

GeripASS

Jedenáctero k implementaci
geriatrické paliativní péče
v pobytových sociálních
službách



Sue
Ryder



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE

aoba
kuos
NADAČNÍ FOND

Metodika GeriPASS

Jedenáctero k implementaci geriatrické paliativní péče
v pobytových sociálních službách

Vydal Domov Sue Ryder

Autoři metodiky jsou členové realizačního týmu programu
a zároveň zástupci odborných partnerů programu:

- Mgr. Barbora Nejedlá (Sue Ryder)
- Bc. et Bc. Viera Ivanovová (Centrum paliativní péče)
- Ing. Mgr. Matěj Lejsal, Ph.D. (Sue Ryder)
- PhDr. Martin Loučka, Ph.D. (Centrum paliativní péče)
- Mgr. et Mgr. Karolína Pechová, Ph.D. (Sue Ryder)

Rok vydání: 2024

ISBN 978-80-907190-6-4



Obsah

Úvod

Slovníček pojmů	5
1. Určete si rozvoj paliativní péče jako prioritu	7
2. Myslete na to, že měníte kulturu organizace	10
3. Čeká vás změna. Inspirujte se tam, kde už si něčím prošli	14
4. Dejte o sobě vědět, komunikujte se zřizovatelem, myslete na udržitelnost a financování	17
5. Vytvořte realizační tým, určete role v něm, sestavte si akční plán	21
6. Vymezte si roli koordinátora paliativní péče a najděte ho	26
7. Najděte si mentora pro organizační změnu	29
8. Vzdělávejte se	32
9. Přiveďte praktického lékaře k paliativní péči, navažte spolupráci se specialisty v oblasti paliativní péče	37
10. Plánujte péči v závěru života a sdílejte dokumentaci	41
11. Reflektujte dění v paliativní péči	45

Závěr

Úvod

Cílem metodiky je na základě zkušeností z programu nadačního fondu (NF) Abakus Rozvoj paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory nabídnout doporučení pro implementaci paliativní péče v těchto službách. Metodikou se mohou inspirovat organizace, které usilují o zavedení paliativní péče. Dále pracovníci organizací, kteří se na zavedení paliativní péče podíleli či podílí. Může být inspirací i pro další odborníky pohybující se v segmentu dlouhodobé péče a ty zabývající se implementačními programy různého typu (tedy nejen paliativní péče). Metodika může posloužit pro orientaci v době, kdy organizace zvažuje zavádět paliativní péči. Jako průvodce v průběhu zavádění. Rovněž může sloužit jako nástroj k reflexi dění souvisejícího s poskytováním paliativní péče v organizacích, které se již oblasti nějakou dobu věnují.

Tento dokument vznikl po skončení prvního ročníku dvouletého programu NF Abakus a byl pilotován během druhého ročníku programu. Metodika představuje 11 doporučení, která mají podle programových zkušeností podpořit implementaci paliativní péče do domovů pro seniory či domovů se zvláštním režimem. Každá kapitola obsahuje odůvodnění konkrétního doporučení, postupy k jeho realizaci, příklady z praxe a checklisty ke zhodnocení splnění doporučení.

Seznam zkratk

CPP	Centrum paliativní péče
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
MSPP	mobilní specializovaná paliativní péče
NF	nadační fond
PP	paliativní péče
PSS	pracovník v sociálních službách

Slovníček pojmů GeriPASS

Akční plán – v kontextu metodiky GeriPASS se jedná o plán kroků pro nastavení procesů k poskytování paliativní péče. Je vytvářen realizačním týmem s podporou mentora. Plán je členěn do oblastí, ve kterých je potřebné provést změnu.

Case manager – „... člověk, který koordinuje, podporuje a vede proces zajištění pomoci tak, aby tyto různé formy pomoci propojil a vyřešil společně s klientem jeho obtížnou životní situaci.“⁴

Debriefing kazuistik – je principiálně podobný jako Kolbův cyklus. Jedná se o reflexi, proces učení z vlastních zkušeností. Na základě proběhlé kazuistiky se vypíchnou oblasti, které byly u případů nové a rozdělí se, zda byly žádoucí nebo nežádoucí. Taky se zaměří na oblasti, které se dějí obvykle a jsou žádoucí nebo nežádoucí. To, co je nové a žádoucí se fixuje – vytváří se z toho nový proces, co je nové a nežádoucí se už nemá opakovat. Oblasti, které jsou obvyklé a nežádoucí – jsou témata k strategickému plánování a jejich řešení vyžaduje víc času. To, co je obvyklé a žádoucí se taky fixuje. Je to oblast, na kterou je organizace pyšná, je to její silná stránka.

Interní mentor – pracovník organizace, který má specifické dovednosti v určité odborné oblasti a jeho role je interně vzdělávat další pracovníky v této odbornosti. Mentoring probíhá vždy individuálně a proces učení je zaměřen na individuální potřeby mentorovaného. V případě, že mentor předává zkušenosti více pracovníkům najednou mluvíme o interním vzdělávání.

Kazuistický workshop – nebo kazuistický seminář je forma vzdělávání, která se vyznačuje především prací s případy z praxe. Případy jsou prezentovány otevřeně skupině a řešeny týmově. Mezi hlavní výhody kazuistického semináře patří, že rozvíjí dovednosti řešit problémy skupinově a zlepšuje schopnost užití získaných znalostí a zprostředkované zkušenosti v praxi.²

Koordinátor paliativní péče – pracovní pozice vytvořena v souvislosti se zaváděním a poskytováním paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Kvalita života – je „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“.³ „Orientace na kvalitu života znamená, že zdravotníci (šířeji i péči poskytující tým) se zajímají nejenom o klinické výsledky indikované terapie, ale zejména o její vliv na každodenní život

pacientů, tj. na jejich partnerský a sexuální život, na jejich soběstačnost, sociální kontakty, schopnost věnovat se zájmům a koníčkům apod.“⁴

Mentor, konzultant plánování – v kontextu metodiky GeriPASS se jedná o externistu, který je pro organizaci laskavým průvodcem změny. Provází organizaci při tvorbě akčního plánu a následném nastavování procesů pro poskytování paliativní péče.

Multidisciplinární tým – „Multidisciplinární spolupráce existuje, pokud spolu dvě nebo více sociálních a zdravotních profesí pracují společně v týmu“.⁵ V pobytových sociálních službách pro seniory se zpravidla jedná o zástupce sociálních (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách) a zdravotních profesí (všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut a další). Týmy doplňují i další pozice či profese – např. psycholog, kaplan, koordinátor paliativní péče, manažer služby.

Obecnou paliativní péči – rozumíme „dobrou klinickou a sociální péči o pacienty s pokročilým onemocněním, která je poskytována zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci rutinní činnosti. Její součástí je základní léčba symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a jeho rodinou a přiměřené organizační zajištění péče zohledňující specifika pokročilého onemocnění. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.“⁶ V pobytových sociálních službách

1 Kdo je case manager a proč ho česká společnost potřebuje? Online. In: Neztratit se ve stáří. 2023. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.neztratitsevestari.cz/aktuality/kdo-je-case-manazer-a-proc-ho-ceska-spolecnost-potrebuje/>.

2 Co to je kazuistický seminář? Online. In: Unipa: Unie porodních asistentek. 2024. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porodni-asis-tentky/kazuisticke-seminare/kazuisticky-seminar-obecn/>.

3 WHOQOL: Measuring Quality of Life. Online. World Health Organization. 2024. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>.

4 HNILICOVÁ, Hana; BENCKO, Vladimír. Kvalita života - vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2005, roč. 85, č. 11, s. 656-660. ISSN 1805-4544. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-11/kvalita-zivota-vy-mezeni-pojmu-a-jeho-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-5939>.

5 NANCARROW, Susan A.; BOOTH, Andrew; ARISS, Steven; SMITH, Tony; EN-DERBY, Pam a ROOTS, Alison. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for Health*. 2013, č. 11, s. 1-11. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1478-4491-11-19.pdf>.

6 SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2012, roč. 5, č. 1, s. 10-12. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837ecc-c430ff37f3263da.pdf>.

pro seniory je pro poskytování obecné paliativní péče kromě multidisciplinárního týmu domova zásadní praktický lékař klienta/pacienta.

Paliativní káva – další forma reflexe, kde se pracovníci setkávají méně formálně a reflektují své prožitky, pocity z péče o nevléčitelně nemocné klienty.

Paliativní péče – komplexní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná klientovi/pacientovi s nevléčitelným onemocněním. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovávat důstojnost pacienta a poskytnout oporu jeho blízkým.

Paliativní přístup – je zaměřen na péči o člověka s nevléčitelným onemocněním, bez ohledu na fázi nemoci. Zahrnuje komunikaci o kvalitě života s nevléčitelným onemocněním, o hodnotách a preferencích nemocného a představě o péči v závěru života, a to s klientem i jeho blízkými. Kultura organizace, jejíž součástí je paliativní přístup se vyznačuje přítomností otevřené komunikace o závěru života a smrti. Poskytování paliativní péče v organizaci je podmíněno nastavením paliativního přístupu, to znamená přijetím hodnot a principů paliativní péče i organizačních procesů, které poskytování paliativní péče systematicky podporují i umožňují.

Paliatr – lékař s atestací z oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

Plán budoucí péče – „...plánování budoucí péče je proces, který podporuje dospělé v jakémkoli věku nebo stádiu zdravotního stavu v porozumění a sdílení jejich osobních hodnot, životních cílů a preferencí týkajících se budoucí lékařské péče. Cílem plánování budoucí péče je pomoci zajistit, aby se lidem během vážných a chronických onemocnění dostalo lékařské péče, která je v souladu s jejich hodnotami, cíli a preferencemi.“⁷

Plán paliativní péče – sepisuje lékař. Plán obsahuje kromě záznamu preferencí a domluvě na cílech péče, diagnózu, prognózu, návrh dalšího léčebného a ošetrovatelského postupu, případné limitace péče, předepsané léčivé přípravky pro zvládnutí symptomů onemocnění a medikaci k použití pro případ potřeby (tzv. SOS medikaci).

Plán péče v závěru života – dokument, který popisuje postup péče o konkrétního pacienta/klienta v terminální fázi onemocnění a vychází z přání a preferencí zjištěných při plánování budoucí péče.

Profesní peer – je kolega, který kromě své profese, prošel navíc certifikovaným výcvikem v systému

psychosociální péče o kolegy. Výcvik zajišťuje systém psychosociální intervenční služby (SPIS).

Protokol SPOLU – jedná se o doporučenou strukturu vedení rozhovoru v rámci rodinné konference. S situace předtím a teď, P připrav se na emoce, O ověření co je důležité, L ladění představ a možností péče, U usnesení. Protokol byl převzat z originálů REMAP.⁸

Průvodce budoucí péčí – dokument sloužící pracovníkům pro rozhovor s klientem o budoucí péči vyvinutý Centrem paliativní péče.⁹ První část dokumentu pomáhá mapovat hodnoty a preference klienta, získat znalosti, které jsou pak základem pro tvorbu plánu péče v závěru života. Druhá část dokumentu nabízí formulář pro sepsání Dříve vyslovených přání.

Realizační tým – v kontextu metodiky GeriPASS, se jedná o tým vytvořený za účelem realizace nastavení procesů pro poskytování paliativní péče.

Rodinné konference – speciální typ setkání a vedení rozhovoru s rodinou klienta. Často je hlavní cíl setkání zjistit, jak rodina vidí situaci, jaké jsou její představy o další péči. Tyto informace jsou nezbytné proto, abychom rodině, klientovi nabídli řešení, postup, který je v souladu s jeho hodnotami a preferencemi. Vedení rodinné konference se řídí pravidly a má danou strukturu vedení rozhovoru.

SOS medikace – nastavení medikace lékařem předem pro případ, že se vyskytnou očekávané příznaky hlavně bolest, dušnost, neklid, zvracení.

Specializovaná paliativní péče – „je interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni. Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče.“¹⁰

7 SUDORE, Rebecca L.; LUM, Hillary D.; YOU, John J.; HANSON, Laura C.; MEIER, Diane E. et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017, roč. 53, č. 5, s. 821-832. Dostupné z: [doi: 10.1016/j.jpain-symman.2016.12.331](https://doi.org/10.1016/j.jpain-symman.2016.12.331).

8 CHILDERS, Julie W.; BLACK, Anthony L.; TULSKY, James A. a ARNOLD, Robert M. REMAP: A Framework for Goals of Care Conversations. Online. *J Oncol Pract.* 2017, roč. 13, č. 10, s. 844-850. [cit. 2024-07-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.018796>.

9 Dostupný na: <https://paliativnicentrum.cz/ke-stazeni>

10 Tamtéž.

1. Určete si rozvoj paliativní péče jako prioritu

„Paliativní péče je přístup...“ Tak začíná definice paliativní péče podle WHO.¹¹ Přístup znamená postoj, stanovisko, vztah. Jde tedy o obecný rámec, ve kterém jsou řešeny konkrétní situace. Dát prioritu rozvoji paliativní péče v praxi znamená, že další nastavení organizace – struktury, procesy, kompetence pracovníků apod. přizpůsobíme hodnotám a principům vlastním paliativní péči. Sociální služby prochází kontinuálním vývojem a mnoho organizací je zapojeno do řady projektů, zavádí nové postupy, procesy, usilují o různé akreditace a podobně. V některých případech je souběžnost těchto aktivit bezproblémová a může se i vzájemně doplňovat. Z naší zkušenosti ale vyplývá, že zavádění či prohloubení paliativní péče v organizaci je systémovým projektem, proto vás chceme upozornit, že souběžné řešení jiného velkého projektu může být náročné.

Jak dát paliativní péči prioritu?

Implementace paliativní péče vyžaduje zásadní zásah do organizační kultury (blíže v kapitole 2). Zkušenosti našeho programu ukazují, že v domovech je často skupina paliativně smýšlejících pracovníků, kteří jsou nositeli myšlenky posílit tento přístup v rámci celé organizace. Nesetkali jsme se však s domovem, kde by nemuseli překonávat nějakou míru odporu ke změně, čemuž se věnujeme blíže v kapitole 3. Dostupnost paliativní péče nezajistí dva lidé, změna přístupu se musí propsat do celé struktury organizace tak, aby tento styl práce s hodnotami a přemýšlení nad kvalitou života vnímali všichni podobně, od ředitele po vrátného. To není nadsázka, v našem programu i v jeho zahraničních obdobách opravdu prochází například vzděláváním většina personálu nehlédě na jejich zařazení a účast v přímé péči (viz kapitola 8).

Pokud se v organizaci rozhodnete pro zavedení paliativního přístupu a budete tento proces chtít směřovat k dlouhodobé udržitelnosti a komplexnímu prohloubení kompetencí pracovníků domova, bude to proces, který zaměstná větší část kapacity, kterou organizace obvykle má na projekty tohoto typu.

