřeteli pacientovu autonomii a měl by respektovat jeho přání. O jeho potřebách a přáních musí být schopen komunikovat s dalšími poskytovateli péče (Hughes et al., 2014). Vedle toho je také důležité uvědomovat si mezery v systému, tedy chybějící služby a upozorňovat na ně (Hughes et al., 2014).

Sdílení informací

Součástí této kompetence je souznění s tím, že pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu (Hughes et al., 2014). Je však důležité uvědomovat si specifika některých patientských skupin (např. děti, mentálně postižení, zástupci jiných národnostních menšin) a brát na ně zřetel (Hughes et al., 2014). Důležitou součástí této kompetence je také schopnost komunikovat upřímně o těžkých otázkách a říkat pravdu.

Hodnocení

Sociální pracovník v paliativní péči by měl být dobře obeznámen s nástroji na hodnocení této péče a vyhodnocování jejího efektu. Jeho úkolem je aktivně zjišťovat zpětnou vazbu nebo alespoň vytvářet prostor pro její sdílení. V případě zjištění nějakých nedostatků v péči by sociální pracovník měl být schopen komunikovat o tom s managementem organizace (Hughes et al., 2014).

Multidisciplinární týmová práce

Paliativní péče je multidisciplinární, na sociálního pracovníka je ale kladen nárok na facilitování komunikace v rámci týmu, budování týmového ducha a podpora ostatních členů týmu ve zvládnání témat přímo souvisejících s jejich prací (ztráta, smrt, zármutek atd.) (Hughes et al., 2014).

Vzdělávání a výzkum

Sociální pracovník by se měl podílet na vzdělávání a výzkumu. Z toho vyplývá, že by měl být schopen vzdělávat jiné sociální pracovníky a dohlížet na ně při jejich práci (Hughes et al., 2014). Měl by být schopen kriticky číst výzkumné studie a převádět poznatky získané četbou odborných studií do praxe (Hughes et al., 2014). Tato kompetence tedy očekává, že sociální pracovník se kromě teorie sociální práce a metod sociální práce orientuje velice dobře také v metodologii výzkumu.

Reflexivní praxe

Poslední kompetence souvisí se sebepoznáním, introspekcí a sebereflexí. Od sociálního pracovníka v paliativní péči se tedy požaduje, aby byl schopen detekovat, jaký vliv na něj má jeho práce a tuto sebereflexi mít jako součást své běžné práce (Hughes et al., 2014). Měl by také znát své limity a držet si pracovní hranice. Rovněž by měl být schopen dávat svým kolegům konstruktivní zpětnou vazbu a zároveň ji přijímat (Hughes et al., 2014).

Na základě srovnání amerického modelu opřené o empirická data a evropského modelu opřené o názor expertů vidíme, že je řada oblastí, kde není shoda v tom, zda tento aspekt patří do činnosti sociálního pracovníka v paliativní péči. Mezi tyto oblasti patří například účast ve výzkumu, podíl na výuce, nápomoc v rozhodování nebo vedení multidisciplinárního týmu. Lze tedy usuzovat, že role sociálního pracovníka v paliativní péči je systémově a kulturně specifická. Z toho důvodu má tedy cenu se tímto tématem zabývat, i když už o něm máme na základě zahraniční literatury určitou představu.

3.3 Specifika práce sociálního pracovníka v nemocniční paliativní péči

V této kapitole jsme se dosud zabývali rolí a kompetencemi sociálního pracovníka pracujícího v paliativní péči bez ohledu na to, zda pracuje v hospici či v nemocnici. Dosud však nemáme mnoho poznatků o tom, v čem je specifická práce sociálního pracovníka v nemocniční paliativní péči a zda se v něčem liší od práce v mobilním či lůžkovém hospici.

Skupina sociálních pracovníků usilujících o rozvoj paliativní péče ve veřejných nemocnicích hovoří o tom, že úkolem sociálního pracovníka v paliativní týmu v nemocnici je nápomoc v prosazování představ a přání o péči, podpora při komunikaci pacienta s ošetřujícím týmem, poskytování psychosociální podpory a vysvětlování kontextu onemocnění (Parrish et al., 2012). Tyto činnosti se ovšem nijak neliší od ostatních zmíněných činností v předchozí kapitole.

Robin Lawson je sociální pracovnice působící v New Yorku, která má zkušenosti z obou těchto prostředí a svoje poznatky publikovala. Ve svém článku porovnává práci sociálního pracovníka v mobilním hospici a v paliativním týmu v nemocnici. Z jejího pohledu rozdíly v těchto zaměstnáních primárně utváří prostředí, protože pacienti jsou v nemocnici v cizím prostředí, zato když o něj pečují mobilní hospic, jsou doma (Lawson, 2007). Nemocnice má významně jiné tempo a přístup k pacientům se zde liší. Paliativní tým není primární pečovatelský, přichází pouze na konzultaci, a z toho důvodu je potřeba neustálé komunikace s dalšími odbornostmi a předávání informací (Lawson, 2007). Paliativní tým také není jediný, kdo se podílí na péči a plánování této péče obvykle neleží v rukou týmu, ale v rukou ošetřujícího lékaře a jeho týmu na oddělení (Lawson, 2007). Robin Lawson také uvádí, že v nemocnici vnímá finanční tlak pojišťoven, aby došlo co nejdříve k přeložení pacienta do jiné péče (2007).

Na druhou stranu v hospici je již často velice málo času na zařizování některých věcí, jako je mapování potřeb a fungování sociální sítě pacienta. Naproti tomu v nemocnici je obvykle prostor pro diskusi o dalších cílech péče, o předem vyslovených přáních atd. (Lawson, 2007). Robin Lawson uvádí, že pouze při práci v nemocnici měla za úkol edukovat jiné odbornosti o paliativní péči a také že pouze zde byla přizvána do diskuze o některých etických dilematech týkajících se paliativní sedace nebo život prodlužujících zákroků.

Na této případové studii vidíme, že pracovní tempo je odlišné a částečně i náplň práce. Potřeby pacientů v nemocnici a hospici se totiž do určité míry liší, a proto je rozdílná i pracovní náplň pracovníků v těchto zařízeních. Některé úkoly jsou také specifické pouze pro jedno prostředí (např. překlad do jiného zařízení, edukace ostatního personálu). Na druhou stranu práce s pozůstalými může být spíše náplní sociálního pracovníka v hospici než v nemocnici.

Praktická část

4 Cíl výzkumu

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá tím, co je to paliativní péče, jaké má přínosy pro pacienty a kde a kým je poskytována. Následně jsme se podrobně zabývali tím, jaká je role sociálních pracovníků v paliativní péči, přičemž jsme vycházeli zejména ze zdrojů opřených o konsenzuální názory odborníků zabývajících se paliativní péčí. Identifikovali jsme mnoho oblastí a úkolů, které jsou považovány za náplň práce sociálního pracovníka v paliativní péči. Některé oblasti se objevují napříč všemi dostupnými zdroji (mapování potřeb, facilitace komunikace s rodinou, sociální poradenství, emocionální podpora), zato jiné nalézáme pouze v určitých pramenech (např. mapování copingových strategií, zjišťování mezer v systému, hodnocení efektu poskytované péče) a ostatní se o nich nezmiňují. Narazili jsme dokonce na oblasti, u nichž některé prameny výslovně uvádí, že nejsou v kompetenci sociálního pracovníka, zatímco jiné říkají opak (např. pomoc se zařizováním pohřbu, podíl na vzdělávání a výzkumu). V tomto případě se od sebe navíc liší prameny, které k výčtu činností sociálního pracovníka došly konsenzuální cestou (Hughes et al., 2014; Sláma et al., 2013) a empirickým ověřením (Head et al., 2019).

Z výše uvedeného usuzujeme, že role sociálního pracovníka v paliativní péči je nejen systémově a kulturně specifická, ale že se také může lišit názor odborníků na to, co by sociální pracovník měl poskytovat a co reálně v praxi poskytuje. V praktické části této práce se z toho důvodu zaměříme na porovnání teoretických konceptů kompetencí sociálního pracovníka s poznatky z praxe, tedy s tím, jak svoji pozici vnímají sami sociální pracovníci, kteří v paliativní péči působí.

Rozhodli jsme se zaměřit se úzce na oblast nemocniční paliativní péče, která se v současné době v českém prostředí dynamicky rozvíjí. Zároveň je to oblast, která si zaslouží velkou pozornost, neboť v České republice umírá většina pacientů (68,4 %) právě ve zdravotnických zařízeních, tedy nemocnicích či v léčebnách dlouhodobé péče (Švancara et al., 2016). Lze tedy předpokládat, že do budoucna bude právě nemocnice místo, kde bude poskytována paliativní péče největšímu množství pacientů, stejně jako je tomu v zahraničí. V USA je například běžné, že většina nemocnic s padesáti lůžky nabízí specializovanou paliativní péči (Rogers & Dumanovsky, 2017). Pro poskytování specializované paliativní péče je ale nezbytné fungování multidisciplinárního týmu, které

vyžaduje dobré nastavení týmových procesů (Loučka & Kovaříková, 2018). Popis rolí jednotlivých členů týmu k tomu může významně pomoci. Z toho důvodu je cílem výzkumu v této bakalářské práci zjistit, jaká je role sociálních pracovníků v paliativním týmu v nemocnici, vytvořit model obsahující jeho oblasti práce a srovnat dosažené výsledky od českých sociálních pracovníků s modelem kompetencí sociálního pracovníka v paliativní péči, který navrhla Evropská asociace paliativní péče (EAPC) a který je podrobně popsán v kapitole 3.2 Kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči.

Pro splnění tohoto cíle jsme si kladli následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je role sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici?
- 2) Co dělá sociální pracovník pro pacienta?
- 3) Co dělá sociální pracovník pro rodinu?
- 4) Co dělá sociální pracovník pro paliativní tým?
- 5) S kterými odborníky v paliativním týmu se jeho role překrývá?

5 Metoda

V kapitole 2.5.5 Nemocnice se zmiňujeme o tom, že paliativní péče v nemocnicích je v České republice něco nového, co se dynamicky rozvíjí díky podpoře Nadačního fondu Avast. Rozhodli jsme se tedy, že pro zkoumání role sociálního pracovníka v paliativních týmech v nemocnicích bude vhodný kvalitativní přístup. Těchto týmů je totiž v České republice zatím málo a fungují krátkou dobu a v mnoha případech ještě hledají svůj ideální způsob fungování. V ostatních západních zemích sice fungují obdobné týmy již delší dobu, přesto ale zůstává role sociálního pracovníka v paliativní týmu konkrétně v nemocnici zatím poměrně neprobádaným fenoménem, k čemuž je kvalitativní přístup vhodný.