Doporučujeme proto rozhodnout se, že alespoň první dva roky nebude domov souběžně realizovat jiný podobný projekt (zavedení biografické metody, Namaste Care, bazální stimulace a podobně). Pokud bude pozornost vedení i ostatního personálu na nějakou dobu plně věnována tomuto cíli, může to zásadně zvýšit šance na jeho úspěšné dosažení.

Je také třeba pracovat s dostatečným časovým rámcem. Zkušenost našeho projektu ukazuje, že **dva roky jsou nezbytnou minimální dobou** pro zakotvení všech potřebných kompetencí, nastavení postupů, procesů a související změnu organizační kultury. V rámci harmonogramu je třeba rozvrhnout všechny potřebné kroky: vzdělávání, tvorbu metodických postupů, nastavení nebo úpravu spolupráce s praktickými lékaři a poskytovateli specializované paliativní péče, rozvoj vlastní péče. Zároveň je třeba počítat s tím, že všechny tyto změny budou vyžadovat reflexi v týmu a dostatečný prostor pro diskusi o tom, co a proč se v organizaci děje (více také v kapitole 11). Domovy, které se pokusily paliativní péči zavést formou nařízení vedení nebo instalací jednoho paliativního pracovníka, který má mít vše na starost, velkých úspěchů nedosáhly. Zkušenost také ukazuje, že rozhodnutí zaměřit se na tuto oblast péče by v ideálním případě mělo být probráno s týmem ještě předtím, než k němu dojde. Například v rámci strategického plánování. Doporučujeme také záměr projednat se zřizovatelem, získat předem jeho souhlas a podporu.

11 World Health Organization (WHO). *Palliative care* [online]. WHO, 2023 [cit. 5. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.



Jak podpořit úspěšný start?

- Zvolte si rozvoj paliativní péče jako hlavní cíl, kterému se budete v následujícím období věnovat.
- Nezačínejte souběžně jiný velký projekt, který pracuje s nastavováním kompetencí nebo mění styl péče.
- Vytvořte si harmonogram popisující konkrétní úkoly a kroky na cestě k cíli.
- Vyčleňte si na tento projekt alespoň dva roky.
- Komunikujte o rozhodnutí začít předem se všemi zaměstnanci.
- Naplánujte dostatečný prostor pro průběžnou reflexi a diskusi o tom, jak se změna daří zavádět.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Realita implementace paliativní péče ukazuje, že jakmile dojde ke kolizi priorit, je nutné vynakládat ještě větší úsilí, aby se paliativní péče dostala do popředí či byla rovnocenná jiným záležitostem. Lepší výchozí podmínky pro udržení paliativní péče jako priority nastávají, pokud se na tom podílejí všichni nebo alespoň většina personálu.

„Od příštího týdne to bude zoufalé, stěhujeme se do nových prostor. Vážnost PP je zachována, nic se na tom nemění, ale budu se snažit přikládat tomu v tom všem shonu větší váhu, aby PP byla rovnocenná jiným záležitostem.“ (koordinátorka PP)

„Na počátku programu na setkání při řešení paliativních situací chodilo zhruba dvacet lidí, dnes jich je padesát. Je to dobrovolné, ale stává se mi, že není jediný zaměstnanec, který by to nechtěl dělat.“ (koordinátorka PP)

„Paliativní péče je prostoupena domovem, zasáhla všechny prostory v domově, od managementu přes pečující personál až po ten pomocný. Jsme obalení paliativou.“ (koordinátorka PP)

POZNÁMKY

2. Myslete na to, že měníte kulturu organizace

Paliativní péče přináší do organizace nový způsob toho, jak lidé v organizaci dělají běžné věci, jak o nich přemýšlejí a mluví, jak se rozhodují. Současně přináší nové postupy v práci, nové formáty setkání multidisciplinárního týmu. Mění obsah informací, které domov sdílí s uživateli a jejich rodinami a blízkými. Mění se to, jak členové týmu rozumějí potřebám klientů služeb. To vše je znakem měnící se organizační kultury.

Jak rozumět pojmu organizační kultura?

Organizační kultura sestává z různých prvků. Výchozí třídění prvků organizační kultury nabídl E. H. Schein^{12,13}:

- **Základní předpoklady**, které nabízejí zažitý návod k řešení situací. Některé problémy a situace se opakují a opakuje se i způsob jejich řešení. Jsou to věci, které členové týmu považují za dané. Jejich změna je obtížná a může trvat dlouho.
- **Hodnoty** pomáhají vytvořit lidem v organizaci představu, jak jednat v určitých situacích. Jsou deklarované vedením organizace, popsané a přispívají k jistotě členů organizace. Na jejich základě se formují normy chování – nepsaná

pravidla toho, jak je vhodné jednat, co je organizací a jejími členy ceněno a považováno za správné.

- **Výtvoř** jsou projevy, které je možné vidět, slyšet, cítit, zkrátka vnímat smysly a zažít. Jde o používaný jazyk, prostředí domova, zavedené rituály, podoby a obsah setkání týmu, formy komunikace s rodinami aj.

12 Autorem překladu je Ing. Mgr. Matěj Lejsal. Zdroje k tomuto schématu: Schein H. Edgar. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: John Wiley & Sons, 2010. ISBN 978-0-470-18586-5; Schein H. Edgar. *The corporate culture survival guide*. San Francisco: John Wiley & Sons, 2009. ISBN 978-0-470-49483-7.

13 Překlad: Ing. Mgr. Matěj Lejsal. Boundless by Paul Millerd. *Edgar Schein's anxiety & assumptions: powerful ideas on culture* [online]. Boundless by Paul Millerd, 2018. [cit. 7. 4.2023]. <https://think-boundless.com/edgar-scheins-anxiety-assumptions-powerful-ideas-on-culture/>, Dostupné z: <https://think-boundless.com/edgar-scheins-anxiety-assumptions-powerful-ideas-on-culture>.

Model organizační kultury Edgara Scheina



Jaké nároky klade paliativní péče na změnu kultury organizace?

- Paliativní péče předpokládá, že lidé v organizaci jsou otevření tématu závěru života, jsou připraveni o tématu přemýšlet a hovořit. Paliativní přístup není možné budovat s obavou, že „když mluvíme o smrti, tak ji přivoláme“. Organizace vytváří prostředí, ve kterém bude nejen přijatelné, ale i běžné téma umírání a smrti probírat.
- Každý má svoji představu o kvalitě života, a to i v jeho závěru. Ač z průzkumu Cesty domů vyplynulo, že 78 % lidí si přeje zemřít „doma“, zbylých 22 % se takto nevyjádřilo.¹⁴ Nikdy není možné říci, kdo spadá do které skupiny, navíc se názor v čase vyvíjí.
- Vhodný čas pro rozhovor o péči v závěru života určuje člověk (uživatel). Tým může pouze opakovaně a citlivě nabízet prostor pro takový rozhovor (písemné informace, letmé zmínky, přímá otázka aj.) a členové týmu musejí být připraveni na takovou žádost či potřebu reagovat.
- Paliativní péče stojí na vzájemné důvěře všech zúčastněných – klienta (uživatele), jeho rodiny, týmu domova a lékaře. Důvěru je třeba vybudovat a udržovat. Předpokladem důvěry je partnerská a otevřená komunikace mezi všemi aktéry, vzájemné porozumění a dodržování uzavřených dohod.
- Paliativní péče stojí na multidisciplinární týmové spolupráci. Má-li týmová spolupráce fungovat, musí spolu jednotlivé profese umět mluvit, partnersky se domlouvat a spolupracovat. Rovněž rozumět právnímu slovníku i názvosloví příslušných profesí.¹⁵ Tým pro dobré fungování potřebuje zvláštní čas a prostor ke společnému dialogu, k reflexi řešených problémů a vlastní spolupráce.

Jak měnit organizační kulturu a co dělat?

- Formulovat vizi paliativní péče v organizaci ve všech vrstvách organizační kultury (předpoklady, hodnoty, výtvoř – jazyk, podoby a obsah setkání týmů, prostředí domova, rituály aj.) a připravit kroky k jejímu naplnění a ukotvení, viz doporučení č. 1 a 2.
- Zmapovat stávající kulturu organizace, zejména silné sdílené předpoklady, které mohou tvořit překážku na cestě k paliativnímu přístupu.
- Vést v mezioborovém týmu dialog o tom, zda a jaký má z uvedených předpokladů prospěch klient (uživatel).

- Sjednotit jazyk v rámci týmu a v rámci organizace a vyjasnit zásadní pojmy jako předpoklad efektivní týmové (organizační) spolupráce.
- Otevřeně změnu pojmenovat, dát příležitost všem se ke změně přidat a změnu provést.
- Ty, kteří se ke změně přidají a podílejí se na ní, podpořit a ocenit.
- Zůstat otevření tomu, aby se ke změně mohli přidávat další.
- Přijmout to, že někteří nebudou ochotni opustit své předpoklady a raději opustí organizaci.
- Počítat s tím, že změna kultury je dlouhý proces v řádu několika let.

Často jsou překážkou postoje jednotlivců:

- Když se něčí zdravotní stav zhorší, zavoláme rychlou zdravotnickou pomoc (RZP).
- Každý chce žít co nejdéle.
- Nemůžu dělat nic jiného než zachraňovat a léčit.
- Když tady někdo umře, jeho rodina nás bude žalovat.
- Do domova přicházejí lidé žít, ne umřít. Nejsme žádný hospic.
- My víme, co je pro klienta dobré.
- Paliativní péče nastupuje tehdy, když už se pro pacienta nedá nic udělat.
- Pro nás je rozhodující to, co chce klient. Pokud je názor rodiny odlišný, není relevantní.
- Mluvením o smrti ji přivoláme.
- Z nemocnice se nám klient vrátí v horším stavu, než tam odjel.
- Vždyť je každému jasné, že ... je nevléčitelná nemoc.
- To, že se klientův zdravotní stav zhoršil, je přece jasné každému (z týmu, rodině, lékaři apod.).
- Do zdravotního stavu nemám co mluvit, to vyřeší sestry s lékařem.

14 Ústav sociálního zdraví. *Cesta domů: zpráva o umírání a péči o nevléčitelně nemocné* [online]. Praha: Ústav sociálního zdraví, 2013 [cit. 5. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/2023-04/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

15 Příklad: V sociálních službách se užívá pojmu kontaktní osoba, zdravotní služby a zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, využívá pojmu oprávněná osoba.



Jak změnu kultury podpořit?

- Zformulovat svou osobní vizi paliativní péče – jasně, stručně, názorně – a zkusit ji představit nejbližším členům týmu.
- Zaměřit pozornost svých kolegů na dva až tři jevy související s péčí v závěru života (např. místo úmrtí klientů a počet hospitalizací v posledních dvou měsících života klientů) – evidovat a sdílet informace.
- Obhajovat zájmy klienta - při rozhodování o nastavení služeb a péče o klienty se ptát, jak změna odráží preference a představy klienta.
- Používat jednotný jazyk, jevy v závěru života označujte věcně a výstižně (srov.: neříkat „odešel“, ale „zemřel“).
- Jde o změnu, velkou změnu a dlouhý proces změny. Říci to a připomínat to.
- Oceňovat ty, kdo se ke změně přidali.
- Být otevřený a dávat příležitost se přidávat později.
- Přijmout to, že rozdílné vize a hodnoty mohou být důvodem k tomu, že někteří lidé odejdou.
- Slavit drobné úspěchy.

PŘÍKLADY Z PRAXE

„Díky projektu jsme pochopili, že komunikace je velmi důležitá, naprosto se změnila kultura naší organizace.“
(příběh Most Significant Change, 11/2022)

„Hlavním atributem je změna kultury zařízení v rámci proměny přístupů pečujících, propojení všech odborností, a především zvýšení kvality komplexní péče.“
(příběh Most Significant Change)

„Výše zmíněné klíčové změny celkově povýšily kvalitu péče ve všech oblastech péče o klienty a v nejvyšší míře pozvedly kulturu celého zařízení. Motivace, nastavená pravidla v ošetrovatelské péči, plánování péče, podpora klienta a jeho blízkých, doprovázení, pocity jistoty i snaha o vytvoření přirozeného prostředí zahájily zcela novou etapu péče v sociální službě.“
(příběh Most Significant Change)

„Vnímala jsem u všech velký posun. Myslím si, že v týmu se opravdu povedla „změna myšlení“ a výsledky to jen potvrzují. Projekt nám všem hodně pomohl a to nejlepší je „spokojený klient, který ví, že na to nebude sám, až přijde jeho poslední čas. Bereme paliativní péči jako součást denního života.“
(koordinátorka PP)

POZNÁMKY

3. Čeká vás změna. Inspirujte se tam, kde už si něčím prošli

Implementace paliativní péče (PP) je změna, která proběhne na celoorganizační úrovni a je dost možné, že ji vedle nadšených reakcí budou provázet i nedůvěra a odpor některých pracovníků. Aby mohla být tato změna úspěšná (tedy s výsledkem, že se paliativní péče kvalitně poskytuje) a trvalá, potřebuje si být vedení organizace vědomo zákonitostí změn a umět s nimi nakládat.

Jak se vypořádat s překážkami a odporem po cestě?

Na změnu musí být lidé naladěni. Přirozeně se jí spíše brání. Pro práci s odporem je důležité pochopit, co je podstatou takového odporu. Může se jednat o:

- osobní zájem – strach ze ztráty toho, čeho si na stávajícím stavu odporující osoba cenila (např. moc, prostředky, svoboda, přátelství);
- nepochopení a nedostatek důvěry ve změnu – nedostatečné pochopení, proč je změna potřeba, nedůvěra v potřebnost změny (nedůvěra v nadřízeného či organizaci);
- různost názorů na situaci a její odlišné hodnocení, potřebnost změn, jejich cíl, důsledky i osobní dopad jsou viděny různě (iniciátoři vidí pozitivní důsledky změny, postižení své náklady a problémy);
- nedostatek sebedůvěry – odpor ke změně může vycházet i z nedostatečné sebedůvěry (zaměstnanec si nevěří, že má potenciál rozvíjet své znalosti, dovednosti v dané oblasti).

Podle povahy odporu je třeba s ním pracovat, odporujícím zaměstnancům se přiměřeně věnovat a důsledně dbát na provádění všech kroků v řízení změny (viz i dále). Pokud nebudou zaměstnanci ve změně zažívat úspěchy a zároveň nebudou rozumět tomu, proč se změna děje, bude ke změně narůstat odpor.

16 Management Mania. *Lewinův třífázový model změn* (Lewin's three-stage model of change) [online]. Wilmington 2011–2023. [cit. 4. 4. 2023]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/lewinuv-trifazovy-model-zmen>. Obsah publikovaný na Managementmania.com je publikovaný pod licencí Creative Commons BY-NC.

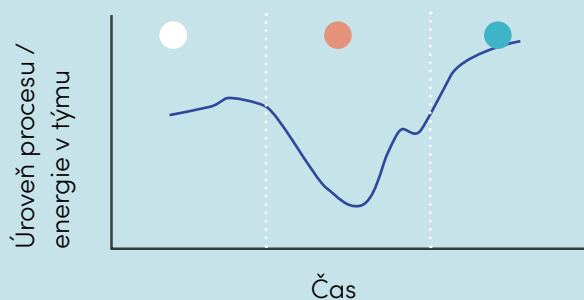
17 Management Mania. *Mc Kinsey 7s* [online]. Wilmington 2011–2023. [cit. 4. 4. 2023]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/mckinsey-7s>. Obsah publikovaný na Managementmania.com je publikovaný pod licencí Creative Commons BY-NC.

18 Kotter P. John. *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press, 1996. ISBN 978-0-5851-8465-4.

Jak lze na změnu nahlížet?

Existuje celá řada modelů, které mohou pomoci změně porozumět. Jedná se např. o Lewinův třífázový model změny¹⁶, McKinseyho model 7S – analytická metoda hodnotící sedm kritických faktorů úspěchu¹⁷. Námí oblíbený je Kotterův model řízení změny¹⁸, viz dále.

Kotterův model řízení změny



Obr. 2: Kotterův model řízení změny
Zdroj: autor podle Kotter, 1996¹⁸

● FÁZE ROZMRAZENÍ (příprava změny)

- A. Vyvolejte vědomí naléhavosti.
- B. Sestavte realizační tým k prosazení vize.
- C. Vytvořte vizi a plán.
- D. Komunikujte vizi.

● FÁZE ZMĚNY (intervence v systému)

- E. Delegujte a podporujte iniciativy, odstraňujte překážky.
- F. Dosahujte malých vítězství, slavte je.
- G. Využijte výsledků, nepolevujte v pokračování změny.

● FÁZE ZMRAZENÍ (fixace dosažených výsledků)

- H. Zakotvěte nový přístup do organizační struktury.

Změna dle Kotterova modelu řízení změny probíhá v osmi krocích, které jsou znázorněné na Obr. 2.

Změna je dynamický proces. Popsané kroky častokrát běží paralelně, v různých týmech/odděleních domova pro seniory mohou běžet různou rychlostí. Ve chvíli, kdy se změní realizační tým projektu (viz doporučení č. 4) či dochází k menším či větším změnám v organizaci, je třeba důsledně provést kroky od začátku. Po celou dobu změny je zapotřebí si držet povědomí o tom, ve které fázi se nachází realizační tým, jednotlivá oddělení i úseky organizace/domova pro seniory, a posouvat je změnou dále. Osm kroků změny si lze představit též jako stavbu. Krok 1 tvoří nejnižší patro. Pokud má být změna úspěšná, musí každé patro mít silné a stabilní základy. Bez nich stavba spadne.

Jak tedy s implementací paliativní péče začít?

Kromě praktických kroků, které jsou popsané v doporučeních 4 a 5, doporučujeme před samotným zaváděním změn porozumět podstatě paliativní péče, inspirovat se u organizací, které již implementací paliativní péče prošly. Zeptat se jejich zaměstnanců na překážky, na které narazili, a jak s nimi naložili. Implementací paliativní péče vystupujete za hranice „pouhého“ poskytování sociálních služeb. Na významu začne nabývat poskytování zdravotních služeb, proto se zvýrazní i důležitost porozumění souvisejícímu právnímu rámci. Formulaci vize paliativní péče pro vaši organizaci a promyšlenému naplánování postupu implementace je nutné věnovat dostatek času. V průběhu procesu změn doporučujeme dopřát si komfort vyzkoušet a vyhodnotit přístupy či postupy, které chcete v praxi implementovat. Také je potřeba otevřeně hovořit o skutečnosti, že nové zkoušíte a podle výsledků je možné postup či přístup změnit. V praxi jednou zakotvené se jen obtížně mění.

19 Opory pro teorii změny lze hledat např. v publikacích: Kotter P. John, Rathgeber Holger. *Tak to u nás nerobíme*. Překlad Parimuchová, Lucia. Bratislava: Eastone Books, 2016. ISBN 978-80-8109-308-1; Kotter P. John, Rathgeber Holger. *Náš ledovec se rozpouští*. Překlad Novotná Jana. Pragma, 2008. ISBN 978-80-7349-100-0.



Čím může organizace podpořit úspěch změny?

- dobrou orientací v teoriích změny¹⁹;
- inspirací u organizací, které mají zkušenosti s implementací paliativní péče, jejich nezdary i úspěchy;
- znalostí zákonitostí procesu změny, sytít jednotlivé kroky – patra stavby;
- pochopením, že se změnou přichází odpor a že je důležité s ním pracovat;
- naplánováním jednotlivých kroků definované vize a úkolů pro realizační tým před začátkem implementace;
- věnováním pozornosti všem, kterých se změna týká, hledáním porozumění;
- otevřeným deklarováním, že se nové postupy a přístupy zkoušejí;
- otestováním všech postupů před jejich zakotvením (fázi testování formálně ukončit).

PŘÍKLADY Z PRAXE

Na začátku programu se některé organizace potýkaly s rezistencí či pasivním odporem personálu, na které bylo nutné reagovat svoláním společného setkání a vysvětlením, proč je PP do organizace implementována. Obecnou překážkou byl strach ze smrti a komunikace s klienty a jejich rodinami. K překonání této překážky přispělo nabytí znalostí, dovedností a kompetencí prostřednictvím vzdělávání, sdílení s ostatními organizacemi i realizace principu reflexe a péče o zaměstnance pomocí setkávání s názvem *Paliativní káva*, *Káva na rozloučenou* atd. Jednou z klíčových překážek, kterou zmiňovala většina organizací, byla spolupráce s praktickými lékaři (nedostatečná časová kapacita, nepřijetí myšlenky paliativní péče, strach z indikace PP). U některých organizací pomohly kurzy týkající se PP a možnost konzultací s lektory a dalšími praktickými lékaři z komunity podpořených organizací.

POZNÁMKY

4. Dejte o sobě vědět, komunikujte se zřizovatelem, myslíte na udržitelnost a financování

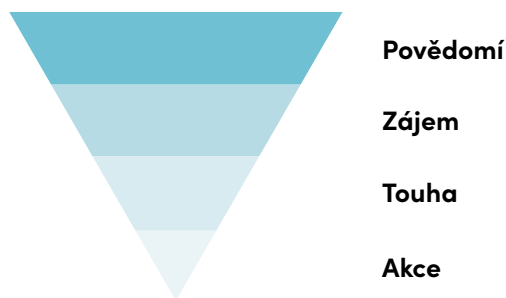
Jaký je důvod dát vědět o paliativní péči v domově?

Paliativní péče v Česku se v posledním desetiletí velmi dynamicky vyvíjí. Spolu s tím se i zvyšuje povědomí o paliativní péči. S tím, jak roste toto povědomí, je možné sledovat i zvýšení zájmu odborné veřejnosti o téma paliativní péče a kvality života v jeho závěru. Součástí změn, které přináší paliativní přístup do pobytových sociálních služeb, je i potřeba zvýšení povědomí o péči v závěru života mezi klienty služeb, zájemci o tyto služby a jejich blízkými.

Povědomí o tom, že se konkrétní pobytová služba pro seniory angažuje v paliativní péči, že je možné zde otevřít téma závěru života, péče a kvality života v jeho závěru, je předpokladem pro to, aby paliativní péče byla skutečně dostupná.

Obdobně důležité je i zvýšení povědomí a informovanosti dalších klíčových stakeholderů – zřizovatele, spolupracujících organizací či dodavatelů. Koncept marketingové komunikace AIDA²⁰ (attention – interest – desire – action) (Obr. 3) říká, že povědomí je předpokladem zájmu, ten se mění v potřebu, touhu. Tato pak způsobí konkrétní krok – akci: rozhovor o plánu budoucí péče, vytvoření fondu na financování rozvoje paliativní péče v sociálních službách, rozšíření spolupráce s jinými pomáhajícími organizacemi apod.

Model AIDA



Obr. 3: Model AIDA

Zdroj: upraveno podle citace 20

Jak dobře zacílit komunikaci o paliativní péči v domově?

V organizaci probíhá změna (viz kapitola 3) a tato změna se promítá i do oblasti komunikace. Jde o změny obsahu, struktur i nástrojů. Je vhodné využít běžné nástroje pro řízení a plánování komunikace, které pomohou změnu a její důsledky znázornit (Obr. 4)²¹:

- Mapování zainteresovaných stran (stakeholderů):
 - » Kdo má jaký zájem ve vztahu k paliativní péči v domově?
 - » Kdo má jaký vliv na dostupnost PP v domově?
 - » Jak blízko má domov k zainteresovaným stranám?
 - » Jak chceme vzájemný vztah rozvíjet?
- Mapování kanálů komunikace:
 - » Které kanály organizace využívá?
 - » Které kanály pro účinnou komunikaci chybí?

Co máme sdílet a jakou formou to dělat?

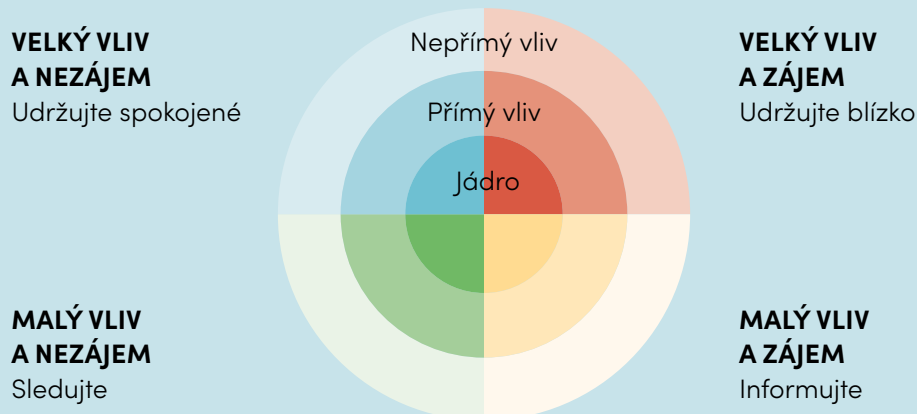
Pro každou organizaci bude vypadat mapa zainteresovaných stran různě, podobně budou mít organizace k dispozici i různé komunikační kanály.

Lze předpokládat, že někteří stakeholderi budou v přehledu vždy. Současně je možné pro ně doporučit i osvědčené kanály a nástroje komunikace. Nejde o vyčerpávající přehled stakeholderů a komunikačních kanálů, jde o výrazné stakeholdery a ve vztahu k nim využívané formáty:

20 Optimal Marketing. *AIDA* [online]. Optimal Marketing, 25. 4. 2022. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.optimal-marketing.cz/slovnicek/aida>.

21 KAHIL Dani. *Stakeholder mapping for your dynamics 365 or power platform project* [online]. Dani Kahil, 29. 3. 2021. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: <https://danikahil.com/2021/03/stakeholder-mapping-for-dynamics-365-or-power-platform.html>.

Mapování stakeholderů



Obr. 4: Mapování stakeholderů
Zdroj: upraveno podle citace 21

• Klienti a jejich blízcí

- » Je vhodné, aby komunikace vůči klientům měla podobu stále přítomné nabídky, kterou klienti nemusejí aktivně odmítat, ale mohou sdělení přijímat v konkrétním čase, na vybraném místě a tempem, které jim vyhovuje. Příklady komunikačních kanálů:
 - letáky s vysvětlením základních pojmů a uvedením konkrétní osoby/osob, na které se klient může obrátit;
 - pozvánka na rituál rozloučení se s klientem, který zemřel;
 - informační nástěnka s obecnými informacemi a příležitostnými tematickými aktualitami, která vytvoří příležitost k neformální komunikaci o tématu;
 - koordinátor paliativní péče představuje viditelnou a živou přítomnost tématu v domově – zřetelné označení, představení se v průběhu adaptačního období a opakované setkávání se s ním pomáhá rozptýlit „tabu“ kolem tématu péče v závěru života.
- » Informace a jejich obsah mají podpořit otevřenost, možnost hovořit o představách, úvahách či obavách souvisejících s tématem péče v závěru života. Nesmějí mít hodnotící vyznění k preferencím člověka.

• Zájemci o službu

- » Komunikace se zájemci o službu je náročná v tom, že významným způsobem formuje očekávání potenciálních klientů a jejich

blízkých. Je třeba kombinovat populární (srozumitelnou) formu a přesnost uváděných informací. Příklady komunikačních kanálů:

- stručná informace v letáku pro zájemce s odkazem na podrobnější informace v dalších materiálech;
- představení základních pojmů v prezentaci služby na webové stránce organizace;
- populární článek či rozhovor se zástupcem organizace v lokálním tištěném periodiku (obecní zpravodaj, lokální příloha apod.).

• Plátcí služeb, zřizovatel

- » V současné době nemá oblast paliativní péče v pobytových sociálních službách specifické podmínky poskytování ani financování. Je vhodné rozlišit komunikaci s institucí (kraj, zdravotní pojišťovna apod.) a s konkrétními lidmi, kteří jsou reprezentanty instituce. Vůči institucím je třeba doručovat důkazy, evidenci. Lidem – členům instituce – je třeba kromě dat doručit lidské příběhy, zprostředkovat emoce spojené s péčí v závěru života, s jejím plánováním, poskytováním apod. Příklady komunikačních kanálů:
 - zpráva o činnosti / výroční zpráva apod. s konkrétními daty o poskytnutých službách;
 - setkání zástupců stakeholderů s prezentací „evidence based“ kazuistik, včetně souvisejících dat (medicínská, demografická, ekonomická), dobré praxe a překážek, např. kulatý stůl, workshop, minikonference.

- **Další (spolupracující) pomáhající organizace**
 - » Budování a rozvoj vztahů s dalšími pomáhajícími organizacemi předpokládá nalezení takových formátů spolupráce, které vycházejí ze zájmů a potřeb jednotlivých aktérů. Ty lze stavět na dobrém porozumění, znalosti prostředí a osobních vazbách. Příklady komunikačních kanálů:
 - osobní setkání profesních „peerů“;
 - meziorganizační a mezioborové kazuistické workshopy – reflexe uzavřených náročných či neobvyklých případů;
 - nabídka stáží a pozvání partnerů k návštěvě a otevřená prezentace úspěchů, rizik, pochybností a otázek.



S kým, o čem a jak komunikovat a jak podpořit funkční vztahy?

- Mít přehled, s kým je potřeba komunikovat.
- Formu, obsah i cíl komunikace rozlišovat podle vlivu, blízkosti a zájmu těch, se kterými komunikujete.
- Převzít spoluodpovědnost za budování vztahu s okolím.
- Být trpěliví – zvýšení povědomí může posílit zájem, zájem vzbudí potřebu a teprve potřeba motivuje k akci.
- Využívat takové kanály a formy komunikace, které jsou zvyklí používat ti, kterým je komunikace určena.
- Počítat s tím, že budovat vztahy vyžaduje zdroje – finanční, technické i lidské.
- Počítat s tím, že i udržování vztahů vyžaduje zdroje.
- Sledovat změny kolem a navazovat nové vztahy.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Všechny organizace disponují propagačními materiály, informací o poskytování paliativní péče na webu organizace a většina vytvořila i podpůrné dokumenty pro pozůstalé.