Vzhledem k tomu, že téma této práce je poměrně úzce a specificky zaměřené, rozhodli jsme se využít polostrukturované rozhovory. Z praktických osobních důvodů a pro zvýšení šance účasti ve výzkumu i pro mimopražské sociální pracovníky jsme se rozhodli vést rozhovory nejen osobně, ale i prostřednictvím telefonu. Tento způsob sběru dat patří mezi obvyklé metody, i když přináší některá rizika, na které je třeba brát zřetel (Burke & Miller, 2001). Jelikož téma našeho výzkumu není nijak citlivé, rozhodli jsme se tento způsob sběru použít, přičemž jsme se snažili o dodržení všech doporučení, které dávají Burke a Miller (2001). Účastníci telefonických rozhovorů dostali předem všechny informace včetně informovaného souhlasu, po představení osoby výzkumníka, cílů projektu a přečtení informovaného souhlasu bylo spuštěno nahrávání rozhovoru a po skončení byla nahrávka zkontrolována (Burke & Miller, 2001). Souběžné použití dvou metod jsme považovali za přijatelné, neboť výsledky z osobních rozhovorů a telefonických rozhovorů jsou mezi sebou porovnatelné a jsou považovány za stejně efektivní metody sběru dat (Rahman, 2015; Szolnoki & Hoffmann, 2013).

Rozhovor začínal pozdravením a představením záměru výzkumu. Účastníkům byly poskytnuty informace o nahrávání rozhovoru a použití dat, byl s nimi podepsán informovaný souhlas nebo byl vyžádán ústní souhlas v případě, že rozhovor probíhal po telefonu (viz. Příloha 2 – Informovaný souhlas). Všem účastníkům bylo sděleno, že mají kdykoliv právo rozhovor ukončit a odstoupit od účasti ve výzkumu, a to i zpětně.

V rozhovoru nás zajímalo celkem pět otázek, které poskytly hlavní strukturu rozhovoru a byly položeny vždy. Další připravené otázky sloužily jako doplňkové a nemusely být využity (viz. Příloha 1 – Scénář rozhovoru).

Nejdříve jsme se účastníků ptali na jejich pracovní zkušenosti. Dále nás zajímalo fungování paliativního týmu, přičemž jsme chtěli vědět, jak dlouho funguje, z jakých odborností se skládá a kdo je jeho vedoucím. Zcela konkrétně jsme se ještě ptali na to, jak funguje rozhodování v týmu a jak se řeší situace, kdy má někdo jiný názor.

Po této otázce následovala nejdůležitější část rozhovoru, neboť v této fázi jsme se ptali na to, jaká je náplň práce sociálního pracovníka v paliativním týmu. Tuto otázku jsme ještě doplnili otázkou na to, v čem je jejich role jedinečná.

Zajímalo nás, zda respondenti dostávají nějaké úkoly mimo svou kompetenci. V předposlední otázce jsme se ptali na to, co všechno patří do kompetencí sociálního pracovníka v paliativním týmu a zda jsou dostatečně využity. Po zodpovězení otázky byl ještě účastníkům dán prostor k doplnění čehokoliv, co považují za důležité pro dané téma a co nebylo zmíněno během rozhovoru.

Scénář rozhovoru byl vytvořen autorkou práce, konzultován a schválen vedoucí práce. Byl také konzultován s dalšími dvěma sociálními pracovníky, přičemž jeden z nich pracuje mimo obor paliativní péče a jeden se přímo věnuje paliativní péči. Navržený scénář byl pilotně vyzkoušen s jedním ze sociálních pracovníků, který pracuje v paliativním týmu v nemocnici, přičemž se ukázalo, že scénář je funkční, otázky jsou jasné a srozumitelné. Pouze v jednom případě u otázky „V čem je vaše role jedinečná/nenahraditelná“ se ukázalo, že to je pro respondentku těžká otázka, na kterou neví, co odpovědět, a proto se autorka práce rozhodla v tom případě vždy využít i doplňkové otázky. Vzhledem k tomu, že odpovědi z tohoto pilotního rozhovoru byly zcela relevantní, byly také zařazeny do analýzy dat.

6 Soubor a sběr dat

Účastníci pro tuto studii byli vybíráni metodou účelového výběru. Pro účely tohoto výzkumu byly osloveny pouze ty nemocnice, které jsou podpořené Nadačním fondem Avast (viz. kapitola 2.5.5 Nemocnice) a ve kterých fungují konziliární paliativní týmy. Inkluzivní kritérium bylo ještě navíc to, že sociální pracovníci jsou alespoň půl roku součástí tohoto týmu v nemocnici bez ohledu na výši úvazku. Celkem bylo osloveno dvacet dva doporučených kontaktů, na které zareagovalo deset sociálních pracovníků. Ve dvou případech však dotyčné osoby nesplňovaly inkluzivní kritéria. Finální soubor pro tuto práci obsahuje tedy osm účastníků. Rozhovory byly realizovány od března do května 2019.

Z těchto rozhovorů byly čtyři provedeny osobně a čtyři telefonicky. Rozhovory trvaly průměrně dvacet pět minut, přičemž nejkratší měl jedenáct minut a nejdelší padesát osm minut. Délka tohoto rozhovoru byla ale mimořádná, žádný jiný rozhovor nebyl delší než půl hodinu.

Všechny účastnice tohoto výzkumu byly ženy. Jelikož v této profesi dominuje ženské pohlaví, byly i všechny potenciální účastnice ženy. Autorce této práce není v současné době znám žádný muž pracující na této pozici, nebylo tedy možné tuto genderovou nevyváženost nijak změnit. Všechny účastnice měly vysokoškolské vzdělání. Údaj o věku respondentek nebyl zjišťován.

Konziliární paliativní týmy, ve kterých účastnice tohoto výzkumu pracují, vznikly v letech 2016 - 2018 a jejich ustanovení je spojeno s finanční podporou od Nadačního fondu Avast. Každá z účastnic pracuje v jiné nemocnici, přičemž mezi zastoupenými nemocnicemi jsou jak velké fakultní nemocnice, tak i menší oblastní nemocnice z různých krajů České republiky. Rozptyl těchto zařízení z hlediska počtu lůžek, poskytované zdravotní péče i spádové oblasti je značný, vzhledem k anonymizaci dat nebudeme tyto nemocnice nijak blíže popisovat.

Z důvodu ochrany osobních údajů a z důvodu ochrany institucí, ve kterých sociální pracovníci působí, používáme v této práci pouze iniciály respondentek. Ty jsou navíc změněny dle klíče, který je znám pouze autorce práce.

Rozhovory, které probíhaly osobně, se uskutečnily v Praze, buď v kanceláři autorky práce nebo v kanceláři sociálních pracovníků. Druhá polovina rozhovorů probíhala telefonicky. Všechny rozhovory začínaly podepsáním Informovaného souhlasu, který

obsahuje příloha práce. V případě telefonických rozhovorů byl souhlas vyjádřen ústně. Následně postupovala autorka práce dle vytvořeného scénáře, který je součástí Přílohy 1.

Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a po přepsání byly smazány. Rozhovory byly přepsány dobrovolnicí, která měla po vymezený čas přístup k nahrávkám a neměla žádné jiné identifikační údaje, podle kterých by mohla respondentky identifikovat.

7 Analýza

Rozhovory byly analyzovány pomocí softwaru NVivo 12 plus a k jejich zpracování byla použita tematická analýza. Východiskem pro naši analýzu bylo pojetí tematické analýzy, které předložili Braun a Clarke (2006). Vzhledem k tomu, že jsme se chtěli vyhnout ovlivnění poznatky z teoretické části práce, rozhodli jsme se uplatňovat induktivní přístup a vytvářet kódy a témata na základě našich dat, nikoliv předem stanovených kategorií (Braun & Clarke, 2006). Náš přístup se zakládá na datech (*tzv. data-driven*) (Braun & Clarke, 2006). K tomuto způsobu jsme přistoupili z toho důvodu, že jsme nechtěli být při popisování toho, jakou roli má sociální pracovník v paliativní týmu v nemocnici v českém prostředí, ovlivnění zahraničními modely. Domníváme se totiž, že náplň práce a jeho role je poměrně kulturně a systémově podmíněná.

Při analýze dat jsme postupovali dle šesti základních kroků, které definovali Braun a Clarke (2006). V první fázi jsme si tedy prošli všechny rozhovory a zapsali jsme si k nim poznámky, které jsme pak odložili stranou. V druhé fázi jsme přistoupili k prvnímu kódování, přičemž pro zachování induktivního přístupu bylo ve většině případů používáno *tzv. invivo* kódování (Braun & Clarke, 2006). Tímto způsobem jsme prošli všech osm rozhovorů. Tímto postupem jsme dosáhli značného množství kódů, chtěli jsme však zabránit zjednodušení či opomenutí určitého důležitého tématu. Ve třetí fázi jsme tyto kódy seskupili do témat. Názvy témat v této fázi odrážely obsah jednotlivých kódů a z hlediska používaného jazyka zastupují obvykle nejčastěji použitý kód. První část analýzy, která je zejména popisná, předkládáme v kapitole 8.2. Uvádíme zde i tuto část analytické práce, abychom čtenářům ukázali, jak jsme došli k modelu role sociálního pracovníka, který v závěru předkládáme.

Ve čtvrté fázi nastala interpretační část, která je důležitou součástí tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006). Znovu jsme tedy prošli všechna témata a kódy v nich obsažené, přičemž jsme se dívali na to, zda skutečně obsažené výpovědi odpovídají tématu, zda je není možné nějak sloučit či štěpit. Ukázalo se, že některé kódy byly zařazeny nevhodně a že některá témata lze dokonce sloučit. Pátá fáze navázala na čtvrtou a došlo k novému pojmenování témat a jejich vymezení (Braun & Clarke, 2006). Finální témata a jejich vymezení naleznete v kapitole 8.3. Šestý a poslední krok v této analýze znamená sepsání zprávy a představení výsledků a ty uvádíme v další kapitole.

8 Výsledky

8.1 Fungování paliativního týmu

Předtím než se budeme zabývat hlavními výsledky, uvádíme zde ještě výsledky odpovědí na fungování paliativního týmu. Toto téma nás zajímá, protože dost možná některé aspekty fungování týmu odráží jeho složení. Setkání týmu probíhají téměř ve všech případech každý týden, pouze u jednoho týmu to bylo jinak - jednou za měsíc. Složení týmu se velice liší. Pro přehlednost jej uvádíme v Tabulce 1. Sociálního pracovníka vynecháváme, neboť ten je součástí všech týmů. Vedoucím týmu je až na jeden případ vždy lékař s atestací v oboru paliativní medicíny (tedy paliatr). V jednom případě jsme zaznamenali jiný model, a sice kdy je vedoucím koordinátor, což je sestra, jejímž úkolem je konzilia shromažďovat a následně rozdělovat práci a úkoly. Všechny oslovené sociální pracovnice se ale shodly, že i když je vedení týmu jasně dáno, problémy jsou komunikovány společně a vždy se v případě neshod dochází ke společnému konsenzu.

Tabulka 1 – Popis paliativních týmů

	Paliatr	Koordinátor	Sestra	Psycholog	Kaplan	Farmaceut	Etik	Sanitář	PP ³
<i>BN</i>	✓	X	✓	✓	X	X	X	X	X
<i>LL</i>	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
<i>MQ</i>	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X
<i>MT</i>	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X
<i>NN</i>	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X
<i>NP</i>	✓	X	✓	X	✓	X	X	X	X
<i>NT</i>	✓	X	✓	X	✓	X	X	X	X
<i>XU</i>	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓

³ PP znamená poradce pro pozůstalé

8.2 Role sociálního pracovníka

V této kapitole uvádíme všechny oblasti, které byly zachyceny v rozhovorech.

Pochopení situace pacienta

Důležitou součástí práce sociálního pracovníka je to, že má na pacienta více času než ostatní členové týmu, chce vytvořit péči na míru přáním pacienta. Vedle toho má na paměti zachování jeho důstojnosti a snaží se o pochopení situace pacienta i jeho rodiny, jak ukazuje následující citace:

„Navíc dochází ke kvalitnímu rozklíčování životního příběhu nejen pacienta, ale i rodiny, aby se člověk nasměroval „na vlnu“ té rodiny.“

Komunikace s rodinou a pacientem

Téma komunikace v sobě obsahuje nejen komunikaci s pacientem, ale také s jeho rodinou. Rovněž zahrnuje povinnost setkávat se pravidelně s rodinou a pacientem, navázat v-.ztah a monitorovat vývoj pocitů rodiny.

Důležitým aspektem komunikace, který leží na bedrech sociálních pracovníků a objevil se v rozhovorech opakovaně je to, že slouží jako facilitátoři nebo mediátoři komunikace v rodině. Tento aspekt je zásadní zejména v případě, že mezi pacientem a rodinou nepanuje shoda o dalším postupu péče nebo zařízení následné péče. Příčinou těchto neshod mohou být obavy:

„Někdy jde o to, že pacient chce domů a rodina má obavy, že to nezvládne.“

Sociální pracovník zde skutečně slouží k uklidnění komunikace a vyřešení rozporů.

„Když existují nějaké rozpory v rodině, tak to řešíme společně a jsem přítomna i u schůzek s rodinou.“

A podobně jako v předchozím bodu se i zde objevuje to, že sociální pracovníci mají oproti zdravotníkům obvykle více času na rozhovor s pacientem či rodinou a snaží se tímto způsobem svým kolegům ulevit.

„...komplexně pomáhat lékařům, jelikož ti lékaři nemají kapacitu, aby zůstali s pacientem a rodinnou sedět půl hodiny, aby s nimi probrali, jaká je přesně jejich situace.“

„Takže se občas stane, že zavolá lékař a požádá mne, abych si došla s nějakým pacientem promluvit.“

Ve dvou rozhovorech bylo také zmíněno to, že úkolem sociálního pracovníka je seznámit se s rodinou a navázat vztah. Tento aspekt je zejména důležitý, pokud na první schůzku s pacientem nepřichází sociální pracovník, ale například pouze sestra, koordinátor

či lékař z paliativního týmu. Sociální pracovník, pokud je potřeba, si musí sám zajistit seznámení s pacientem, navázání vztahu a důvěry, což je nezbytnou součástí jeho práce.

„Taky je to pro to, abychom se s tou rodinou seznámili, aby oni viděli nás. A sociální věci trvají většinou poměrně dlouho, než se zařídí, takže je dobré se s tou rodinou znát od začátku.“

Mapování potřeb

Další součástí práce sociálního pracovníka v paliativním týmu je mapování potřeb pacienta a jeho rodiny. Tento aspekt byl však zmíněn pouze ve dvou rozhovorech

„Ale zkušenost je taková, že sociální pracovník opravdu hodně pracuje s rodinou a až potom mapuje potřeby ostatních.“

Mapování preferencí

Vedle mapování potřeb se zvlášť objevuje také mapování preferencí pacienta i jeho rodiny, což jsou pojmy, které bychom neměli zaměňovat. Lze nicméně připustit, že k tomu v rámci obdobného rozhovoru může dojít. Překvapivě byl tento aspekt zmíněn rovněž pouze ve dvou rozhovorech. Lze tedy přemýšlet o tom, zda zjišťování pacientovy situace v ostatních týmech nefunguje jiným způsobem a za mapování potřeb a preferencí není zodpovědný ten, kdo k pacientovi přichází jako první, například tedy koordinátor péče nebo paliativní sestřička. Sociální pracovník pak přímo vykonává změnu v péči.

„Samozřejmě je také potřeba zjistit, co je pro toho pacienta nejdůležitější, co on by si přál.“

Mít informace o službách a neustále se vzdělávat

Sociální pracovník se od ostatních členů týmu vyznačuje tím, že by měl mít obsáhlé informace o dostupných sociálních službách, zdravotních službách, ale také o možnostech zapůjčení kompenzačních pomůcek v daném regionu. Pokud se v jeho péči ocitne pacient mimo jeho region, měl by být navíc schopen tyto informace zjistit.

„Někdy se můžou zeptat, jaká existuje domácí hospicová péče třeba v Pelhřimově, což nevím, ale tak to si nemyslím, že je nějak mimo moji kompetenci. To řeknu nevím, zjistím.“

Tyto informace se navíc neustále mění, důležité je se vzdělávat a aktualizovat své poznatky a někdy také umět improvizovat a vymýšlet jiná řešení nebo informace rychle vyhledat.

„Je potřeba se orientovat v té problematice a stále se v této oblasti vzdělávat.“

„Domácí hospicová péče totiž není všude plně pokrytá, takže se řeší, jaké jsou jiné možnosti.“

Péče o pozůstalé

Ve dvou rozhovorech bylo poznamenáno, že součástí práce sociálního pracovníka je i péče o pozůstalé. V rámci závěrečné otázky to bylo zmíněno ve více rozhovorech v souvislosti s tím, že na to nezbyvá vzhledem k současným kapacitám čas. Z toho důvodu to zařazujeme do role sociálního pracovníka.

„V rámci paliativy tohle (setkání s pozůstalým – pozn. aut.) vnímám jako nedostatečné. Že sice je člověk po tom úmrtí s rodinou v kontaktu, ale vím, že kapacitně to není ono.“

Poskytování podpory

Velkým tématem sociálních pracovníků působících v paliativních týmech v nemocnici je poskytování podpory týmu, pacientům a rodině. Co se týče týmů, v jednom případě je sociální pracovník ten, kdo svolává tým, v dalším případě shání pro tým určité informace nebo: *„Možná ještě občas je sociální pracovník středem mezi sestrami a lékaři.“*

Zde však hodně záleží na fungování paliativního týmu a na jeho nastavení. Pacientům je poskytována sociálním pracovníkem psychosociální podpora. Tato podpora je cílena na situace, kdy je pacientovi sdělována diagnóza nebo prognóza:

„Lékař sdělí informace a já tam pak zůstanu a pacient si může se mnou promluvit.“

„A až po setkání celého týmu je pacientovi sdělena diagnóza, nežádoucí projevy apod. A po odchodu lékaře a ostatních, je na sociálním pracovníkovi poskytnout rodině podporu.“

Tato podpora je poskytovaná nejen pacientovi, ale také jeho rodinným příslušníkům, přičemž obsahem těchto rozhovorů a této podpory je ujištění, motivování, a celkově psychická podpora. V některých případech uváděli sociální pracovníci, že postačuje být k dispozici, ať už na telefonu nebo v určitý vymezený čas v rámci pracovní doby poskytovat konzultace.

„A hlavní je ten empatický rozhovor, protože ty rodiny potřebují slyšet, že v tom nejsou sami, a potřebují to slyšet od všech členů toho paliativního týmu.“

„...a volají mi vždy, když přijdou rodiny, protože k tomu tam jsem – aby se jim někdo věnoval.“

Zajímavým aspektem, ke kterému se ještě vrátíme v následující kapitole, je to, zda tuto psychickou podporu poskytuje sociální pracovník nebo zda je toto v kompetenci i dalších členů týmu. Jedna z dotazovaných sociálních pracovníc se domnívá, že ano:

„...ale já si myslím, že v té paliativě bychom ty psychologické základy měli mít všichni.“

Poskytování poradenství

Velice podstatným aspektem práce sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici je plnit informační a poradenskou roli. Sociální pracovník poskytuje tedy rodině a pacientům poradenství, jehož tématem jsou kompenzační pomůcky, příspěvky na péči nebo třeba závěť. Informuje rodinu a pacienta o možnostech následné péče, například o mobilním hospici nebo o agentuře domácí péče.

„Existuje mnoho agentur, které ta rodina nezná, nemá na ně kontakty, takže myslím, že za toto jsou rodiny vděčné.“

„Tak je to o těch informacích. Protože ostatní členové týmu jich tolik nemají o jednotlivých službách. Tudiž se stává, že sestry nebo lékař chtějí, abych pacienty informovala já. Nic jiného mě nenapadá.“

V některých případech může péče trvat delší dobu, například u paliativních pacientů v dětském věku, zde je tedy ještě důležitější mít informace o všech možných příspěvcích na péči, aby rodina dokázala zajistit svoje fungování i třeba v případě že je v rodině další dítě.

„Je potřeba, aby rodiny byly informovány o všech dávkách, aby věděli, co se děje, když mají nějaké neschopenky, dlouhodobé ošetřování člena rodiny. Aby nevznikaly nikde dluhy.“

V případě jedné nemocnice se ukázalo, že zde funguje paliativní tým poměrně odlišným způsobem. V tomto modelu sociální pracovník přináší pouze informaci, ale péči poté již zařizuje sociální pracovník příslušný k danému oddělení:

„Poskytnu základní informace, ale následnou realizaci musí zkrátka zařídit konkrétní sociální pracovnice té kliniky.“

Sdílení informací

Vzhledem k tomu, že sociální pracovník je součástí paliativního týmu v nemocnici, který funguje konziliárně, je třeba, aby byl zapojen do sdílení informací o pacientech, účastnil se schůzek a vizit. Toto sdílení je tedy další důležitou součástí jeho práce. Tento

úkol je dokonce v jednom případě tak pokročilý, že sociální pracovník informuje ostatní o vývoji situace u pacienta.