„Aktualizovali jsme informační leták pro pozůstalé, zřídili jsme samostatné webové záložky k PP na stránkách organizace.“
(koordinátorka PP, checklist, 03/21)

„Byl vytvořen informační leták o poskytování PP v domově. Na letáku se podílel celý tým, resektive. mohl vznášet připomínky a přidávat komentáře. Leták vznikl v souvislosti s výstavou ve městě, kde se domov prezentoval.“
(koordinátorka PP, checklist, 06/22)

Důležitým prvkem udržitelnosti paliativní péče je zachování pozice koordinátorky PP ve třinácti z patnácti organizacích prvního běhu. V osmi případech bude tato pozice financována z interních zdrojů organizace, u tří organizací dojde k financování zřizovatelem. Jedna organizace by měla mít zajištěné financování z dotačního programu EU a poslední organizace hledá jiné způsoby financování.

„Proběhlo jednání se zdravotní pojišťovnou, zavedli jsme paliativní ambulanci, máme nasmlouvaného paliatra na úvazek.“ (koordinátorka PP)

„Paliativní péče zůstane i nadále hlavní oblastí zájmu organizace a bude zapracována do plánu činnosti. Usilujeme o udržení spolupráce s lékařem paliatrem a psychologem, oslovujeme dárce za účelem zajištění finančních prostředků. Budeme prohlubovat spolupráci s lokálními mobilními hospici. Pokračujeme v aktivitách vzdělávání v PP, kazuistikách, supervizích.“ (koordinátorka PP)

POZNÁMKY

5. Vytvořte realizační tým, určete role v něm, sestavte si akční plán

Úspěšnou implementaci podporuje sestavení realizačního týmu, formulace a sdílené naplňování akčního plánu. Obě oblasti dále podrobněji rozebíráme.

Sestavení realizačního týmu

Realizační tým je výhodnou platformou pro realizaci projektů či programů, řešení otázek směřování i řešení případných překážek, sdílení radostí. Je též dobrým základem pro budování fungujícího multidisciplinárního týmu. Může se stát ostrůvkem „pozitivní deviace“ v organizaci, která formuje kulturu péče zaměřené na člověka.

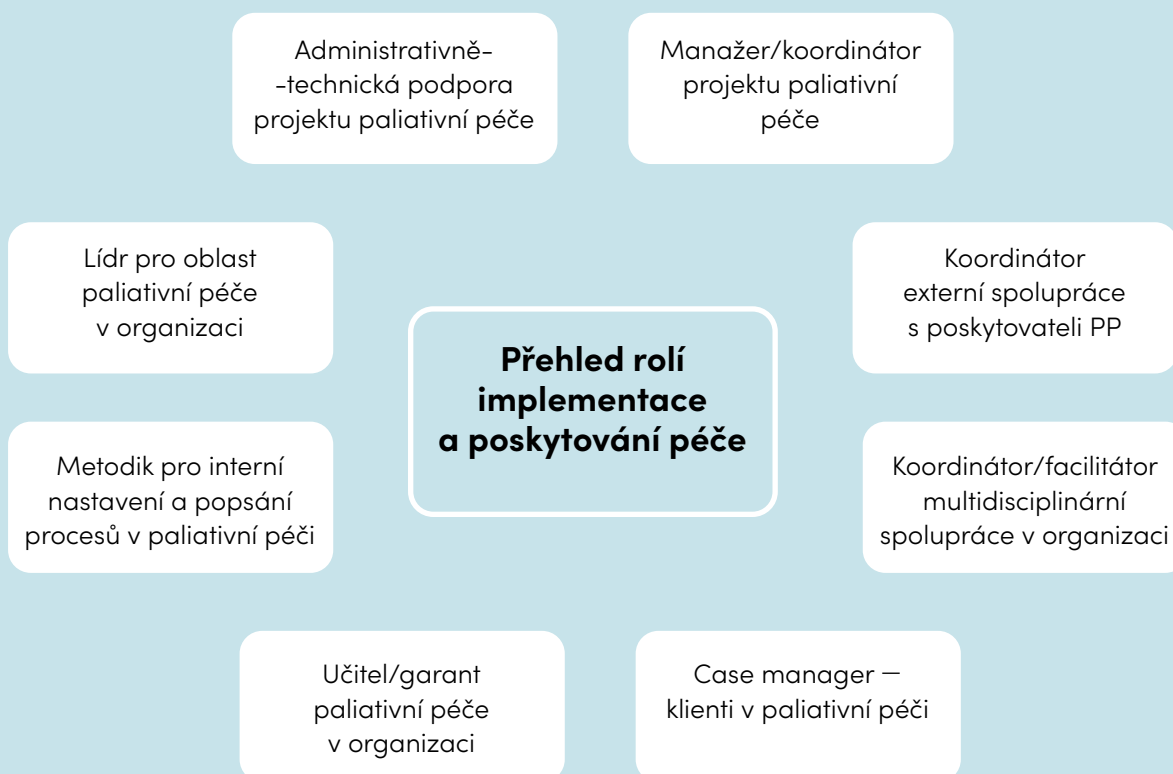
Které role by měly být v realizačním týmu obsazené?

V realizačním týmu by měly být obsazené ty role, které jsou důležité pro úspěšnou implementaci a poskytování paliativní péče (Obr. 5).

Od začátku zavádění PP je klíčové, aby v organizaci byl někdo, kdo:

- ponese vizi paliativní péče;
- zajistí věcně i administrativně proškolení zaměstnanců;
- zajistí, že se s paliativní péčí získané znalosti a zkušenosti v organizaci budou, využívat, zahájí se vědomé zakotvování procesů paliativní péče;
- zajistí, že se péče bude dít dle domluveného.

Více rolí může nést jedna osoba či pozice (např. role administrativně-technické podpory a manažera/koordinátora projektu), o některé role se může dělit více osob/pozic (např. case managera může vykonávat v určitých situacích koordinátor paliativní péče, v jiných vrchní sestra či sociální pracovník). Jde o týmovou práci, z toho důvodu je dobré se domluvit na vzájemné zastupitelnosti členů týmu, zejména v rolích, jejichž



Obr. 5: Role potřebné pro úspěšnou implementaci a vlastní poskytování paliativní péče
Zdroj: autor podle vlastních zkušeností z programu

úkoly lze jen obtížně odložit (case manager, facilitátor spolupráce apod.).

Kromě obsahových rolí doporučujeme, aby tým rozdělil i další role nutné pro fungování týmu, například určit svolavatele schůzek, zapisovatele, osobu pečující o tým jako takový aj.

V průběhu projektu se může podle potřeby měnit osazenstvo realizačního týmu, případně může docházet k přerozdělení rolí. Klíčové je, aby nově příchozí vždy rozuměli cíli realizačního týmu i úkolům, které má tým naplnit (viz „akční plán“ dále).

Které profese či pozice by měly být v realizačním týmu obsazené?

Doporučujeme, aby v realizačním týmu byli zástupci:

- různé hierarchie: top managementu (např. ředitel), středního managementu (např. vedoucí služeb, vedoucí úseků, vedoucí směn) i řadových zaměstnanců (např. zástupce zdravotních i sociálních profesí); široká podpora ze všech úrovní hierarchie napomáhá úspěšné implementaci paliativní péče;
- různých profesí: – zdravotních profesí (např. všeobecné sestry, lékaři), psychosociospirituálních profesí (např. sociální pracovníci, pečovatelé, psycholog, duchovní), dalších profesí (např. koordinátor paliativní péče, ředitel/ka).

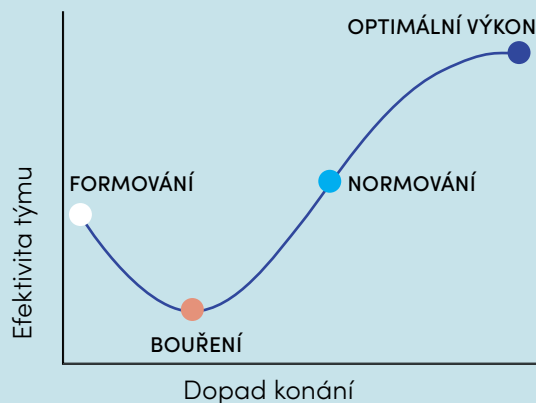
Průřezové složení realizačního týmu – v hierarchii i profesně – dále může napomoci partnerštějšímu nastavení v organizaci, prohloubení spolupráce i snazšímu řešení překážek, které v průběhu implementace vyvstanou. Naučené principy společné práce se přenášejí i do dalších oblastí organizačního fungování.

Jak velký by měl realizační tým být?

Doporučení říkají, že velikost týmu by měla být menší, než 12 osob. Větší týmy se rozpadají do podskupin.²² Za optimální považujeme tým čítající 6-10 osob.

Co lze očekávat z hlediska dynamiky týmu?

Každý tým má svou dynamiku, nelady i neshody jsou přirozenou součástí vývoje takového týmu a je tedy dobré s ní počítat. Každá sociální skupina, tedy i pracovní skupina, během své existence prochází dílčími obdobími – fázemi vývoje skupiny. Tyto fáze se liší kvalitou výstupů, typem jejích aktivit, její soudržností nebo naopak skupinovými konflikty. Tyto fáze jsou popsány několika modely. Podle amerického psychologa Bruce Wayneho Tuckmana²³ prochází v čase několika stadii, během nichž se vyvíjí. Bude-li se měnit složení týmu, tým se ocitá znovu ve fázi



Obr. 6: Čtyři fáze formování týmu
Zdroj: upraveno podle citace 24

VZNIK

- **FORMOVÁNÍ**
Tým se chová jako skupina jednotlivců, členové se teprve seznamují – navzájem, s účelem týmu, s úkoly, které mají před sebou, se svěřenou odpovědností.
- **BOUŘENÍ**, někdy též krize
Vznikají konflikty, neboť si jednotliví členové týmu budují své postavení v týmu.
- **NORMOVÁNÍ**, někdy též stabilizace
Členové přijímají své role v týmu, jsou jim jasné kompetence, vzniká skupinová soudržnost, vytvářejí se standardy a normy. V této fázi je velmi důležitá role manažerská.
- **OPTIMÁLNÍ VÝKON**
Členové týmu si osvojili své role, skupina má jasnou strategii a společnou vizi. Tým pracuje autonomně a efektivně ve prospěch celku, dokáže pozitivně řešit problémy

UKONČENÍ ČINNOSTI

22 SMITH, Tony, CROSS, Edmund, BOOTH, Andrew, et al. *The interdisciplinary management tool – workbook*. Second edition [online]. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation (NIHR SDO). © Queen's Printer and Controller of HMSO, 2012. ISBN 1 900752 63 8. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/234093973_The_Interdisciplinary_Management_Tool.

23 TUCKMAN, Bruce. Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*. 1965; 63: 384–399. ISSN 0033-2909.

formování; rychlost průchodu dalšími fázemi záleží na významnosti obměny v týmu a schopnostech týmu se změnami složení týmu pracovat (Obr. 6).²⁴

Akční plán

Akční plán je vhodným a organizacemi prvního ročníku osvědčeným nástrojem pro implementaci paliativní péče v pobytové službě.

Co má akční plán pro implementaci paliativní péče obsahovat?

Akční plán by měl obsahovat:

- vizi projektu – čeho chcete v oblasti paliativní péče dosáhnout;
- cíle/výsledky projektu – definované SMART²⁵ cíle projektu, jejichž naplnění přispěje k realizaci vize v organizaci. Příklad SMART cíle: „Do 30. 6. 2024 budeme mít implementováno plánování budoucí péče, tj. bude nastaveno, kdo, s kým a kdy bude probírat otázky péče v závěru života, kdo je zodpovědný za zaznamenání plánu péče v závěru života. Rozhovory o závěru života budou podle nastaveného procesu realizovány, případně bude v dokumentaci klienta zaznamenáno, proč k rozhovoru nedošlo.“ Namísto cílů mohou být definovány výsledky, pro jejichž formulování může být užitečná následující návodná otázka: „Až tady budeme za dva roky my, realizační tým, stát, podle čeho poznáme, že jsme dosáhli stanovené vize projektu?“;
- aktivity – popisující kroky k dosažení stanovených cílů/výsledků, s určením termínů;
- odpovědnosti – každý cíl/výsledek i aktivita má mít určenou osobu odpovědnou za realizaci.

Jak má akční plán vypadat? Kdo může pomoci s jeho tvorbou?

Nápadům se meze nekladou. Důležité je, aby byl akční plán zaznamenaný a forma srozumitelná pro všechny, kdož jsou zodpovědní za jeho naplňování. Optimálně i pro všechny ty, kdo se budou na jeho realizaci podílet. Formálně se může jednat např. o: excelovou tabulku, dokument psaný ve Wordu, prezentaci, graficky znázorněný plán (např. v podobě cesty, řeky, stromu atp.).

Tvorbu plánu může realizační tým zvládnout svépomocí, zejména pokud některý z jeho členů má s tvorbou podobných plánů zkušenost a je schopen reflektovat facilitaci takového plánu a svou roli člena realizačního týmu. S tvorbou plánu též mohou pomoci profesionálové, kteří se na podobné specializují. U organizací druhého ročníku se jedná o mentory, u dalších organizací pak o facilitátory či konzultanty plánování.

Jak s akčním plánem pracovat, aby byl funkční?

Aby byl akční plán funkční, je důležité, aby:

- obsahoval vizi, cíle/výsledky, aktivity/kroky, odpovědnosti;
- byl zaznamenaný realizačnímu týmu i dalším podílejícím se srozumitelnou formou;
- se realizační tým pravidelně vracel k jeho revizi, tedy pravidelně vyhodnocoval naplňování jednotlivých cílů, v případě potřeby plán upravil; o úpravách vyrozuměl ty, jichž se změny týkají; revize by v optimálním případě měla probíhat každý kvartál.

24 Cybermedian. *Learning one new thing everyday. Traditional to scrum team – forming, storming, norming and performing* [online]. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.cybermedian.com/traditional-to-scrum-team-forming-storming-norming-and-performing/>.

25 SMART je akronymem pro S (specific) = specifické, M (measurable) = měřitelné, A (achievable, aspirational) = dosažitelné, ambiciózní, R (realistic) = realistické, T (time-bound) = termínované



Co má mít podle tohoto doporučení organizace splněno?

- sestavený realizační tým, jehož součástí jsou jak zástupci různých úrovní managementu a řadových zaměstnanců, tak různých profesí;
- rozdělené role v realizačním týmu (důležité pro zajištění obsahu i samotného fungování);
- zaznamenaný akční plán splňující popsání náležitosti;
- nastavený proces pro pravidelnou revizi plánu.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Velikost realizačních týmů se pohybovala od čtyř do jedenácti členů. Průměrný realizační tým měl sedm členů. Ve všech realizačních týmech byla zastoupena pozice koordinátora/ky paliativní péče, ředitele/ky organizace a zástupci zdravotní i sociální sféry. Vedoucí a řadoví pracovníci byli zastoupeni ve stejném poměru. U dvou organizací byli členy realizačního týmu i zástupci projektového oddělení. Jiné dvě organizace měly do realizačního týmu zapojené i pečovatele. U jedné organizace byl členem realizačního týmu praktický lékař a u jedné dokonce paliatr.