„Mým úkolem ve finále bylo kontaktovat ostatní členy podle vývoje pacienta.“

V případě týmu, který úkoly poté distribuuje sociálním pracovníkům z daného oddělení, je důležité také sdílení informací s těmito sociálními pracovníky. Právě sociální pracovník často předává pacienta nebo rodinu do péče psychologa. Jedna ze sociálních pracovník dokonce uvedla, že oslovuje lékaře ohledně indikace pacientů z jejich oddělení, které ona považovala za paliativní.

Nezbytnou součástí tohoto tématu je šíření informací o paliativní péči napříč nemocnicí, což je v kompetenci (nejen) sociálního pracovníka.

„Určitě je zásadní ještě šíření paliativní myšlenky napříč nemocnicí, protože na každém oddělení to funguje jinak.“

Sociální šetření

V jednom rozhovoru bylo uvedeno, že sociální pracovník v paliativním týmu provádí sociální šetření, tedy že sbírá anamnestické informace od pacienta, situaci a jeho rodiny, což je pak podkladem pro poskytování poradenství a zajištění následné péče. Sociální šetření je zejména důležité u pacientů bez přístřeší, což jsou někteří pacienti v paliativní péči, jak bylo v jednom z rozhovorů zmíněno.

„Sociální pracovník dělá základní šetření u pacienta, aniž by s ním hovořil o diagnóze, to znamená, že zjišťuje jeho zázemí, zjišťuje jeho životní příběh a zjišťuje možnosti rodiny, takže dělá celkovou anamnézu.“

V rámci tohoto rozhovoru a šetření navíc sociální pracovník může získat další cenné informace, se kterými se ostatním odborníkům z týmu nebo ošetřujícím personálu pacient nesvěřil. Děje se tak možná právě proto, že sociální pracovník má čas a kapacitu na budování vztahu s pacientem, nebo jednoduše také protože vztah k němu je jiný než k lékaři.

„A pak si myslím, že sociální pracovník není „taková autorita,“ takže se nám ti lidé zvládnou snáze svěřovat, takže mohu přinést další informace o pacientech.“

Supervize jiných sociálních pracovníků

Ve dvou týmech jsme narazili na to, že sociální pracovník funguje spíše jako supervizor poskytování sociální péče paliativním pacientům. V takovém případě funguje jako poradce pro pacienta a rodinu, ale také pro své kolegy sociální pracovníky z příslušného oddělení, kteří pak realizují domluvený plán péče. Tento přístup má své

značné výhody popisované v následující citaci, ale také značné nevýhody, pokud nemá nemocnice dostatek sociálních pracovníků pro každé oddělení.

„Já se s těmi pracovníky domlouvám, poskytuji jim poradenství, kontaktuji je, když je to potřeba atd. Já mám vlastně ty ostatní sociální pracovníce na starosti. A je to tak dobře, protože většina těch pacientů tu sociálně-zdravotní pracovníci z toho oddělení zná a zároveň je ve velmi dobrém kontaktu se zdejšími lékaři. On je veliký rozdíl, když na to oddělení přijdete zvenčí.“

Zajištění následné péče

Jednoznačně největším tématem a nejčastěji použitým kódem bylo zajištění následné péče obecně nebo zajištění určitého typu péče. Z toho tedy lze usuzovat, že tento úkol je nejdůležitější součástí práce sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici.

Úkolem sociálního pracovníka je organizace následné péče, což bylo formulováno obecně jako zajištění určitých služeb, komplexní péče nebo konkrétně jako pomoc s objednááním agentury domácí péče, zapůjčením kompenzačních pomůcek či s vyřízením žádosti do mobilního hospice nebo lůžkového hospice.

„Nejčastěji je to však to zajištění domácí péče a zprostředkování všech dostupných služeb.“

„A někdy, když vidím, že je to nad možnosti rodiny, tak řeším i tu praktickou realizaci. Třeba když se budeme bavit o pomůckách, tak jsou rodiny, kterým se jen řekne, že si mají opatřit postel domů a ony si jí zařídí sami, a pak jsou rodiny, kde je potřeba, abych to vykomunikovala já.“

Na citaci vidíme, že u některých pacientů a jejich rodin sociální pracovník poskytne informace a pomůže s vyplněním žádosti, u některých má dokonce celý proces v rukou a zařizuje vypsání poukazu na agenturu domácí péče či vyplňuje sám žádost o překlady do hospice. Právě sociální pracovník musí vědět, jaké služby jsou dostupné a na základě rozhovoru s pacientem i rodinou vybrat tu, která bude nejvíce vyhovovat jejich možnostem i preferencím. Součástí tohoto tématu je také vypracování plánu péče.

„Rodiny jsou rády, když jim např. pomůžete, aby si mohly vzít pacienta domů.“

Zajištění služeb v rámci nemocnice

Rozhovory ukázaly, že sociální pracovník je pro pacienty často důležitou a snadno dostupnou spojkou k určitým službám v nemocnici, na které mají nárok, avšak ne vždy je využívají. Pravděpodobně díky vybudovanému vztahu a důvěře k sociálnímu pracovníkovi se pacienti nezděraňují ho o ně požádat.

Sociální pracovník tedy zprostředkovává v některých případech schůzky pacienta a paliativního týmu nebo pacienta a některých odborníků. Uveden byl psycholog a nutriční terapeut.

„Pokud jsem viděla, že se horší psychický stav, tak jsem kontaktovala psychologa.“

Některé sociální pracovnice se snaží zajistit pacientům i nějaké nadstandardní služby, péči dobrovolníků nebo nějaké zpestření dnů, které v nemocnici prožívají.

„Zajišťuji tady dobrovolnickou činnost, protože nám sem dochází dobrovolníci z Amélie, se kterou pracujeme.“

V případě jedné nemocnice je sociální pracovník i ten, kdo pomáhá s překladem pacientů na jiné oddělení, je-li třeba.

„Potom je to vyřizování veškeré administrativy spojené s přeložením pacienta na jiné oddělení. Snažím se to celé lékařům usnadnit a je to pro ně určitě velká pomoc od sociálního pracovníka.“

Zajištění sociálních dávek a příspěvků

Některé sociální pracovnice vykonají také pochůzky po úřadech a pomáhají pacientům s vyřízením potřebných žádostí o příspěvky.

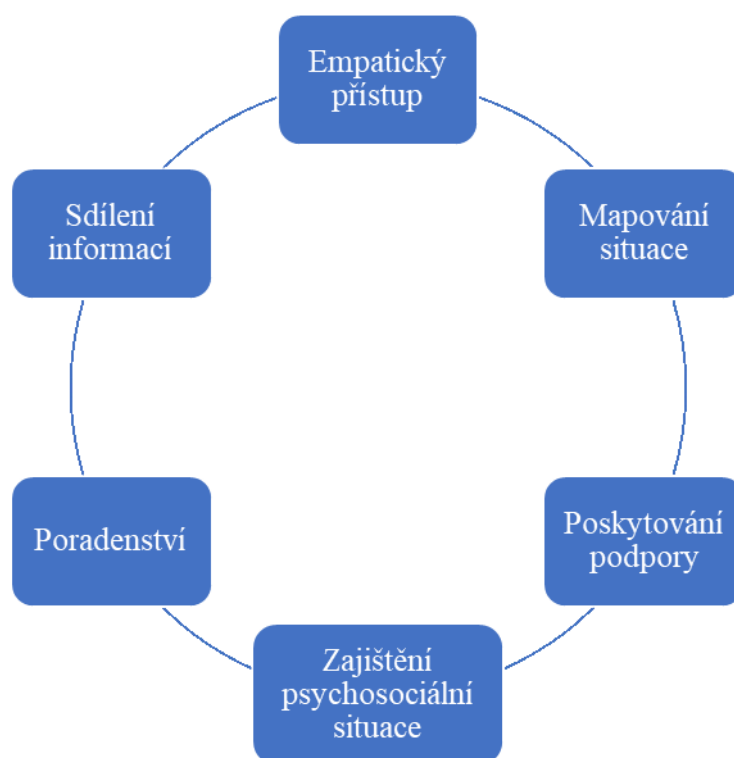
„Poté vyřizuji pochůzky na úřadě ohledně příspěvků, pokud je ten pacient osamělý.“

„Je toho opravdu hodně, ale abych to řekla nějak v bodech, tak zajišťuji invalidní důchody, pracovní neschopnost, průkazy ZTP, lékařskou péči, mobilitu...“

8.3 Model role sociálního pracovníka

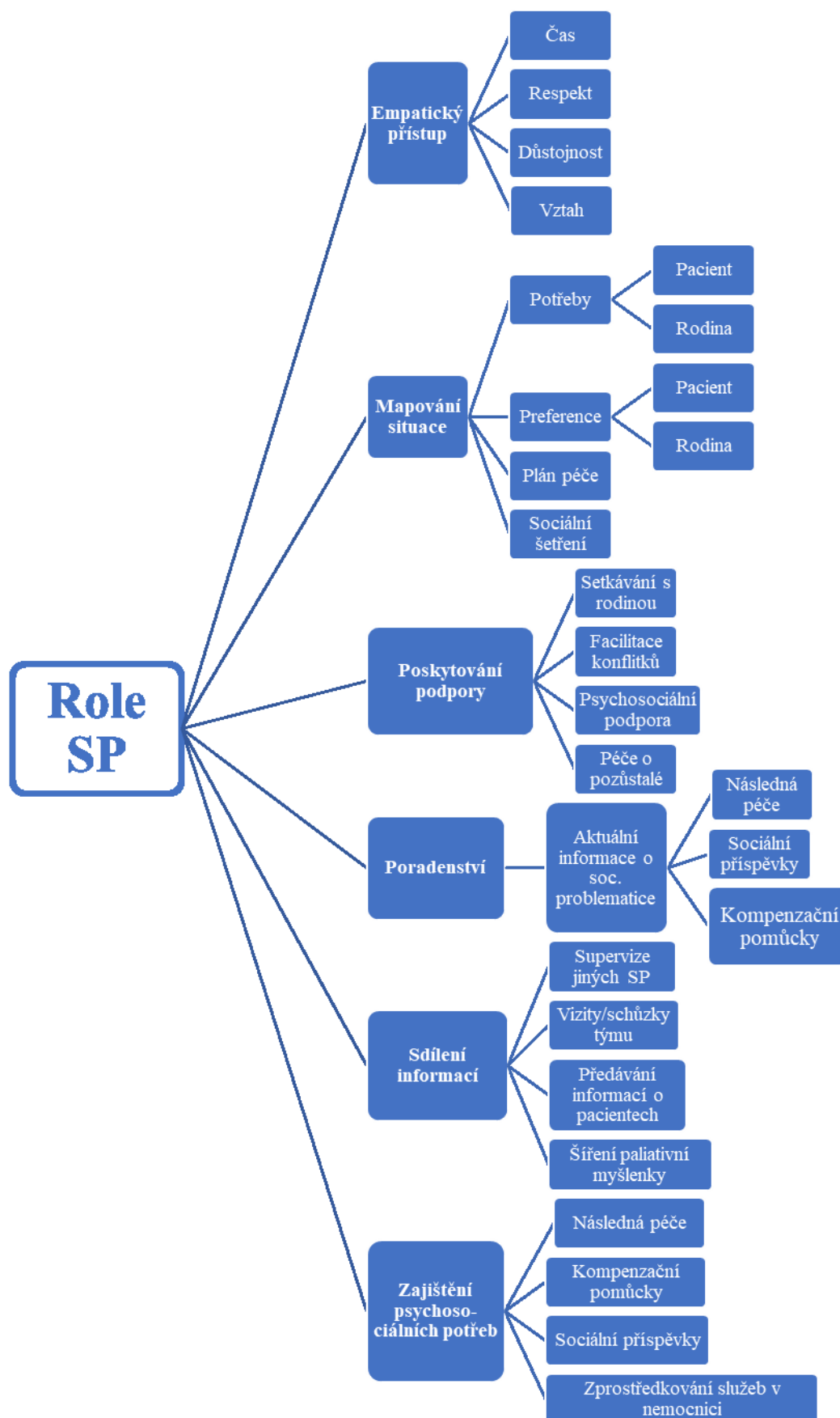
Výše uvedená témata byla převedena do modelu zahrnující oblasti činností sociálního pracovníka v paliativní týmu v nemocnici, který uvádíme na Obrázku 1.

Obrázek 1 – Model role sociálního pracovníka



Výsledný model oblastí práce sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici zahrnuje šest oblastí. Empatický přístup v sobě zahrnuje respekt k pacientovi a k jeho životnímu příběhu, včetně důrazu na vztah s pacientem. Co se týče mapování situace, do této oblasti spadá jak tvorba plánu péče, tak mapování sociální sítě pacienta a jeho potřeb či přání. V případě poskytování podpory je myšleno psychosociální podpora pro pacienta i rodinu, včetně podpory pro pozůstalé. Poradenství jsme vyčlenili jako samostatné téma, přičemž je v první řadě třeba mít aktuální a správné informace a poskytovat poradenství v oblasti sociální péče. Sdílením informací je myšleno sdílení informací s dalšími odborníky, ať už členy týmu, jinými sociálními pracovníky, kteří pracují v nemocnici či jinými zdravotníky z nemocnice. Poslední oblast zajištění psychosociálních potřeb v sobě zahrnuje konkrétní kroky vedoucí k zajištění další péče o pacienty, ať už přeložení na jiné oddělení, domluvení schůzky s jiným odborníkem, či vyřízení žádosti do hospice. Obsah jednotlivých oblastí práce je podrobně popsán v Obrázku 2.

Obrázek 2 - Podrobný model role sociálního pracovníka



8.4 Hranice profese

Vzhledem k tomu, že jsme chtěli nějak vymezit oblasti působení sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici, ptali jsme se také na to, jestli respondentky dostávají nějaké úkoly, které nespádají do jejich kompetencí. Touto otázkou jsme zjišťovali, zda jim členové týmu, pacienti či jejich rodiny dávají nějaké úkoly mimo jejich kompetence a mají od nich tedy určitá neadekvátní očekávání. Pomocí odpovědí na tuto otázku jsme chtěli totiž podpořit vymezení náplně práce.

Díky této otázce jsme zjistili, že v českém prostředí není sociální pracovník nijak formálně zodpovědný za duševní podporu týmu. Rovněž nesděljuje diagnózu, neradí pacientovi v oblasti zdravotní péče, fyzioterapeutické péče, ani není kompetentní pro poskytování poradenství týkající se kompenzačních pomůcek.

„...kdy pacient ještě není informován, protože kdyby zde byly nějaké dotazy zdravotnické, tak nejsem schopna je zodpovědět.“

Někteří pacienti žádají sociální pracovnice o zařazení některých konkrétních úkonů, což není v jejich kompetenci, jak je uvedeno v ukázce. Ovšem jiné úkony (například zaplacení nájmu, vyřízení některých žádostí a pochůzek po úřadech) sociální pracovník vykonává.

„Třeba chtějí vybrat peníze z bankomatu, chtějí nakoupit, chtějí, abych šla k nim do bytu pro nějakou věc.“

Významným tématem, které se objevovalo opakovaně, bylo to, kdo je kompetentní k poskytování psychické podpory, což dokazují následující ukázky.

„A jelikož sociální práce spadá do psychické podpory, tak je to mnohdy na hraně s tím, jestli by neměli jít už k psychologovi.“

„Nějaká přesná hranice mezi psychologem, psychoterapeutem nebo krizovým interventem se hledá těžko.“

„Někdy to (podpurný rozhovor – pozn. auto.) dělám já, někdy lékař, někdy sestra. Největší roli to hraje, před tím přijetím, kdy se domlouvá s pacientem, co bude dál, jelikož v té době je potřeba zajistit to, co si ten pacient opravdu přeje – jestli chce strávit ten čas doma nebo v nějakém zařízení.“

„...takže se stává, že doktor je odvolán k jinému pacientovi, omluví se a jde pryč. Zatímco sociální pracovník by tu situaci takhle neopustil a neopustil by tu rodinu.“

„Takže když bych měla vymezit nějakou hranici třeba mezi sociální pracovníci a psychologem, tak psycholog tam je skutečně jen na tu podporu, zatímco intervence sociální pracovníce má ty konkrétní výsledky, jelikož řešíme to ubytování a ta pracovníce zařídí nějaké lůžko, kam pacient odjede. Ten psycholog toho pacienta opečovává, mluví s ním. Psycholog má zas ty schopnosti, které my, sociální pracovníce nemáme.“

Výše uvedené ukázky naznačují, že v každém týmu je poskytování psychosociální podpory řešeno jinak. Ve většině týmů nicméně existuje zastupitelnost v poskytování psychické podpory, ať už je to explicitně řečeno či nikoliv. Všichni z týmu jsou schopni alespoň částečně pacientům tuto podporu poskytnout, avšak největší část tohoto úkolu leží na sociálním pracovníkovi. Lze tedy říci, že tento problém zde existuje, ale ne všechny týmy s ním ovšem zápasí. Nejvíce pravděpodobně záleží na prvotním nastavení kompetencí, vymezení rolí atd. a také pocitu vlastní kompetentnosti každého člena týmu v poskytování psychické podpory. A nakonec je také důležité držet si vlastní hranice a dbát na jejich dodržování i mezi profesemi.

„Ale je to právě hlavně tím, že se na to hodně soustředíme, aby ty hranice mezi profesemi zůstaly.“

Domníváme se, že je zcela zásadní a cenné pokusit se nahlas artikulovat, jaké ty hranice jsou a v jakou chvíli sociální pracovník předá rodinu či pacienta do péče psychologa či psychiatra.

„Ovšem my s kolegyněmi máme výcviky v krizovém centru, takže mnohdy jdeme trochu za hranice sociální péče. Ale my jsme se tak domluvily mezi sebou, že to budeme takhle dělat. Ona celá ta rodina potřebuje mluvit – jak rodiče, tak sourozenci. A do toho se zapojuje i psycholožka, i poradkyně pro pozůstalé, která je provází celým tím procesem.“

8.5 Další témata

V některých rozhovorech se sociální pracovníci zmínili o některých pocitech ze své práce v paliativním týmu, které přímo nesouvisely s tématem rozhovoru a s tématem této práce. Považujeme je za zajímavé a uvádíme je zde pro doplnění obrázku o fungování paliativních týmů v nemocnici. Tato témata mohou navíc posloužit jako námět pro další výzkumné snahy v této oblasti.

Někteří sociální pracovníci se cítí nedocenění a mají dojem, že jejich kolegové příliš nerozumí tomu, co vlastně dělají a čím přispívají pacientům. Na druhou stranu bylo

zmíněno i to, že paliativní péče významně stojí právě na sociální práci a že pozice sociálního pracovníka vychází mj. z toho, jak si to on sám v týmu nastaví.

„Mám pocit, že mnoho zaměstnanců nemocnic neví, co vlastně sociální pracovníci dělají. A už jen to vydobývání „významnosti“ v té nemocnici je únavné. Myslím, že by hodně pomohlo, kdyby byl opraven ten obraz na to, s čím může sociální pracovník pomoci, k čemu je ta práce dobrá a co může ostatním poskytnout.“

S ohledem na výše uvedenou citaci lze předpokládat, že významnou roli zde sehrává to, jak je vedením i samotnými sociálními pracovníky jejich přínos komunikován a zda funguje v rámci nemocnice nějaká informovanost a osvěta z této oblasti.

Sociální pracovníci se ocitají v těžké pozici také proto, že v nemocnici je často vyvíjen tlak na co nejrychlejší přesun pacienta z akutního lůžka do zařízení následné péče. Což ovšem může komplikovat situaci a práci sociálním pracovníkům, například když komunikují na přání pacienta s rodinou a snaží se vyřídit lůžkový hospic.

V jednom rozhovoru bylo zmíněno to, že ošetřující lékař někdy příliš dlouho čeká, než dojde k zapojení paliativního týmu, což hraje v neprospěch sociální práce vzhledem k tomu, že vyřízení sociálních záležitostí je často časově náročnější.