V případě zájmu jsme ochotni poskytnout akční plány k nahlédnutí.

POZNÁMKY

6. Vymezte si roli koordinátora paliativní péče a najděte ho

Role koordinátora paliativní péče se v organizacích prvního běhu programu ukázala jako důležitá při poskytování paliativní péče. Z organizačního pohledu je výhodné mít v organizaci pozici, která se tématu paliativní péče systematicky věnuje. Pomáhá udržovat téma živé, zaměstnancům v organizaci ukazuje, že je téma paliativní péče legitimní oblastí. Dále shrnujeme, jaký je profil koordinátora paliativní péče, jak vymezit jeho roli.

Čím se koordinátor paliativní péče zabývá?

V řadě organizací prvního běhu se koordinátor paliativní péče vyprofiloval jako profese přímé péče, která má na starosti:

- koordinaci případů klientů v závěru života – plánování péče, realizaci domluvených plánů;
- koordinaci zapojení externích subjektů při poskytování paliativní péče, zejména poskytovatelů obecné (např. praktického lékaře) a specializované paliativní péče (MSPP, konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích atp.);
- koordinaci a facilitaci multidisciplinární i meziorganizační spolupráce při poskytování paliativní péče;
- systematickou podporu a provázení zaměstnanců v poskytování paliativní péče tak, aby paliativní péči poskytovali správně, dále aby se při jejím poskytování cítili bezpečně.

Kromě uvedeného může koordinátor paliativní péče zastávat i další role v oblasti péče v závěru života, např. roli lídra paliativní péče v organizaci, roli vzdělavatele, interního mentora, roli projektového koordinátora, viz předcházející doporučení. Naopak některou z výše uvedených činností může vykonávat jiný člen týmu, či ji může koordinátor paliativní péče vykonávat ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu. V tomto záleží na profilu osoby vybrané na pozici.

Jaké předpoklady by měl koordinátor paliativní péče naplňovat?

- umět komunikovat s klienty i blízkými, výhodou je zkušenost s vedením rodinných konferencí;
- mít základy v případové práci;
- mít zkušenosti s přípravou plánu péče v závěru života;

- umět facilitovat, umět pracovat s konflikty;
- otevřeně komunikovat;
- mít zájem o obor paliativní a hospicové péče, výhodou je zkušenost v něm;
- mít zkušenost práce v přímé péči, výhodou je praxe v ošetřovatelství;
- mít motivaci;
- mít zkušenost a pozitivní vztah k multidisciplinární a mezioborové spolupráci;
- být flexibilní;
- mít dovednosti pro zvládnutí dalších svěřených rolí v oblasti péče v závěru života.

Má být koordinátor paliativní péče ze zdravotní či sociální sféry?

Ze zkušeností organizací prvního ročníku programu můžeme říci, že odpověď není jednoznačná. Záleží na:

- potřebách organizace, resp. pobytové služby;
- na dovednostech členů multidisciplinárního týmu a jejich potřebách;
- na skutečnosti, zda je plánování péče v kultuře organizace spíše zdravotnickým nebo sociálním tématem;
- jakými profesemi je v organizaci téma paliativní péče nesené.

Má být koordinátor paliativní péče zaměstnancem stávajícím, nebo nově nalezeným?

V organizacích prvního ročníku byli koordinátoři z řad stávajících zaměstnanců i koordinátoři, které organizace nově našly. Pozice koordinátora paliativní péče může být vykonávána jako samostatná pozice i jako součást pozice jiné. Při rozhodnutí o naplnění role doporučujeme, aby organizace zvážily:

- finanční možnosti zaměstnání nového zaměstnance v kontextu udržitelnosti pozice;
- motivaci, schopnosti a dovednosti stávajících zaměstnanců pozici vykonávat;
- jak rychle potřebují, aby koordinátor začal svou pozici vykonávat. Novým zaměstnancům bude nějakou dobu trvat, než se v organizaci zorientují a naváží vztahy. V případě, že se role ujme některý ze stávajících zaměstnanců, je nutné počítat s časem nutným pro předání doposud vykonávané pozice či její části.



Jak v organizaci vymezit roli koordinátora paliativní péče a nalézt ho?

- Uvědomit si, které role v implementaci a poskytování paliativní péče potřebuje organizace v horizontu následujících 12 měsíců zajistit, viz předcházející doporučení.
- Rozmyslet si, zda a jak bude koordinátor paliativní péče zajišťovat role uvedené výše, případně které další
- Vybrat a ustanovit koordinátora paliativní péče.
- Jednoznačně vymezit odpovědnosti, oprávnění, činnosti všech členů, kteří se na poskytování paliativní péče podílejí, zejména pokud se dělí o činnosti, které jsou hlavní náplní role koordinátora.
- Nastavit systém komunikace mezi rolmi a při poskytování péče v multidisciplinárním týmu.
- Fungování rolí vysvětlit zaměstnancům, které se s nimi budou setkávat.
- Odpovědnosti, oprávnění a činnosti všech členů, kteří se na poskytování paliativní péče podílejí pravidelně přehodnocovat, případně změny sdílet s relevantními zaměstnanci.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Pozici koordinátora paliativní péče většina koordinátorek vykonává na poloviční úvazek. V jednom velkém domově pro seniory se koordinátorce PP zvýšil na celý. Naopak ve dvou domovech je koordinace zajišťována na základě dohody o provedení práce. V průběhu dvou let se na této pozici vystřídalo dvacet osob (v patnácti organizacích prvního běhu). Ve třech případech došlo k výměně koordinátorky, dva domovy měli na této pozici dvě osoby najednou. Pozici koordinátora paliativní péče vykonávaly následující profese: osm koordinátorek ze zdravotní sféry (vrchní sestry, všeobecné sestry), dvě sociální pracovnice, jedna zdravotně sociální pracovnice a devět koordinátorek pracuje ve vedoucích pozicích (vedoucí přímé péče, vedoucí domova, ředitelka...). Patnáct koordinátorek PP bylo interních a pět externích. Role koordinátora paliativní péče se ukázala hned od počátku programu jako klíčová. V prvním půl roce plnil koordinátor paliativní péče z důvodu velmi intenzivního vzdělávání roli projektového manažera/administrátora. Následně bylo potřeba, aby se jeho pozornost přenesla přímo ke klientům a navazování spolupráce s externími subjekty. Následkem vysokých nároků na tuto pozici a zároveň nedostatečného vedení některých koordinátorů paliativní péče vyústilo v počáteční neztotožnění a nejistotu jednotlivých koordinátorů PP.

„Když jsem do toho vstupovala, nevěděla jsem, do čeho jdu. Není to nic lehkého. Je to velmi těžká pozice, záleží hodně na komunikaci a na struktuře organizace. Dřív jsem se manažerských schůzek neúčastnila, je to otázka zvyku.“ (koordinátorka PP)

„Pozice je tady vážená. Když něco řeknu, nikdo to nesmete. Máme multidisciplinární tým a já ho vedu, já začínám setkání, vše řeším. I když je tam paní ředitelka, tak já ho vedu. Koordinátorka PP má výsostné postavení.“ (koordinátorka PP)

„Pozice zakotvená, jasně definovaná. Pro mě je tam funkční.“ (mentorka)

„Koordinátor PP je jistota. Je to bod jistoty od začátku až do konce. Když si někdo neví rady, tak vždy jde za koordinátorem.“ (koordinátorka PP)

„Z koordinátora PP mám obrovskou radost. Je to člověk, který se za rok a půl neuvěřitelně posunul.“ (mentorka)

POZNÁMKY

7. Najděte si mentora pro organizační změnu

Ze zkušenosti našeho programu jasně vyplývá, že pro úspěšné zvládnutí změny a nastavení paliativní péče v domově může zásadním způsobem přispět podpora mentora. Cílem této kapitoly je představit, jak taková spolupráce může vypadat, jak mentory najít a jak jejich podporu správně využít.

Jak dobře spolupracovat s mentorem?

Doporučujeme domluvit si předem podrobný plán spolupráce – jak často a jakou formou se budete setkávat, jaká jsou vzájemná očekávání, role a zodpovědnosti. Obvykle je třeba, aby se mentor na začátku osobně seznámil s prostředím domova a měl možnost poznat organizační kulturu. Osobní setkání na začátku také pomáhá nastavit vzájemnou důvěru a ověřit si, zda vám to bude společně „fungovat“. Frekvence a rozsah další spolupráce je vždy k diskusi. Mentor by měl být dostatečně dostupný, aby fungoval jako podpora a opora, zároveň by se neměl stát nositelem změny. Tým musí mít dost prostoru pro samostatnou realizaci vytyčených kroků.

Práce mentora vyžaduje systematickou přípravu a pravidelnou časovou kapacitu, je proto dobré počítat s tím, že čas mentoringu bude třeba zaplatit a na tomto se domluvit. Samozřejmě se může stát, že se některý mentor nabídne vzít tuto roli pro bono, i tak je ale dobré nastavit si formálně smlouvu o spolupráci, kde budou jasně definované závazky a povinnosti obou stran.

V některých případech se cíl spolupráce může propsat do dokumentu, který se jmenuje akční plán změny, obsahujícím hlavní i dílčí cíle a harmonogram jejich dosažení (viz kapitola 5). Formulace tohoto dokumentu může být prvním společným úkolem pro mentora a mentorovaný tým.

Kde mentora najít?

Osvědčilo se nám, když je mentorem osoba se zkušenostmi s řízením týmu nebo organizace a zároveň někdo, kdo je obeznámen se zdravotnictvím a sociálními službami. Velkou výhodou je, pokud už má daná osoba sama nějakou mentorskou zkušenost nebo třeba pracuje jako kouč či supervizor. Dobrou volbou může být pracovník, který proces implementace paliativní péče řídil v jiném zařízení. Ze zkušenosti víme, že lidé jsou často ochotni sdílet své zkušenosti.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Kdo je to mentor?

Pro vystižení podstaty role mentora jsme v programu pracovali s metaforou „laskavého průvodce“. Mentor je někdo, kdo pomáhá organizaci s dosažením vytyčených cílů, v tomto případě s implementací paliativní péče a nastavením souvisejících procesů.

Mentor nemusí být expert na paliativní péči. Jeho úkolem není poskytovat expertní konzultace a znát všechny odpovědi, ale spíše pomáhat týmu v kladení správných otázek. Také slouží jako zdroj zpětné vazby a partner pro přemýšlení a diskusi o problémech, se kterými může být náročně přijít přímo za spolupracovníky nebo zřizovatelem. Měl by pomáhat s reflexí toho, co se daří a co ne, facilitovat diskusi v týmu a podporovat členy v tom, aby se jim dařilo dosahovat pokroku.

Mentor není:

- expert, který vše vymyslí za tým;
- osobní psychoterapeut;
- supervizor;
- vyjednaváč, který by šel místo týmu žádat zřizovatele o změny;
- osoba, která by dělala v procesu zavádění paliativní péče konkrétní rozhodnutí.

Zpětná vazba na mentoring od koordinátorek PP

- „Mentorka je pro nás kompas, který pomůže myšlenky utříbit a systematizovat.“
- „Mentoring plní funkci potvrzení, že postupujeme dobře.“
- „Role mentora je důležitá. Mentor by vás měl podpořit a navést vás na ten směr. Nepůjde a neudělá akční plán, ale navede na správnou cestu, jak začlenit PP do běžného života.“

V tomto případě je ale nezbytné, aby byla daná osoba srozuměna s rolí mentora, tzn. nebude pouze říkat, jak to bylo u nich, ale bude schopna podpořit tým v hledání jeho vlastní cesty.

Tipy na konkrétní mentory můžete získat od České společnosti paliativní medicíny (ČSPM), Centra paliativní péče (CPP), Sue Ryder.



Jak pro implementaci paliativní péče v domově využít mentora?

- Vyberte si člověka se zkušeností se zaváděním změn v organizaci, můžete využít doporučení jiných organizací nebo odborníků.
- Nezapomeňte, že mentor není supervizor ani expert pro řešení odborných otázek.
- Domluvte se předem na zadání, délce a způsobu spolupráce.
- Stanovte dopředu harmonogram setkávání, pravidelnost je zde nezbytná.
- Ve společném plánu popište cíle, ke kterým chcete za pomoci mentora dojít.

- „Mentorka je vynikající. Přináší oporu a jistotu, že se na někoho můžeme obrátit.“
- „Setkání s mentorkou nás popožene a utvrdí v tom, že jdeme dobrou cestou.“
- „Ona nám to nenadiktuje, oklikou nás do toho tlačí, že my to vyplodíme a máme lepší pocit. Velmi nás to obohacuje, má velkou zkušenost z praxe.“

Zpětná vazba na mentoring od mentorek

- „Mentora vnímám jako průvodce, pomocníka a podporovatele. Někdy situace není jednoduchá, někdy schůzka začne tím, že se nic nedaří. Já jim vliji krev do žil. Řeknu jim, že to není pravda, že se podařilo už hodně věcí. Potřebují vědět, že to, co dělají, dělají správně. Že to, co udělaly, je velký úspěch.“
- „Někdy mám pocit, že mentorka je spojovatel, zastřešovatel, který vyřkne nějaké věci nahlas. Funguje tak, že člověk je kompas, že ví, že nejde do horoucích pekel, vědí, že se na mne můžou obrátit.“
- „S domovy se mi spolupracuje dobře, nemám problém ani s jednou koordinátorkou, protože jsou vstřícné a milé. Jezdím ráda do domovů, rozumíme si.“

POZNÁMKY

8. Vzdělávejte se

Jak uchopit vzdělávání v tématu paliativní péče?

Vzdělávání ujasňuje pojmosloví, abychom pod stejným výrazem chápali co nejvíce podobné věci nebo procesy. Nové informace přináší i jiné pohledy na situaci a odhalují nové možnosti postupů. Dobře postavené vzdělávání je motivací ke změně. Společné vzdělávání přináší prostor pro sdílení názorů pracovníků, posiluje vzájemné vztahy a hodnoty organizace.

Vytvořte si plán vzdělávání v tématu paliativní péče.

Pamatujte na to, co jsme zmiňovali v kapitole 1 –

Určete si rozvoj paliativní péče jako prioritu.

Pozitivně propagujte téma mezi pracovníky.

Zdůrazněte, co dobrého to přinese klientům a také pracovníkům. Ptejte se pracovníků na jejich obavy, vyslechněte jejich názor. Berte v úvahu i možnou osobní situaci pracovníka, která by mohla mít vliv na jeho schopnosti poskytovat paliativní péči (úmrtí v rodině, proces truchlení). Začněte proškolením všech profesí, které se na péči o klienta účastní, a to jak přímo (pracovník v sociálních službách, všeobecná sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník, aktivizační pracovník, nutriční terapeut, lékař), tak nepřímo (vedení organizace, recepční, oddělení úklidu, údržby).