„A často se stává, že u pacientů tedy nemám čas se jim věnovat, protože se mi zdravotníci ozvou až v den propuštění, což je z mého pohledu dost narychlo. Naopak se stává, že to lékař vyhodnotí příliš brzy a my začínáme řešit něco, co si ti lidé ještě nechtějí přiznat. Je zkrátka těžké odhadnout takhle ten čas. Občas se také stane, že ta rodina už má pacienta doma a nemá čas docházet sem, abych jim já poskytla informace, a oni se pak musí k informacím propracovat sami.“

8.6 Srovnání dosažených výsledků s kompetencemi dle EAPC

V kapitole 3.2 jsme popsali deset kompetencí, ze kterých lze poskládat náplň práce sociálního pracovníka působícího v paliativní péči. Cílem tohoto výzkumu bylo popsat roli sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici v českém prostředí. Na základě poznatků z provedených rozhovorů jsme vytvořili model role sociálního pracovníka, jehož součástí jsou činnosti, které sociální pracovník vykonává, ale také kompetence, které musí mít. Nyní projdeme tyto oblasti znovu a srovnáme je s modelem kompetencí od EAPC.

Aplikace principů paliativní péče do praxe sociálního pracovníka

První kompetence, která zahrnuje zejména uplatňování znalostí a schopností získaných studiem sociální práce a paliativní péče, je obsažena v našem modelu napříč třemi oblastmi – empatický přístup k pacientovi, poradenství a poskytování podpory.

Fungování sociálního pracovníka v paliativním týmu je také obsahem sdílení informací. Tato kompetence není v našich datech zastoupena mnoha příklady, ale domnívám se, že je tak zřejmě z toho důvodu, že se jedná o určitou *meta-kompetenci*, která stojí nad běžnými úkony sociálního pracovníka, protože je přítomna při každé jeho práci, ať už komunikuje s týmem, pacientem či rodinou. Vzhledem k tomu, že náš model zakládáme na datech od sociálních pracovníků z praxe, kteří hovořili spíše o konkrétní úkolech, jež provádějí, lze pochopit, že se o této kompetenci většinou explicitně nezmiňují, i přesto jsme ji v datech objevili.

Mapování potřeb

Zásadní dovedností sociálního pracovníka je mapování potřeb jeho klientů/pacientů. V rámci modelu EAPC jde o samostatně vydělenou kompetenci. My jsme ji pojali širěji a nazvali ji jako mapování situace. Zařadili jsme do ní i mapování preferencí, sociální šetření, jehož je mapování potřeb součástí, a rovněž plán péče.

Nápomoc v rozhodování

Tato kompetence přímo zmíněna nebyla. Podíváme-li se na ni podrobněji, nalezneme, že v našich datech byla přímo zmíněna funkce sociálního pracovníka jako prostředníka mezi rodinou a pacientem v případě konfliktů ohledně budoucí péče. Sociální pracovník poskytuje informace, dodává psychosociální podporu. V prvním bodu našeho modelu, který jsme nazvali empatický přístup, je zmíněn respekt k pacientovi, potažmo k jeho přáním, což spadá do této kompetence. Z našich dat nicméně nevyplývá, že by se měl sociální pracovník podílet na rozhodování. Téma rozhodování nebylo zmíněno v žádném rozhovoru.

Plánování další péče a sledování naplňování plánu

Plán péče byl zmíněn pouze v jednom rozhovoru, přičemž o sledování naplňování plánu se v našich datech vůbec nehovořilo. Mnohokrát sociální pracovnice hovořily o tom, že rodinu informují o možnostech následné péče a v případě potřeby dokonce tuto péči i sami zajišťují. Toto téma se objevilo ve všech rozhovorech, a proto jsme ho vyčlenili jako samostatnou složku v našem modelu.

Advokacie

Tato kompetence se v našich datech objevuje také na několika místech. Je součástí empatického přístupu k pacientovi, zajištění psychosociální potřeb, včetně komunikace s dalšími poskytovateli péče. Na druhou stranu se sociální pracovníci nezmiňují o tom, že by identifikovali určitá bílá místa v systému a že by se nějak snažili na ně zareagovat.

V jednom případě bylo zmíněno, že pokud nějaká služba v daném regionu chybí, sociální pracovník se snaží vymyslet náhradní řešení.

Sdílení informací

Tato kompetence má sice zcela identický název s jedním z našich témat, avšak obsahově se zcela liší. V našem případě je jejím obsahem sdílení informací mezi odborníky, kteří pečují o pacienta nejen v rámci paliativního týmu, ale v rámci celé nemocnice. V modelu EAPC se pod touto kompetencí skrývá souznění s tím, že pacient má právo na informace, braní ohledu na rizikové pacientské skupiny a schopnost komunikace o těžkých tématech. Tyto kompetence se v našich datech neobjevují.

Hodnocení

Dle této kompetence je sociální pracovník odpovědný za zjišťování zpětné vazby a vyhodnocování efektu péče. Nicméně v českém prostředí je tento aspekt zatím zcela opomíjen a v našich datech se neobjevuje vůbec.

Multidisciplinární týmová práce

Dle EAPC do role sociálního pracovníka patří také facilitace komunikace v týmu, budování týmového ducha a podpora ostatních členů týmu ve zvládnutí tématu smrti. V našich datech tyto kompetence nenalzáme. Naopak jsme zjistili, že duševní podporu týmu zajišťuje vedoucí lékař.

Součástí této kompetence je také to, zda si sociální pracovník uvědomuje svou roli, role ostatních a vzájemný překryv. Toto téma se jeví jako podstatné a částečně se objevilo ve všech rozhovorech, přičemž bylo zmiňováno předávání pacienta do péče psychologa nebo zajištění schůzky s nutričním terapeutem. Bylo také zmíněno to, že určitou psychickou podporu by měli poskytovat všichni.

Vzdělávání a výzkum

Podíl na výzkumu a vzdělávání explicitně v našich datech není zmíněn. Pouze v tématu sdílení informací se objevuje, že by měl právě sociální pracovník šířit paliativní myšlenku napříč nemocnicí, což pak usnadňuje práci celého týmu. V rámci tématu se objevuje supervize jiných sociálních pracovníků. Tato činnost byla ale zmíněna pouze v jednom rozhovoru se sociální pracovníci, jejíž tým funguje výrazně odlišným způsobem než ostatní týmy.

Reflexivní praxe

Reflexivní praxe, introspekce či vnímání vlastních pocitů ohledně práce s pacienty se v našich datech rovněž neobjevuje. Z našich zjištění lze vyvozovat, že tato kompetence

zatím není sociálním pracovníkům zcela zřejmá, což ovšem nemusí znamenat, že takto nečiní, pouze si to neuvědomují. Jen v jednom případě bylo zmíněno, že je důležité zachovávat si hranice profese, což se týkalo spíše náplně práce a vymezení vůči práci psychologa.

Srovnání našich dat a modelu kompetencí dle EAPC ukazuje, že značná část našeho modelu je v kompetencích dle EAPC zastoupena, avšak zcela zde chybí oblast zajišťování psychosociálních potřeb včetně zajištění následné péče a sociálních příspěvků. Ostatní oblasti z našeho modelu jsou obsaženy v kompetenčním modelu, na druhou stranu v rozhovorech s českými sociálními pracovníky nezaznívalo, že se by zabývali hodnocením efektu péče nebo získáváním zpětné vazby, a že by se účastnili výzkumu či vzdělávání. Jejich úkolem není péče o duševní zdraví týmu a celková podpora týmového ducha. Nepodílí se rovněž na rozhodování o další péči. Sociální pracovníci se také nezmínili o tom, že by jejich úkolem bylo komunikovat těžká témata, brát ohled na rizikové pacienty nebo identifikovat nefunkční místa v systému. V našich datech se neobjevuje zmínka o reflexivní praxi sociálních pracovníků.

9 Diskuse

Na základě výsledků z praktické části této práce došlo k vytvoření modelu činnosti sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici, který odpovídá současné praxi. Tento model mapuje roli sociálního pracovníka v týmu a jeho činnosti konané vůči pacientovi, rodině a členům týmu. Vzhledem k tomu, že studie uvedené v teoretické části práce se kromě jedné zabývaly sociální prací v paliativní péči obecně, nemůžeme nyní říci, zda jsou některé nalezené odlišnosti dány nemocničním prostředím či kulturním prostředím. Rozdíly mezi nemocničním a hospicovým prostředím nejsou navíc zmapovány v žádné nám známé výzkumné studii. Nicméně řadu rozdílů oproti jiným studiím na dané téma jsme identifikovali a nyní je krátce shrneme ve vztahu k našemu modelu.

První bod našeho modelu v sobě zahrnuje empatický přístup k pacientovi, což není většinou explicitně zmiňováno, něco podobného jsme nicméně identifikovali mezi kompetencemi dle EAPC (Hughes et al., 2014). Většina ostatních zdrojů se o ničem podobném nezmiňuje. Pravděpodobně je to z toho důvodu, že se nejedná o druh činnosti, ale spíše o celkový přístup k pacientovi, rodině a jejich potřebám. Zřejmě je to tedy něco, co se předpokládá, že umí a dělají všichni sociální pracovníci, ať už působí kdekoliv.

Další část našeho modelu jsme nazvali jako mapování situace, což v sobě zahrnuje i často zmiňované sociální šetření (Head et al., 2019; Sláma et al., 2013), ale také mapování potřeb (Hughes et al., 2014). Součástí toho šetření a mapování situace by mohla být identifikace podpůrné sítě (Head et al., 2019), která nebyla v datech explicitně zmíněna. Na druhou stranu bylo zmíněno to, že jsou mapovány potřeby i preference pacienta a rodiny. Součástí tohoto bodu je i plán péče, nicméně o něm se sociální pracovníci v českých nemocnicích zmiňují spíše okrajově. Z obsahu dalších sdělení se ale zdá, že reálně péči plánují, proto je v našem modelu tento bod zastoupen.

Čeští sociální pracovníci poskytují podporu pacientovi a rodině, čímž je tedy myšlena zejména facilitace konfliktů a emocionální podpora, která se objevuje i v empirické studii z amerického prostředí (Head et al., 2019). Tento bod se v evropském modelu dle EAPC neobjevuje samostatně. Facilitaci konfliktů lze nalézt jako součást bodu nápomoc v rozhodování. Psychosociální podpora pacientům se zde samostatně nevyskytuje, což je pravděpodobně dáno tím, že v americkém prostředí hrají sociální pracovníci velkou roli i v poskytování individuálního i rodinného psychologického poradenství (Head et al., 2019). V evropském kontextu je nicméně běžnější, že tuto úlohu

zastupuje psycholog a často je dokonce součástí týmu. V týmech, ve kterých pracují sociální pracovníci z naší studie, se psycholog vyskytuje pouze v polovině případů. Pokud mu tedy nelze pacienty předat, musí péči zajistit sami sociální pracovníci. Jak vyplývá z jejich výpovědí, které uvádí v kapitole 8.5 Hranice profese, mnozí z nich si nejsou v této roli jisti a cítí se nekompetentní. A pokud psychologa k dispozici mají, v mnoha případech zápasí s tím, v jakou chvíli mu mají pacienta či rodinu předat do péče. V jednom rozhovoru jsme se setkali s tím, že je tento problém v týmu komunikován a výrazně to napomáhá ke snížení úzkosti sociálních pracovníků a k snazšímu předávání pacientů do péče psychologa. Překrývání rolí je navíc považováno do určité míry za běžnou součást fungování multidisciplinárního týmu v paliativní péči (Hughes et al., 2014). Pouze je důležité o tomto aspektu v týmu hovořit (Hughes et al., 2014; Loučka & Kovaříková, 2018). Do bodu poskytování podpory jsme nakonec zařadili i péči o pozůstalé. Přestože se jí zatím všichni sociální pracovníci v nemocnicích nevěnují, považují ji za součást své práce.

Čtvrtým bodem v našem modelu je poradenství, kterým je myšleno sociální poradenství ohledně následné péče, sociálních příspěvků a kompenzačních pomůcek. Tento bod je poměrně kulturně specifický, protože tyto aspekty jsou v každé zemi odlišné, přičemž je dáváno do popředí to, aby sociální pracovník měl aktuální informace o službách (Svatošová, 2010) a platné legislativě (Head et al., 2019; Hughes et al., 2014). Zahraniční zdroje se zmiňují o poradenství v oblasti dříve vyslovených přání (Head et al., 2019), což je právní dokument umožňující pacientovi vyjádřit dopředu svou vůli pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen sám o sobě rozhodovat. Dříve vyslovené přání již zná i český právní řád, i když veřejnosti je zatím poměrně neznámý. Bylo by tedy na místě, aby o něm pacienti a rodinu informovali sociální pracovníci i v českém prostředí.

Předposlední bod v sobě zahrnuje sdílení informací s týmem, což je důležitou součástí multidisciplinarity, která je v souvislosti s prací sociálního pracovníka v paliativní péči vždy zmiňována (Head et al., 2019; Hughes et al., 2014; Sláma et al., 2013). Čeští sociální pracovníci se vedle toho zmiňují ještě také o osvětě mezi dalšími odborníky v nemocnici. Tato činnost se neobjevuje v ostatních zdrojích možná proto, že je spojena s počátky rozvoje poskytování paliativní péče v nemocnicích, stejně jako supervize jiných sociálních pracovníků, což dokládají zkušenosti sociálních pracovníků, která působila v obou prostředích (Lawson, 2007).

Poslední součástí našeho modelu jsme nazvali jako zajištění psychosociálních potřeb, čímž je myšleno zajištění některých služeb v nemocnici, praktická pomoc při

zajištění následné péče. O těchto praktických věcech se zmiňují Standardy paliativní péče vydané Českou společností paliativní medicíny (Sláma et al., 2013), avšak v zahraniční literatuře ji nalezneme pouze okrajově ve formě např. komunikace s úřady (Hughes et al., 2014).

Na základě výše uvedeného vidíme, že české prostředí a sociální práce v paliativní péči se liší v tom, že sociální pracovník nesleduje naplňování plánu péče, ani není jeho úkolem hodnocení či měření efektu poskytované péče. Čeští sociální pracovníci oproti svým zahraničním kolegům dělají pro pacienty více konkrétních úkonů a pomáhají jim s praktickým zařizováním další péče. Neuvádí, že by pacientům pomáhali v rozhodování a svoji roli spíše vnímají jako podpůrnou a informační. Na přímou otázku neodpovídají, že by jejich úkolem byla i sebebepéče, avšak účastní se supervizí, i když není jejich úkolem zajišťovat duševní hygienu pro paliativní tým.

V našich datech nebylo zmíněno, že by se sociální pracovník měl podílet na vzdělávání a výzkumu, což od nich požaduje model EAPC (Hughes et al., 2014). Nicméně američtí sociální pracovníci uvádí, že se těmito činnostem taktéž nevěnují (Head et al., 2019). Lze předpokládat, že na ně v běžné praxi nebývá čas. Domníváme se také, že není nutné zapojení všech sociálních pracovníků do vědy a výzkumu. Co ovšem považujeme za užitečné a v našich datech se rovněž neobjevuje, je mapování bílých míst v systému a upozorňování na ně (Hughes et al., 2014). Toto je zcela zásadní aspekt, který může významně napomoci rychlejším změnám v nefunkčním systému.

Čeští sociální pracovníci na rozdíl od svých zahraničních kolegů nezmiňují, že by s pacienty diskutovali o cílech péče nebo dříve vyslovených přáních (Head et al., 2019; Lawson, 2007). V těchto činnostech se právě sociální práce v paliativním týmu v nemocnici odlišuje od hospice. Tento nesoulad lze pravděpodobně vysvětlit tím, že pacienti se zatím k paliativnímu týmu nedostávají dostatečně včas (až při výrazném zhoršení stavu). Na podobné diskuze tedy není prostor. Je tedy nutné nadále pracovat na rozšiřování paliativní myšlenky mezi všechny odbornosti v nemocnici. Je ale možné, že o tomto tématu s pacienty hovoří spíše lékaři či sestřičky a vymezení kompetencí může být jiné, než jaké jsme našli v zahraničních modelech.

Někteří sociální pracovníci v rozhovorech zmínili to, že se cítí nedocenení a že mají pocit, že většina jejich kolegů v týmu i mimo něj si neuvědomuje přínos jejich práce. Zkušenost zahraničních kolegů říká, že často si tým uvědomí důležitost sociálního

pracovníka až poté, co přijde nějaká složitá situace, se kterou dokáže pomoci právě sociální pracovník (Oliver & Peck, 2006).

9.1 Limity

Tato studie má několik limitů. Rozhovory byly kódovány pouze jednou osobou, autorkou této práce, která se tématem již nějakou dobu zabývá a pracuje v oblasti paliativní péče. K datům přistupovala pravděpodobně již s určitou mírou předporozumění. Snažili jsme se tomu zabránit zvoleným způsobem analýzy dat. Bylo by vhodnější, kdyby mohly být rozhovory kódovány dvěma osobami nezávisle na sobě. Rovněž by bylo vhodné mít větší vzorek, a tedy provést rozhovory s více sociálními pracovníky. Zjistili jsme totiž, že v každé nemocnici funguje paliativní tým trochu jiným způsobem. Další respondenti by nám tak mohli přinést více informací o roli sociálního pracovníka v týmu. Rozhovory byly ale provedeny se všemi sociálními pracovníci, které zareagovaly na email od autorky práce. Pro získání dalších sociálních pracovníků by bylo nutné provést ještě jinou metodu oslovení k účasti.

Některé ze sociálních pracovníků nepůsobí v paliativním týmu v nemocnici na celý úvazek, ale mají ho složený ještě z úvazku na jiném oddělení. Na počátku pro nás tento fakt nebyl na překážku a nepovažovali jsme ho za vylučovací kritérium, proto jsme ho ani u všech rozhovorů nezjišťovali. Zůstává otázkou, jestli sociální pracovníci, které nepůsobí pouze v paliativní týmu, odpovídali na dané otázky vždy z pozice sociálního pracovníka v paliativní týmu. Pokud během rozhovoru vyplynulo, že sociální pracovníci působí i jinde, otázky byly vždy pokládány i s dovětkem, aby odpovídali pouze za tuto pozici.

Náš model role sociálního pracovníka vznikl na základě rozhovorů pouze se sociálními pracovníky a bylo by zajímavé a užitečné ověřit jeho platnost také mezi ostatními členy týmů jako jsou lékaři nebo sestry. Cenné by rovněž bylo otestovat jej prostřednictvím kvantitativního šetření mezi všemi sociálními pracovníky působícími v nemocnicích. A v neposlední řadě zůstává otázka, zda existuje zásadní rozdíl v činnostech a kompetencích sociálních pracovníků působících v hospicích a v nemocnicích. Další studie na toto téma by se mohly zabývat právě těmito otázkami.

10 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala rolí sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici. Teoretická část vysvětluje pojem paliativní péče a předkládá souhrn toho, jaké přínosy má pro pacienty. Rovněž se věnuje tomu, co je obsahem této péče a kdo a kde ji poskytuje. V poslední kapitole teoretické části se zabýváme tím, co je náplní práce sociálního pracovníka v paliativní péči, přičemž zde uvádíme modely, které vznikly konsenzem odborníků na dané téma, ale i model, který byl výsledkem empirické studie.

Teoretická část ukázala, že sociální práce má důležitou roli v paliativní péči, neboť ta si klade za cíl zvýšení kvality života u pacienta s život ohrožujícím onemocněním a jeho rodiny. Ke zvýšení kvality života usiluje naplňováním nejen somatických, ale i psychologických a sociálních potřeb, což je doména právě sociálních pracovníků.

V praktické části této práce jsme se rozhodli věnovat roli sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici, neboť se jedná o prostředí, kde se poskytování paliativní péče v současné době rozvíjí. Cílem praktické části bylo popsat roli sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici s ohledem na to, co poskytuje rodině, pacientovi a kolegům z týmu. Zajímalo nás také, s jakou profesí se jeho role překrývá. Tyto cíle byly v praktické části splněny, neboť jsme na základě analýzy polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky vytvořili model činností, které sociální pracovník v rámci své práce provádí. Tento model má šest komponent, které se v zásadě shodují s činnostmi popsanými v teoretické části této práce.

Zjistili jsme, že sociální pracovníci v českých nemocnicích přistupují k pacientům empaticky, mapují jejich situaci, poskytují jim podporu a poradenství a zajišťují jejich potřeby. S ostatními odbornostmi a s členy týmu sdílejí informace. Bylo rovněž zjištěno, že role sociálního pracovníka se často překrývá s rolí psychologa a je vhodné toto v týmu komunikovat.

Při srovnání našich dat s modelem kompetencí EAPC jsme zjistili, že oproti svým zahraničním kolegům se čeští sociální pracovníci nezabývají hodnocením efektu péče, získáváním zpětné vazby, neúčastní se výzkumu či vzdělávání a není v jejich kompetenci péče o duševní zdraví týmu. Na druhou stranu pro české kulturní prostředí je specifické praktické zajišťování potřeb a následné péče, s čímž jsme se v zahraniční literatuře nesetkali.