Jaké jsou formy vzdělávání v PP a kdy jsou formy vhodné?

- kurzy na klíč v organizaci – vhodné, když potřebujete najednou proškolit víc zaměstnanců, aby se zvýšila síla šíření tématu pracovníky v organizaci;
- kurzy pro jednotlivce – vhodné, když vnímáte potřebu, aby se pracovníci inspirovali pracovníky z jiných zařízení;
- kurzy pro jednu profesi – vhodné, když potřebujete prodiskutovat specifická témata pro danou profesi do hloubky;
- kurzy pro více profesí – vhodné, když potřebujete, aby jednotlivé profese poznali svoji práci a kompetence navzájem;
- kurzy s praktickým nácvikem komunikačních dovedností – vhodné, když pracovníci uvádějí, že je pro ně náročná komunikace s klientem i v rámci týmu;
- stáže a praxe pracovníků v organizacích, kde je PP poskytována – vhodné, když potřebujete:
 - » zvýšit motivaci pro poskytování PP,
 - » získat nové zkušenosti,
 - » ověřit si, že to děláte dobře;
- interní vzdělávání v rámci organizace – vhodné, když chcete ze vzdělávání vytěžit co nejvíc

a získané poznatky fixovat a převádět do praxe; určete si své interní mentory a podpořte je v dalším vzdělávání jak v oblasti paliativní péče, tak v oblasti mentoringu;

- debriefing vlastních kazuistik – vhodné, když je vaším cílem učit se z vlastní praxe a podporovat spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu.

Co jsou důležitá témata pro vzdělávání v paliativní péči?

Témata jsou popsána v pořadí, v jakém je vhodné je zařazovat při vzdělávání pracovníků v přímé péči. Pro vzdělávání těch, co se neúčastní přímé péče, je důležité neopomenout první dvě témata, pro pracovníky ve vedoucích pozicích je ještě důležité téma nastavení procesů pro poskytování paliativní péče.

- sebezkušenost – hraní hry Řekni mi, modulace prožívání ztráty aj.;
- filozofie a principy paliativní péče, definování pojmů;
- léčba příznaků v paliativní péči – v rámci kompetencí lékaře, všeobecné sestry, pracovníka v sociálních službách;
- práce s emocemi a komunikace;
- PP o klienta s poruchou kognitivních funkcí;
- plánování péče v závěru života;
- rodina klienta v PP;
- etická dilemata v paliativní péči;
- proces truchlení;
- nastavení procesů pro poskytování PP – téma pro management;
- sebebéče při péči o umírající.

Jak s tématem vzdělávání pracovat tak, aby pomohlo udržitelnosti?

Jednou z možností, jak zajistit udržitelnost vzdělávání, je vytvoření pozice interního mentora. Interní mentor je pracovník, který má s daným tématem nejvíc teoretických i praktických zkušeností. Je motivovaný podílet se na vzdělávání a rozvoji dalších pracovníků. V organizaci může působit víc interních mentorů s různým tematickým zaměřením (koncepty bazální stimulace, biografie, validace, paliativní péče aj.). Interní mentor má od vedení organizace vytvořen prostor, jak pro svoje vlastní další vzdělávání v tématu, tak pro práci s pracovníky, kterým je mentorem. V příkladu udržitelnosti vzdělávání je role mentora následující:

- Zajímá se o obsahovou stránku kurzu.
- Diskutuje s pracovníky, jak porozuměli informacím z kurzu, které informace byly natolik inspirativní, že by je byli ochotni zavést do praxe.



Co je s ohledem na vzdělávání v paliativní péči důležité pro podporu implementace?

- Komunikuje s proškolenými pracovníky, o tématu i s delším časovým odstupem, např. po jednom měsíci až dvou měsících.
- Účastní se na plánování vzdělávání z dlouhodobé perspektivy s ohledem na téma, kterého je mentorem.
- Nezapomíná na nově příchozí zaměstnance, aby se jim dostalo vzdělávání v tématu od základu.

Role interního mentora paliativní péče vnímáme jako slučitelnou s rolí koordinátora paliativní péče.

Co zvyšuje podporu motivace ke vzdělávání?

Je to reálný dopad naučeného na poskytování péče a na celkový chod práce v organizaci. Vybírejte témata, které teď pracovníci aktuálně řeší. Vybírejte lektory s praxí v tématu a schopností účastníky do školení aktivně vtahovat. Chvalte své pracovníky a uznejte jejich potřeby v oblasti vzdělávání. Vytvořte pracovníkům dobré podmínky pro vzdělávání v rámci plánování služeb, aby nebyli na školení po nebo před noční směnou a aby nemuseli v rámci školení na klíč v organizaci odcházet pečovat o klienty. Pečujte o pracovníky během školení – teplo v místnosti, občerstvení, nezkracování pauzy na oběd. Kurzy, které se konají v rámci organizace, ať zahajuje vedení organizace s povzbuzením a poděkováním.

- Vyberte vhodná témata kurzu, postupujte od základních témat ke specifickým.
- Vyberte vhodnou formu kurzu.
- Informujte se o náplni kurzu a podporujte možnosti zavedení znalosti do praxe.
- Podporujte motivaci ke vzdělávání tím, že bude možné jej absolvovat v rámci pracovní doby.
- Proškolte co největší počet pracovníků.
- Nastavte práci interních mentorů.

Kam se podívat, když vybíráme kurz s tématem paliativní péče:

- *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APPS)* [online]. APPS, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: www.apsscr.cz.
- *Centrum paliativní péče (CPP)* [online]. CPP, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: www.paliativnicentrum.cz.
- *Cesta domů* [online]. Cesta domů, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: www.cestadomu.cz.
- *Mobilní hospic Ondrášek* [online]. Mobilní hospic Ondrášek, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: www.mhondrasek.cz.
- *Remedium Praha* [online]. Remedium Praha, © 2006. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: www.remedium.cz.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Vzdělávání představuje zásadní součást implementace. Kvalitní vzdělávání může implementaci velmi podpořit.

„Vzdělávání je hlavní spouštěč zavádění PP obecně, ale i pro pracovníky v přímé péči.“
(koordinátorka PP)

„Nejlepší školení, jaké u nás zatím proběhlo.“ (účastník kurzu Paliativní přístup)

„Bylo to úžasné, moc děkuji! Perfektní organizace, velmi citlivý přístup lektorek, přesně ušité na míru pobytovým sociálním službám.“ (účastník kurzu Geri ELNEC)

„Děkujeme, kurz byl úžasný, pro mě v rámci projektu zatím nejlepší. Lektori jsou odborníci a lidi na správném místě.“ (účastník kurzu Paliativní péče pro sociální pracovníky)

Organizace, které prošly procesem zavádění paliativní péče, dále aktivně vytvářely aktivity, kde se tématu paliativní péče věnovaly. Příkladem jsou setkání typu Paliativní káva – jedná se o formát krátkého setkání nad tématem paliativní péče. Obsah je formován potřebami účastníků – slouží k reflexi, edukaci, vyjasnění postupů, vlastní péče atp., zkrátka k tomu, co účastníci potřebují.

V rámci interního vzdělávání se osvědčila práce s kazuistikami, která organizacím ukazovala posun v procesech poskytování paliativní péče.

„Velmi nám pomohlo zavedení multioborových interních workshopů ke konkrétním případům klientů v PP.“ (koordinátorka PP)

„Novinkou u nás je rozšíření o Paliativní kávu, která vede k větší komunikaci se zaměstnanci. Paliativní káva pro mne byla hrozně příjemná. Holky si o tom chtějí povídat.“ (koordinátorka PP)

Inspirativní balíček CPP pro vzdělávání v tématu paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Facilitované hraní hry Řekni mi

(je také součástí kurzů Paliativní přístup a Paleta)

Kurz Paliativní přístup

8hodinová akreditace MPSV

- úvodní vstup do tématu
- hraní hry Řekni mi
- vhodné pro všechny profese MDT

Kurz Paliativní péče

8hodinová akreditace MPSV

- definice PP, léčba příznaků, základy komunikace
- vhodné pro všechny profese MDT

Plánování péče v závěru života

8hodinová akreditace MPSV

- popis procesů plánování péče v závěru života
- základy komunikace
- práce s Průvodcem budoucí péče
- pravidla rodinné konference
- protokol SPOLU
- dokument Plán péče v závěru života
- vhodný pro všechny profese

Kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči

13hodinová akreditace MPSV

- 10 kompetencí SP dle Bílé knihy EAPC
- základy komunikace
- rodinná konference
- výzkum
- práce se ztrátou
- sebepéče
- kurz je určen jenom pro sociální pracovníky

PALETA, paliativní péče pro pracovníky v sociálních službách

24hodinová akreditace

- hraní hry Řekni mi
- základy paliativní péče
- péče v závěru života
- komunikace
- rodina klienta v paliativní péči
- paliativní péče o klienta s poruchou kognitivních funkcí
- sebepéče
- debriefing
- kurz je určen jenom pro pracovníky v sociálních službách

Geri ELNEC, bez akreditace MPSV

3denní kurz

- úvod do PP
- léčba bolesti
- léčba příznaků
- etika
- kulturní a duchovní potřeby
- komunikace
- poslední hodiny
- ztráta, zármutek, žal
- kurz je primárně určen všeobecným sestřám a je taky vhodný pro všechny další profese MDT

Komunikační ELNEC

bez akreditace MPSV, 2denní kurz

- základy komunikace
- komunikace dle Průvodce budoucí péče
- rodinná konference
- komunikace o symptomech
- psychické aspekty komunikace
- komunikace o duchovních potřebách
- komunikace v posledních hodinách
- celkem 6 hodin nácviku
- kurz je primárně určen všeobecným sestřám, výhodou je předešlé absolvování Geri ELNECu, je vhodný také pro ostatní profese MDT

Pro další rozvoj komunikačních dovedností:

ESPERO pro lékaře – kurz komunikace závažných zpráv určen jenom pro lékaře.

ESPERO pro sestry – kurz komunikace v obtížných situacích, určen jenom pro všeobecné a praktické sestry.

Více o kurzech na:

<https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>

Informace platné k 1. 9. 2024

POZNÁMKY

9. Přiveďte praktického lékaře k paliativní péči, navažte spolupráci se specialisty v oblasti paliativní péče

Zjednodušeně lze říci, že bez lékaře není poskytování paliativní péče možné. Součástí dobré paliativní péče je i komunikace o diagnóze a prognóze onemocnění a tišení symptomů nemoci – k tomu jsou velmi často potřeba léky. Cca 80 %²⁶ geriatrických klientů s potřebou paliativní péče bude pro dobrou kvalitu závěru života postačovat intervence na úrovni obecné paliativní péče.

Pro lékařské intervence v rámci obecné paliativní péče je příslušný praktický lékař.

Spolupráce s praktickým lékařem

Proč je praktický lékař důležitým partnerem při poskytování paliativní péče?

Praktický lékař má zpravidla navázaný vztah s klientem, případně i jeho blízkými. Po klinické stránce je v jeho pravomoci i jeho odpovědností přehodnocení plánu péče v době terminální fáze onemocnění, předepsání potřebné medikace i ošetrovatelských intervencí klientovi/pacientovi, pokud je stav klienta relativně stabilní a nepotřebuje trvalý, tj. 24/7 lékařský dohled. Součástí přehodnocení plánu péče je i komunikace s klientem, případně blízkými o diagnóze a prognóze onemocnění.

Jenže náš praktický lékař nechce o paliativní péči a umírání nic slyšet. Co s tím máme dělat?

Je skutečností, že téma umírání a smrti může být pro každého z nás – i lékaře – z různých důvodů obtížné, umírání a smrti se můžeme děsit, proto ji vytěsňujeme. Praktičtí lékaři mohou mít příliš mnoho pacientů, nemusí mít čas se věnovat rozhovorům s klienty a blízkými. Mohou se v těchto rozhovorech cítit nejistě. Mohou jim chybět znalosti pro předepisování potřebných léků k tišení symptomů, např. i proto, že se symptomy v závěru života nemají dost zkušeností. Jistě mohou být i další důvody k odmítání spolupráce v paliativní péči.

Zkuste tyto důvody nejprve zjistit a přijít na řešení, jak neochotu snížit. Pomoci může například:

- nabídka vzdělávání v paliativní péči;
- účast na setkávání paliativního týmu domova;
- účast na rodinné konferenci vedené paliatrem;
- nabídka podpory specialistou v oblasti paliativní péče – paliatři z domácích hospiců bývají ochotní konzultovat nastavení medikace u pacientů;
- jasné sdělení očekávání i potřeb domova v oblasti paliativní péče, vymezení pole působnosti praktického lékaře v nich.

V některých případech může pomoci čas – zvyknutí si praktického lékaře na skutečnost, že se s tématem v domově pracuje, blízká zkušenost s umíráním a smrtí. Může se tedy vyplatit být trpělivý.

Pokud je spolupráce zcela neprůchozí, možností může být změna praktického lékaře, přeregistrování klientů k jinému praktickému lékaři, který s tématem paliativní péče umí pracovat. Pomoci mohou rovněž geriatři, pokud v regionu působí. V některých regionech mohou být ochotní poskytovatelé specializované paliativní péče (viz dále) pomoci s indikací a nastavením potřebné léčby u klientů v terminální fázi onemocnění, kterou by měl kompetenčně zvládnout praktický lékař.

SPOLUPRÁCE S POSKYTOVATELI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Proč má smysl navázat spolupráci s poskytovateli specializované paliativní péče?

Protože poskytovatelé specializované paliativní péče jsou – jak termín napovídá – specialisty na oblasti péče v závěru života.

Ve kterých chvílích je vhodné se na poskytovatele specializované paliativní péče obrátit?

- Pokud se při péči setkáváte se situacemi, kdy se u některých vašich klientů nedaří zaléčit symptomy.
- Když je obtížná komunikace s klientem či jeho blízkými ohledně péče v závěru života.

- Pokud cítíte, že je poskytování paliativní péče mimo stávající kompetence vašeho týmu.
- Pokud je zdravotní stav klienta v závěru života natolik komplikovaný, že vyžaduje dostupnost lékařského rozhodování 24/7.
- Pokud hledáte průvodce při implementaci paliativní péče, či někoho, kdo vám může předat zkušenosti.

Kdo jsou poskytovatelé specializované paliativní péče, v čem nám mohou být v péči o klienta prospěšní?