11 Seznam použité literatury:

- Arias, N., Garralda, E., Rhee, J. Y., de Lima, L., Pons, J. J., Clark, D., ... Centeno, C. (2019). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press.
- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. (2017). *Standardy hospicové paliativní péče*. Získáno z <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>
- Bernacki, R. E., Block, S. D., & American College of Physicians High Value Care Task Force. (2014). Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine*, 174(12), 1994–2003.
- Bischoff, K., Yang, E., Kojimoto, G., Shepard Lopez, N., Holland, S., Calton, B., ... Rabow, M. W. (2018). What We Do: Key Activities of an Outpatient Palliative Care Team at an Academic Cancer Center. *Journal of Palliative Medicine*, 21(7), 999–1004.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297–306.
- Burke, L. A., & Miller, M. A. (2001). *Phone Interviewing as a Means of Data Collection: Lessons Learned and Practical Recommendations*. 2(2). Získáno z <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010271>
- Cesta domů. (2017). *Výroční zpráva za rok 2017*. Získáno z https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/cd_vyrocní_zprava_2017.pdf

- Crawford, G. B., & Price, S. D. (2003). Team working: Palliative care as a model of interdisciplinary practice. *The Medical Journal of Australia*, 179(6 Suppl), S32-34.
- ČSPM. (2016). *Stanovisko ČSPM ČLS JEP k otázce ambulantní a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v ČR*. Získáno z https://www.paliativnimedica.cz/wp-content/uploads/2016/09/Ambulantn%C3%AD-a-MS-paliativn%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De_%C4%8CSPM_2016.pdf
- ČSPM, & Fórum mobilních hospiců. (2019). *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Získáno z https://www.paliativnimedica.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf
- Gaertner, J., Siemens, W., Meerpohl, J. J., Antes, G., Meffert, C., Xander, C., ... Becker, G. (2017). Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, j2925.
- Hays, R. M., Valentine, J., Haynes, G., Geyer, J. R., Villareale, N., McKinstry, B., ... Churchill, S. S. (2006). The Seattle Pediatric Palliative Care Project: Effects on family satisfaction and health-related quality of life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 716–728.
- Head, B., Peters, B., Middleton, A., Friedman, C., & Guman, N. (2019). Results of a nationwide hospice and palliative care social work job analysis. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 16–33.
- Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., ... Moxham, J. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: A randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(12), 979–987.

- Hughes, S., Firth, P., & Oliviere, D. (2014). *Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper - part 1*.
- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21(4), 347–354.
- Kavalieratos, D., Corbelli, J., Zhang, D., Dionne-Odom, J. N., Ernecoff, N. C., Hanmer, J., ... Schenker, Y. (2016). Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 316(20), 2104.
- Kelley, A. S., & Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747–755.
- Lawson, R. (2007). Home and Hospital; Hospice and Palliative Care: How the Environment Impacts the Social Work Role. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 3(2), 3–17.
- Loučka, M., & Kovaříková, J. (2018). *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast*. Praha: Nadační fond Avast.
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
- MZČR. (2019). *Ministerstvo schválilo sedm dotací na podporu paliativní péče v nemocnicích*. Získáno z http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-schvalilo-sedm-dotaci-na-podporu-paliativni-pecce-v-nemocnicich_17110_1152_8.html
- Nadační fond Avast. (2017). *Spolu až do konce - výsledky programu za rok 2016*. Získáno z <https://files.avast.com/files/marketing/foundation/v2016/cz/spolu-az-do-konce/2016.pdf>

- Nadační fond Avast. (2019). *Spolu až do konce - výsledky 5. ročníku programu*. Získáno z <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/486579/foundation-files/Spoludokonce-Vysledky2018%20FIN.pdf>
- National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). *National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care* (4.). Richmond: National Coalition for Hospice and Palliative Care.
- Oliver, D. P., & Peck, M. (2006). Inside the Interdisciplinary Team Experiences of Hospice Social Workers. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 2(3), 7–21.
- Parrish, M., Cárdenas, Y., Epperhart, R., Hernandez, J., Ruiz, S., Russell, L., ... Thornberry, K. (2012). Public Hospital Palliative Social Work: Addressing Patient Cultural Diversity and Psychosocial Needs. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 8(3), 214–228.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 17, 22–33.
- Rahman, R. (2015). Comparison of Telephone and In-Person Interviews. *Interdisciplinary Undergraduated Research Journal*, 1(1), 10–13.
- Reese, D. J., & Sontag, M. A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167–175.
- Rogers, M., & Dumanovsky, T. (2017). *How we work: Trends and Insights in Hospital Palliative Care*. The Center to Advanced Palliative Care and the National Palliative Care Research Center.
- Sláma, O. (2012). *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR*. 5(1), 10–12.

- Sláma, O., Špinková, M., & Kabelka, L. (2013). *Standardy ČSPM*. Získáno z https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
- Svatošová, M. (2010). Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In O. Matoušek, P. Kodymová, & J. Koláčková (Ed.), *Sociální práce v praxi (2.)*. Praha: Portál.
- Szolnoki, G., & Hoffmann, D. (2013). Online, face-to-face and telephone surveys—Comparing different sampling methods in wine consumer research. *Wine Economics and Policy*, 2(2), 57–66.
- Švancara, J., Sláma, O., Jarkovský, J., Klika, P., Loučka, M., Komenda, M., & Dušek, L. (2016). *Národní datová základna paliativní péče*. Získáno z <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=mortalitni-data-cr--analyzy-a-publikace--vychodiska-pro-analyzu-paliativni-pece-v-cr>
- Tang, S. T., Wen, F.-H., Hsieh, C.-H., Chou, W.-C., Chang, W.-C., Chen, J.-S., & Chiang, M.-C. (2016). Preferences for Life-Sustaining Treatments and Associations With Accurate Prognostic Awareness and Depressive Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients' Last Year of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 41-51.e1.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... Lynch, T. J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733–742.
- WHO. (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Získáno z http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*. (2011). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., ... Lo, C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9930), 1721–1730.

12 Seznam obrázků:

Obrázek 1 – Model role sociálního pracovníka	34
Obrázek 2 - Podrobný model role sociálního pracovníka	35

13 Seznam tabulek:

Tabulka 1 – Popis paliativních týmů	26
---	----

14 Seznam zkratk:

EAPC	European Associations for Palliative Care
SWHPN	Social Work Palliative and Hospice Network
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny

Příloha 1 – Scénář rozhovoru

Scénář rozhovoru

Hlavní otázka – vždy tučně, další otázky pouze doptávací

- 1) Pozdravení, představení záměru výzkumu, cílem je popsat roli a kompetence sociálního pracovníka
- 2) Informace o nahrávání, podepsat informovaný souhlas, právo ukončit, anonymita – o přepsání rozhovoru a použití dat
- 3) Demografické údaje, pracovní zkušenosti: **Jaké jsou vaše pracovní zkušenosti?**
Kde jste pracovala, pracovní pozice
- 4) Fungování paliativního týmu: **Jak funguje váš tým?** Jak pracujete, jak dlouho funguje, kdo všechno je členem týmu, jaké mají úvazky, jaký je váš úvazek, kdo je vedoucím týmu, jak funguje rozhodování v týmu, jak se řeší situace, kdy má někdo jiný názor než ten druhý
- 5) Definice role: **Jaká je vaše náplň práce?** Co jsou požadavky/ úkoly, které dostáváte od kolegů? Co děláte pro pacienta/klienta? Co děláte pro jeho rodinu? Co děláte pro tým? Co děláte pro sebe?
- 6) Hranice pozice sociálního pracovníka: **V čem je vaše role jedinečná/nenahraditelná?** Dostáváte úkoly/práci, které dle vás nespádají do vaší kompetence? Kdo vás případně dokáže nahradit?
- 7) Kompetence soc pracovníka – **Co patří do vašich kompetencí?** /Jsou vaše kompetence dostatečně využity?
- 8) Napadá vás ještě něco dalšího?

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Informace o výzkumném projektu

Název: Role sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici

Řešitel: Mgr. Karolína Vlčková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D., Katedra Sociální práce FF UK

Konzultant: PhDr. Martin Loučka, Ph.D., Centrum paliativní péče

Klíčová slova: paliativní péče, nemocnice, sociální pracovník

Výzkumný projekt, k němuž jste byli přizváni, je realizován v rámci studia řešitelky Mgr. Karolíny Vlčkové ve spolupráci s Centrem paliativní péče. Sociální práce patří vedle medicíny mezi základní obory paliativní péče, která se vyznačuje multidisciplinárním přístupem k pacientovi a jeho blízkým. Jednou z forem poskytování paliativní péče v nemocnici je konziliární paliativní tým, jehož nedílnou součástí je i sociální pracovník. Praxe však ukazuje, že jeho kompetence nejsou jasně vymezeny, což může narušovat fungování týmu, péči o pacienta a způsobit dyskomfort všem členům týmů. Cílem tohoto projektu je definovat roli sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici a pojmenovat jeho kompetence.

Sociální pracovníci, kteří pracují v paliativních týmech v ČR, budou osloveni k polostrukturovaným rozhovorům o maximální délce 20 minut. Účast je zcela dobrovolná a kdykoli lze z výzkumu odstoupit. V rámci tohoto rozhovoru budou dotazováni na to, jaké požadavky a očekávání jsou na ně kladeny, co jsou jejich pracovní úkoly. Rozhovory budou nahrávány pro potřeby analýzy, přepsány a záznamy budou následně smazány. Data budou dostupná pouze řešitelce, vedoucí práce a budou prezentována anonymně. Pomocí metody content analysis vyhodnotíme tyto rozhovory a na jejich základě definujeme roli a kompetence sociálního pracovníka. Data sesbíraná v rámci tohoto výzkumu budou využita k dokončení bakalářského studia sociální práce Mgr. Karolíny Vlčkové a dále prezentovány odborné veřejnosti formou prezentací na konferenci a odborné publikace.

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMNÉM PROJEKTU

Prohlášení: Já, níže podepsaný/á, jsem byl/a seznámen/a s Informacemi pro účastníky daného výzkumného projektu. Porozuměl/a jsem údajům v něm obsaženým. Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti. Jsem si vědom/a, že účast ve výzkumném projektu je zcela dobrovolná. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas s účastí ve výzkumném projektu mohu stáhnout kdykoliv bez udání důvodu. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s účastí ve výzkumu a s anonymním využitím mých dat ke zpracování analýz a následných publikací. Obdržel/a jsem vlastní výtisk Informace pro účastníky výzkumného projektu a Informovaného souhlasu s účastí ve výzkumném projektu.

Jméno a příjmení respondenta:

Místo a datum:

.....

Podpis účastníka

.....

Celé jméno a podpis výzkumníka