Mezi poskytovatele specializované paliativní péče řadíme:

- **Ambulance paliativní medicíny:** Odbornost 720²⁷ – paliatři, kteří zde působí mohou zhodnotit klinický stav pacienta, nastavit potřebnou symptomovou léčbu (SOS medikaci), hovořit s klientem (pacientem) i blízkými o diagnóze, prognóze onemocnění a ve spolupráci s nimi a ošetřujícím personálem na základě diskuse o cílech péče v závěru života navrhnout plán paliativní péče. Nastavení léčby se zpravidla děje v rámci návštěvní služby, kterou mívají ambulance paliativní medicíny nasmlouvanou se zdravotními pojišťovnami. Ambulance paliativní medicíny jsou často (i když ne výlučně) registrovány poskytovateli, kteří současně provozují i MSPP.
- **Konziliární paliativní týmy v nemocnicích:** Při řadě nemocnic dnes existují nebo vznikají konziliární paliativní týmy. Zejména je-li klient v nemocnici opakovaně ze stejné příčiny v uplynulých několika měsících, nebo pokud by vás nepřekvapilo, kdyby klient v následujících šesti měsících zemřel, může být dobrým krokem pro budoucí kvalitu života klienta (po diskusi s ním, případně s blízkými), požádat konziliární paliativní tým o spolupráci. Rozsah poskytované péče je obdobný jako v případě ambulance paliativní medicíny, péče probíhá na půdě nemocnice.
- **Týmy mobilní specializované paliativní péče (MSPP)/domácí hospice:** Odbornost 926 (je-li registrována) – terénní týmy poskytující specializovanou paliativní péči 24/7 v přirozeném prostředí pacienta. Stále dostupná je pro potřeby klienta/pacienta ošetřovatelská a lékařská péče,

tým doplňují další profese, zpravidla sociální pracovník, psychologický pracovník, duchovní. Pokud pobytové zařízení a MSPP spolupracují v péči o klienta, hovoříme o tzv. sdílené péči. K jejímu nastavení a průběhu doporučujeme prostudovat následující doporučení.²⁸

- **Lůžková zařízení hospicového typu / kamenné hospice:** Specializovaná zařízení poskytující 24/7 lékařskou a ošetřovatelskou péči pacientům s nevyléčitelným nevratně progredujícím onemocněním. Kromě péče zdravotní je poskytována i péče sociální, psychologická, duchovní. Tam, kde nebudete schopni poskytnout klientovi péči v závěru života, může být překlad do podobného zařízení dobrou volbou pro zajištění kvality života. Kamenné hospice vám též mohou pomoci v edukaci vašeho personálu, mají-li kapacitu, případně mohou nabídnout i další podporu.

Kdy spolupráci s poskytovateli specializované paliativní péče navázat?

Přibližně pětina klientů²⁹ bude v závěru života pro dobrou kvalitu života potřebovat intervence v rozsahu specializované paliativní péče. V případě, že s implementací paliativní péče začínáte, pak pravděpodobně oceníte podporu ještě u více klientů. Je proto výhodné, máte-li tuto možnost v regionu, s těmito poskytovateli navázat kontakt a případně i spolupráci co nejdříve.

Jak spolupráci s poskytovateli specializované paliativní péče podpořit?

Aby spolupráce mohla být úspěšná, je výhodné vyjasnit si možnosti spolupráce, sdělit si vzájemně očekávání, domluvit si praktické náležitosti spolupráce, zajistit vzájemné poznání se zaměstnanců, kteří spolu budou přicházet do styku, a čas od času se osobně setkávat a připomínat si, o co ve spolupráci usilujete a jak toho dosahujete.

Zejména v případě spolupráce s poskytovatelem MSPP doporučujeme spolupráci ošetřit i po právní stránce; za pomoci právníka vytvořit smlouvu či memorandum o spolupráci.

27 Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR). *Seznam zdravotních výkonů* [online]. MZ ČR, 2016. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Ciselnik/Odbornost>.

28 Pro získání doporučení Fóra mobilních hospiců lze kontaktovat kancelář FMH na adrese: info@mobilnihospice.cz. Metodické doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory psané z pohledu poskytovatelů pobytových služeb: PECHOVÁ, Karolína: *Metodické doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory* [online]. Domov Sue Ryder, 2020. ISBN 978-80-907190-4-0. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/brozura_A4_web_final.pdf.

29 Procenta vyplývají ze zkušeností zaměstnanců domova pro seniory Sue Ryder.

KDYŽ SE ŽÁDNÁ SPOLUPRÁCE NEDAŘÍ

Co lze dělat, pokud se spolupráce s žádným propaliativním lékařem nedaří navázat a v okolí nejsou žádní poskytovatelé specializované paliativní péče či nemají dostatek kapacity?

Pak nezoufejte. Pro kvalitu života vašich klientů i blízkých má velký význam i to, že je nedílnou součástí vaší péče paliativní přístup; o paliativní péči víte, hovoříte s rodinami, dodržujete v praxi principy paliativní péče, máte nastavené postupy, chcete se v tématu posouvat.



Co je potřeba k tomu, aby bylo v organizaci možné pokrýt paliativní potřeby klientů v rámci obecné i specializované paliativní péče?

- Získat si praktického lékaře pro myšlenku podpory paliativního přístupu v domově, podpořit jej v rozvoji jeho kompetencí, případně najít jiného lékaře s propaliativním postojem.
- Navázat spolupráci s poskytovateli specializované paliativní péče na úrovni konzultací nebo přímo sdílené péče.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Na konci programu měly všechny organizace navázanou spolupráci s minimálně jedním poskytovatelem specializované PP. Nejčastější druh spolupráce byl s MSPP.

Většina organizací přenastavila svou spolupráci s praktickými lékaři, v některých případech došlo i ke změně praktika či snížení počtu spolupracujících praktických lékařů. Velkou roli ve zlepšení spolupráce hrálo také vzdělávání.

„Velice se zlepšila spolupráce po absolvování kurzů pro lékaře.“
(člen realizačního týmu)

„Po zajištění vstupního požadavku přišla další výzva v podobě nastavení spolupráce a komunikačních toků mezi praktickým lékařem a paliatrem. Proběhla schůzka praktické lékařky s paliatričkou ohledně komunikace a nastavení pravomocí, řešení informačních nedorozumění, plánu spolupráce a návrhu jejich řešení.“
(koordinátorka PP)

POZNÁMKY

10. Plánujte péči v závěru života a sdílejte dokumentaci

Plán péče v závěru života dává návod, jak v těchto konkrétních situacích postupovat. Je prostředkem, jak zajistit, aby klient a jeho rodina až do konce života klienta mohli rozhodovat o péči a nebyli vydáni napospas okolnostem, ve kterých se ocitnou. Předchází nedorozuměním s rodinou i klientem. Je oporou při rozhodování pro profesionální pečující. Sdílená dokumentace umožňuje předávání informací v multidisciplinárním týmu a vytváří důležitý základ pro poskytování celostní péče.

PLÁN PÉČE V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Proč se věnovat plánování péče?

- Plánem dáváte oporu pečujícím při poskytování péče v závěru života.
- Zvyšujete pravděpodobnost poskytnutí péče podle preferencí a hodnot klienta.
- Zvyšujete předpoklad shody na poskytování péče s rodinou, objasněte, k čemu přispívá postup tvorby plánu péče.

Jak podpořit plánování péče v organizaci?

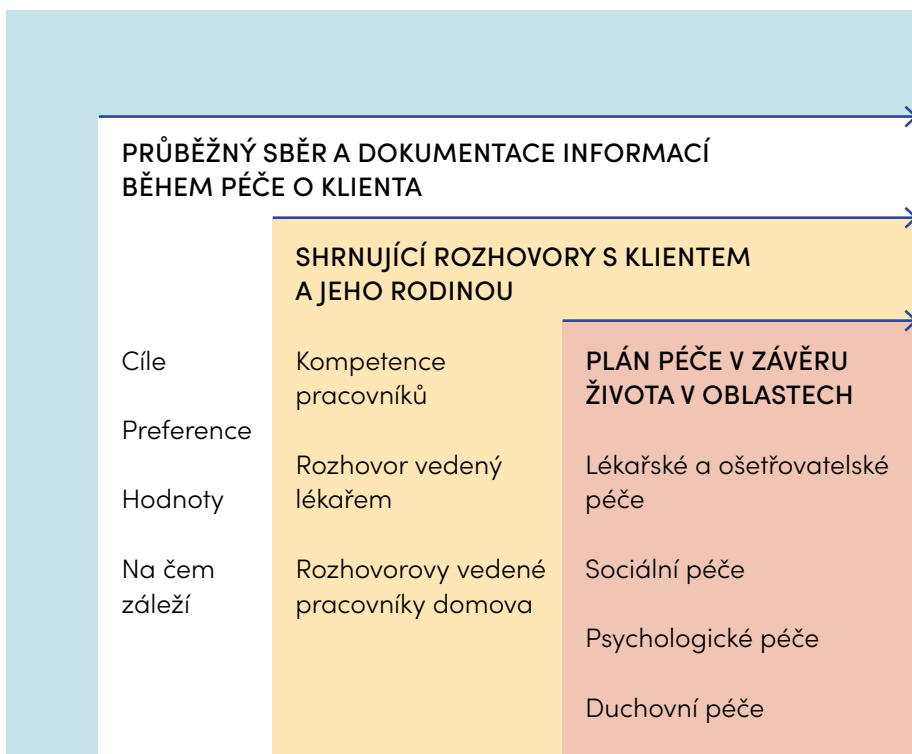
- Vzdělávejte pracovníky v oblasti plánování péče v závěru života.
- Informujte pracovníky zařízení, kdo u klienta koordinuje vytvoření plánu péče v závěru života.
- Ukotvěte proces plánování péče v závěru života v metodice poskytování paliativní péče.
- Podporujte pracovníky v jejich kompetencích, které uplatňují v procesu plánování péče v závěru života.
- Umožněte pracovníkům praktický nácvik komunikace o přáních a preferencích klienta a jeho rodiny.
- Ved'te debriefing kazuistik klientů, u kterých proběhlo plánování péče v závěru života.

Jaké jsou postupy tvorby plánu péče v závěru života?

- Sbírejte informace o preferencích a přáních klienta, je možné, abyste využili Průvodce budoucí péčí nebo jiné návody. Ved'te své pracovníky k tomu, že nikdy není brzy vést rozhovor o přáních a preferencích, spíš je už někdy pozdě.
- Ved'te rozhovor s klientem a rodinou, řiďte se protokolem Spolu nebo jiným návodem.
- Sestavte jasný stručný Plán péče v závěru života.

Co je součástí Plánu péče v závěru života?

- popis cílů klienta a jeho rodiny pro péči v závěru života;
- lékařské aspekty péče – popis terminálního stavu, limitace péče, postup při zhoršení zdravotního stavu klienta, vyjádření k hospitalizaci, medikace příznaků, včetně SOS medikací;



Obr. 7: Postup tvorby plánu péče v závěru života
Zdroj: schéma vychází ze zkušeností z programu

- ošetrovatelské aspekty péče – plán pravidelné monitorace příznaků a jejich vyhodnocení, ošetrovatelských intervencí, sledování progresu stavu;
- oblast obslužné péče – popis úlevových poloh, plán režimu dne na základě předem zjištěných preferencí, plán hygienické péče, plán podávání jídla a tekutin;
- oblast sociálních potřeb – popis vztahové sítě v tomto období, plán, komu a kdy se má volat, o které členy rodiny je potřeba víc pečovat, kdo z rodiny chce klienta doprovázet v posledních hodinách, kdo a jak z pracovníků doprovázející rodině poskytne podporu;
- oblast psychických potřeb – monitoring psychických potřeb a plán intervencí pro jejich uspokojování; co klient prožívá – úzkost, neklid, zda nechce být sám či chce být sám, zda chce být s někým blízkým;
- oblast duchovních potřeb – monitoring uspokojení duchovních potřeb na základě znalostí přání a preferencí klienta z předešlých rozhovorů, plán, zda volat duchovního, v kladném případě kontakt na něj;
- informace, zda se mluvilo s rodinou ohledně oblékání zesnulého, zda vybrali šaty, zda se chtějí na péči o tělo zemřelého podílet, jakou pohřební službu rodina vybrala.

Kdo se na sestavení plánu podílí?

- Zajistěte, aby se na plánu péče v závěru života podílel každý, kdo pečuje o klienta, a to v rámci kompetencí své profese.
- Umožněte klientovi a jeho rodině, aby se mohli na sestavení plánu podílet. Využívejte k tomu profesionálně vedené rodinné konference.

Kdy má být plán péče v závěru života sestaven?

- po sběru informací o preferencích a hodnotách klienta a po komunikaci s rodinou klienta;
- v případě zhoršujícího se zdravotního stavu (např. předcházející opakované hospitalizace);
- ve stadiu, kdy nevléčitelné onemocnění přechází do terminální fáze.

Jaká má být forma plánu péče?

- písemná;
- konkrétní, jasná, stručná.

Komu má být plán péče dostupný?

- všem pečujícím;
- rodině, klientovi;
- dalším pečujícím při přesunu klienta do jiného zařízení.

Sdílená dokumentace

Proč je důležitá sdílená dokumentace?

Paliativní péči nelze komplexně poskytovat v rámci jedné profese. Získané informace v rámci jedné profese mohou pozitivně zasahovat do poskytování péče jinou profesí. Dostupnost informací v rámci profesí zajišťuje sdílená dokumentace. Například pracovník v sociálních službách (PSS) zaznamená do sdílené dokumentace, že klientku teď trápí spor s dcerou. Pro poskytování ošetrovatelské péče je to informace o možnosti výskytu celkové bolesti, pro fyzioterapeuta pochopení, proč je klientka méně motivována, pro sociálního pracovníka podnět k rozhovoru s klientkou, dcerou.

Proč se věnovat tématu sdílené dokumentace?

Poskytování paliativní péče klade větší důraz na multidisciplinaritu než péče, která nevychází z principů paliativní péče. Sdílená dokumentace není běžným standardem při poskytování péče, pomáhající profese nemají zkušenosti, jak s ní pracovat.

Co rozumíme pod pojmem sdílená dokumentace?

Sdílená dokumentace je dokumentace, ke které mají přístup profese podílející se na péči o klienta. Prakticky je řešena typem dokumentace, která je určena všem profesím, například: „průvodce budoucí péčí“, „dříve vyslovené přání“, „plán péče v závěru života“. Druhou možností je vytvoření prostoru, kde jednotlivé profese zaznamenávají informace, které jsou potřebné pro poskytování péče jinými profesemi (např. záložka sdílená dokumentace v programu pro vedení dokumentace o poskytování péče).

Jak naložit s přístupem/sdílením informací mezi zdravotními a sociálními profesemi v domově?

Kdo má právo nahlížet do zdravotní dokumentace klienta, určuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)³⁰. V kontextu sdílené dokumentace je důležitý § 45 odst. 2 písm. g), který stanovuje, **že poskytovatel zdravotních služeb (tj. lékař) je povinen předat poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi.** Zařízení má tedy ze zákona právo znát informace o zdravotním stavu klienta, jsou-li potřebné k zajišťování ošetrovatelské a pečovatelské péče v zařízení.

Zákon č. 372/2011 Sb. § 65 odst. 1. písmeno b) také říká, že do dokumentace mohou nahlížet „osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo

30 Ministerstvo zdravotnictví České republiky (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů, částka 131/2011*. 8. 12. 2011. ISSN 1211-1244.

opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba“ a dále odst. 2 upřesňuje, že „do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou **bez jeho souhlasu nahlížet**, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu“ i „jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání“. V praxi to znamená, že pracovník v sociálních službách má znát informace o zdravotním stavu klienta, které jsou nezbytné pro poskytování péče. Příkladem může být znalost diagnózy, která vyžaduje specifický přístup ke klientovi, např: diabetes mellitus, demence, terminální stav onemocnění. Dále to mohou být informace o tom, jakou skupinu léků klient užívá – diuretika, opiáty, a to z důvodu, který vyžaduje specifický přístup ke klientovi. O tom, které zdravotní informace jsou pro poskytování péče pracovníka v sociálních službách potřebné proto, aby péče byla poskytnuta v zájmu klienta, je dobré diskutovat v týmu a s racionálním odůvodněním je pracovníkům v sociálních službách poskytovat prostřednictvím sdílené dokumentace.

Jaké jsou překážky pro vedení sdílené dokumentace a jak s nimi naložit?

Překážkou může být dvojitá administrativa, kdy profese zaznamenávají informace o péči do dokumentace, kterou vedou v rámci poskytování své péče, a pak z těchto informací vybírají ty, které jsou důležité pro ostatní profese v celkovém kontextu poskytování péče. Když pracovníci různých profesí budou vnímat, že jim informace ve sdílené dokumentaci pomáhají lépe poskytovat péči, tak budou motivováni tuto dokumentaci vést. Je potřeba před nastavením vedení sdílené dokumentace s pracovníky o tom diskutovat a připravit seznam možných témat, informací, které by chtěli v rámci dokumentace sdílet. Zavedení sdílené dokumentace je proces změny, u kterého je třeba se řídit kroky změny popsané v kapitole 3.



Co má mít organizace nastavené v plánování péče v závěru života, co v oblasti sdílené dokumentace?

- Vzdělávejte pracovníky v tématu plánování péče v závěru života.
- Popište proces plánování péče v závěru v metodice.
- Určete, kdo je koordinátorem plánování péče v závěru života.
- Podpořte pracovníky v jejich kompetenci při plánování péče v závěru života.
- Plánujte péči v závěru života s rodinou a klientem.
- Začněte plánovat časně.
- Dbejte na to, že plán péče v závěru života musí být konkrétní a stručný, v písemné podobě.
- Popište pracovníkům formu a proces vedení sdílené dokumentace.
- Informujte pracovníky, co jim vedení sdílené dokumentace přinese.
- Při zavádění vedené sdílené dokumentace postupujte podle kroků změny.

Vzor plánu péče v závěru života naleznete [ZDE](#) a o zaslání dokumentu Průvodce budoucí péčí ve formátu zapisovatelného PDF si můžete zažádat na adrese office@paliativnicentrum.cz.

PŘÍKLADY Z PRAXE

V rámci rozvoje dokumentace a plánů péče v závěru života absolvovaly organizace kurz Plánování péče v závěru života od Centra paliativní péče a zároveň se zapojily do pilotáže dokumentu Průvodce budoucí péčí taktéž od CPP. Více než polovina organizací využila v první fázi k dokumentování paliativní péče dokument poskytnutý CPP, který byl následně uzpůsoben specifickým potřebám jednotlivých organizací. Dvě třetiny organizací dokumentují realizaci paliativní péče elektronicky a stejný počet organizací vytvořil pro paliativní péči oddělenou složku/oddíl místo toho, aby informace zařadili do běžné dokumentace. Odpovědnou osobou za dokumentaci paliativní péče je v cca 80 % koordinátor paliativní péče. Jednou z klíčových otázek je, kdo z personálu může mít k dokumentaci přístup.

„Každý klient v rámci adaptačního období má sestaven plán péče v závěru života.“ (koordinátorka PP)

POZNÁMKY

11. Reflektujte dění v paliativní péči

V průběhu zavádění paliativní péče i jejího poskytování doporučujeme cíleně podporovat reflexi individuální i týmovou. Učení se děje na podkladě reflexe zkušeností. Model učení se ze zkušenosti popsal D. A. Kolb (Obr. 8).³¹



Obr. 8: Adaptovaný model Kolbova cyklu³¹
Zdroj: převzato z citace 31

Cíleným reflektováním zkušeností se:

- umožňuje učení se individuální i týmové;
- zvyšuje se flexibilita zúčastněných;
- zvyšuje se odolnost zúčastněných;
- zrychluje se implementace procesu;
- zkvalitňuje se poskytování paliativní péče;
- zvyšuje se porozumění mezi členy týmu;
- zvyšuje se potenciál udržitelnosti projektu;
- zkvalitňuje se poskytování péče jako celku – naučené se přenáší do dalších oblastí.

K podpoře reflexe lze využít celou řadu formátů, mezi jinými supervizi, mentoring, další formáty, např. kazuistická setkání, tzv. paliativní kávy aj.

SUPERVIZE

Proč potřebujeme supervizi?

Zavádění paliativní péče s sebou nese řadu nároků na personál. V předchozích kapitolách jsme probírali komplexní změnu organizační kultury, ke které často zavedení paliativního přístupu vede. Zkušenosti z našeho projektu ukazují, že díky zavedení paliativního přístupu spolu často začaly mnohem více komunikovat jednotlivé úseky organizace. Prohloubení multidisciplinární spolupráce a propojení služeb s sebou může přinášet vedle efektivnější a komplexnější péče také různé třenice a spory. Pro některé pracovníky může být vyšší míra spolupráce ohrožení jejich vnímání vlastní role a zásah do kompetencí. Paliativní péče zároveň přináší nutnost pracovat vědomě s tématem konce lidského života. Péče o umírající nastavuje zrcadlo i těm, kteří se o ně starají. Přináší uvědomění vlastní smrtelnosti, křehkosti lidského zdraví, nabízí existenciální otázky o smyslu života a často také velmi plasticky vykresluje hodnotu blízkých vztahů, odpuštění, ale také bolest z křivd, utrpení a nesplněných přání. Všechna tato témata mohou být pro personál zdrojem úzkosti, frustrace a napětí. **Jako velmi užitečný nástroj pro jejich prevenci a řešení doporučujeme supervizi.**

Co je to supervize?

Supervize je specifický způsob podpory jednotlivců i týmu, kdy mají možnost v rámci bezpečného prostředí pod vedením nezávislého facilitátora reflektovat radosti a těžkosti, které v práci zažívají. Přestože dnes patří mezi standardní součást fungování podpůrných profesí, supervize má mezi některými pracovníky v sociálních službách a zdravotnictví nedobrou pověst. Většinou za to může negativní zkušenost s konkrétním supervizorem nebo nedostatečné porozumění tomu, jak supervize funguje a co je třeba k jejímu efektivnímu využití. Proto doporučujeme zvolit kvalitního supervizora a předem dojednat formát spolupráce a vzájemná očekávání. Také **doporučujeme supervizi vnímat jako povinnou součást práce** a zařadit ji do běžné pracovní doby.

Někdy se supervize v organizacích poptává jako řešení aktuální krize. Může to pomoci, přesto **doporučujeme zavést supervizi jako pravidelnou formu podpory personálu**. Díky obeznámenosti s jejím fungováním může ve chvílích krize fungovat lépe, než když se v krizové

31 Česká cesta. *Kolbův cyklus učení* [online]. © Outward Bound – Česká cesta, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023] Dostupné z: [https://is.ceskacesta.cz/popup.py;me\\$obrazek?idf=OBR00000000000582&popis=%3C](https://is.ceskacesta.cz/popup.py;me$obrazek?idf=OBR00000000000582&popis=%3C).

situaci tým teprve s celým konceptem a supervizorem seznamuje. Zároveň se na supervizích mohou otevírat i pozitivní témata a představuje to společný čas pro zastavení a ohlédnutí za tím, jak se nám jako týmu daří, na což v běžném provozu nebývá dost prostoru.

Jak to nastavit a kde hledat supervizora?^{32,33}

Podle velikosti organizace může supervize být otevřená pro všechny zaměstnance nebo se dělit podle profesí nebo jiného klíče. Doporučujeme toto prodiskutovat se zvoleným supervizorem. Toho můžete vybrat například z adresáře Asociace supervizorů pomáhajících profesí²¹ nebo Českého institutu pro supervizi²². Supervize nenahrazuje mentoring a supervizor nemusí mít vlastní zkušenost s konkrétním typem služby, kterou superviduje. Jedná se o svébytnou profesi, která je založena na specifickém vzdělání a proces vedení supervize je přenositelná dovednost mezi sektory, takže nemusíte hledat „supervizora domovů pro seniory“ nebo paliativního odborníka.

Jak podpořit zavedení supervize v organizaci

- Zvolte supervizora, který má akreditaci nějaké zastřešující organizace (například Český institut pro supervizi) a má zdokumentovanou praxi a zkušenosti.
- Zaveďte supervizi jako pravidelnou formu podpory týmu, nenechávejte ji jako řešení krize.
- Nabízejte ji v rámci pracovní doby jako očekávanou součást výkonu zaměstnání.
- Reflektujte s týmem, jak supervizi vnímají, případně jak by ji chtěli upravit.
- Pokud supervizor nenaplní očekávání, najděte lepšího. Je však důležité, aby tým dokázal odlišit lidský faktor a hodnotu supervizního procesu jako takového.

Mentoring

Kvalitní mentor nabízí prostor pro učení se ze zkušenosti. Pro více informací o „externím“ mentoringu doporučujeme podívat se do doporučení č. 6, o „interním“ mentoringu je více pojednáno v doporučení č. 7.

Další formáty pro reflexi zkušeností

Vedle supervize je vhodné využívat i další formáty umožňující reflexi práce. Osvědčují se například:

- Setkání nad vybranými kazuistikami, kde může tým reflektovat co se podařilo a kde je prostor pro zlepšení péče.
- Intervizní setkání, kde je prostor pro sdílení podobně jako u supervize, ale bez facilitace externím supervizorem.
- Paliativní kávy, kde mj. může být prostor pro reflexi zkušeností, procesů, emocí.

- Společné workshopy nad tématem paliativní péče. Kromě případů je vhodné dát prostor pro reflexi dílčích aspektů poskytování paliativní péče, např. rolí členů multidisciplinárního týmu v paliativní péči, reflexi spolupráce s externími subjekty. Aby byla reflexe účinná, setkání by se měli účastnit ti, jichž se dané téma týká.
- Společné vzdělávání, kde kromě znalostí a dovedností je v průběhu i po vzdělávání možné reflektovat, „jak to my u nás děláme“.

Můžeme jen doporučit, aby na každé vzdělávání společně vyjíždělo více členů organizace, po skončení kurzu frekventanti z jedné organizace vzdělávání reflektovali (Co jsem se dnes naučil? Co u nás děláme stejně, co jinak? Co mi/nám přijde jako dobré změnit/začít dělat u nás a proč?).

Reflektovat lze jakoukoliv zkušenost s paliativní péčí či její implementací. Reflexe by se měla stát nedílnou součástí implementace paliativní péče i jejího poskytování. Aby se tak mohlo stát, členové multidisciplinárního týmu by měli vzít za své, že je zamýšlení se nad tím, proč a jak věci děláme, normální a pro kvalitní poskytování péče i zásadně důležité.

Pro další inspiraci k tématu reflexivní praxe doporučujeme články z časopisu Sociální služby (např. *Reflexivní já sociálního pracovníka*. 2023; 2: 11–16./2023)



Jak podpořit reflexivní praxi v organizaci?

- Reflexi vědomě využívejte.
- Určete osobu, která bude zodpovědná za reflexi případů v paliativní péči.
- Dejte prostor krátké týmové reflexi případu po každém úmrtí klienta, zkušenosti zúročte v další péči.
- Dejte prostor pro reflexi dalších situací, které vyvstávají v souvislosti s implementací paliativní péče i jejího poskytování. Reflexi podpořte výběrem vhodného formátu (např. supervizí, facilitací, společným workshopem, paliativní kávou apod.

32 Asociace supervizorů pomáhajících profesí (ASUPP) [online]. ASUPP, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: <https://asupp.cz/>.

33 Český institut pro supervizi (ČIP). Stránky pro supervize a supervidované [online]. ČIP, nedatováno. [cit. 7. 4. 2023]. Dostupné z: www.supervize.eu.

PŘÍKLADY Z PRAXE

Jedním z překvapivých poznatků programu bylo, že se organizace v průběhu programu musely naučit více a lépe pracovat s reflexí.

„Nevede se nám reflexe po úmrtí. U nás to není automatické. Neumíme s tím pracovat.“
(koordinátorka PP)

„Za největší úspěch kvartálu považuji pravidelné schůzky realizačního týmu a používání reflexe.“
(koordinátorka PP)

Supervize plnila klíčovou roli u většiny organizací v programu. Některé organizace ji měly zavedenou ještě před vstupem do programu, ale větší počet organizací získal první zkušenost se supervizí až po začátku programu.

„Máme supervize, zasahuje to do paliativy. Potřebuju se svěřit. Nevím, jestli to nebude lepší jen osobně. Byla jsem jen jednou. Ve skupině si to nedovedu představit.“ (koordinátorka PP)

Frekvence supervize se u jednotlivých organizací lišila.

„Máme supervize, to je dobrý, každý měsíc. Pomáhá mi to.“ (koordinátorka PP)

„Supervize týmu PP jsou čtenější.“ (koordinátorka PP)

Mentoring a další formáty reflexe si v organizacích našli své místo.

„Na posledním setkání s mentorkou jsme rekapitulovali celý program, ukázali veškeré dokumenty, metodiku, kazuistiky. Společně jsme celý proces hodnotili.“ (koordinátorka PP)

„Vytváříme si písemné kazuistiky k jednotlivým klientům v PP, to sice původně nebylo programovým cílem, ale velmi se osvědčuje si kazuistiku sepsat a průběžně hodnotit postupy a péči.“
(koordinátorka PP)

POZNÁMKY

Závěr

Cílem metodiky bylo podat doporučení pro implementaci paliativní péče do prostředí pobytových sociálních služeb pro seniory. Přestože zavádění paliativní péče v rámci programu, který poskytuje balíček vzdělávání, mentoring a zároveň ještě přímou finanční podporu má svá specifika a mohl by se zdát v mnoha oblastech jednodušší, tak záměrem této sady doporučení je jejich univerzální aplikovatelnost. Kromě nastínění konkrétních kroků může tento dokument sloužit také jako podklad pro sepsání projektového záměru či vyjednávání financí pro pozici koordinátora paliativní péče a jiných klíčových prvků implementace.

V případě dotazů se můžete obracet na koordinátorku a evaluátorku programu NF Abakus Barboru Nejedlou: barbora.nejedla@sue-ryder.cz.

GeripASS

Jedenáctero k implementaci geriatrické paliativní
péče v pobytových sociálních službách
2024



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE

aoba
kuos
NADAČNÍ FOND