

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

**Integrace specializované paliativní péče  
do domova pro seniory  
a spolupráce dvou subjektů  
v rámci projektu Paliatr Vysočina**

Bc. et Bc. Ludmila Holíková

Katedra: Praktické teologie

Vedoucí práce: Mgr. Monika Ulrichová, Ph.D.

Studijní program: Teologie

Studijní obor: Křesťanská komunitní krizová a pastorační práce - diakonika

Praha 2024

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Integrace specializované paliativní péče do domova pro seniory a spolupráce dvou subjektů v rámci projektu Paliatr Vysočina napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze 2. února 2024



Ludmila Holíková

## **Anotace**

Diplomová práce sleduje na teoretické rovině integraci specializované paliativní péče do domova pro seniory a spolupráce dvou subjektů v rámci projektu Paliatr Vysočina. Práce je formálně členěna do 5 kapitol, obsahuje 13 příloh. Autorka v jednotlivých kapitolách specifikuje základní pojmy hospicové a paliativní péče a koncepci paliativní péči v České republice, projektu Paliatr Vysočina a domácího hospice jako nositele specializované paliativní péče. Charakterizuje klinický profil seniorské populace v pobytových zařízeních sociálních služeb. Přibližuje specifika spolupráce dvou subjektů ve sdílené péči a to konkrétně na rovině vrcholového, liniového a operačního managementu. V této souvislosti jsou závěrečné kapitoly věnované multidisciplinární týmové a meziagenturní spolupráci, spolupráci zdravotnických a sociálních profesí, vedení dokumentace, zpětné vazbě a případové supervizi. Téma diplomové práce doplňují podpůrné právní instituty k projevení vůle ohledně budoucí péče v závěru života v kontextu současné právní úpravy Občanského zákoníku.

## **Klíčová slova**

Senior. Specializovaná paliativní péče. Domov pro seniory. Projekt Paliatr Vysočina. Multidisciplinární tým. Podpůrná opatření.

## **Summary**

The master's thesis examines, on a theoretical level, the integration of specialized palliative care into senior home care and the collaboration of two entities within the Paliatr Vysočina project. The thesis is formally divided into 5 chapters and contains 13 appendices. The author specifies basic concepts of hospice and palliative care, the concept of palliative care in the Czech Republic, the Paliatr Vysočina project, and home hospice as a provider of specialized palliative care in individual chapters. They characterize the clinical profile of the senior population in residential social service facilities. The thesis also outlines the specifics of collaboration between two entities in shared care, specifically in terms of top-level, line-level, and operational management. In this context, the concluding chapters focus on multidisciplinary team and inter-agency collaboration, collaboration between healthcare and social professions, documentation management, feedback, and case supervision. The thesis topic is complemented by supportive legal institutions regarding expressing preferences for future end-of-life care within the current legal framework of the Civil Code.

## **Keywords**

Senior. Specialized palliative care. Nursing home. Project Paliatr Vysočina. Multidisciplinary team. Support measures.

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Monice Ulrichové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za její připomínky, rady a pomoc.

Můj dík patří též sestřám mé komunity, za jejich skrytou podporu, kterou mě po celou dobu studia provázely.

# Obsah

Úvod.....	7
<b>1. Hospicová nebo paliativní péče.....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení pojmů paliativní péče .....	12
1.2 Koncepce poskytování paliativní péče v České republice.....	16
1.3 Koncepce projektu Paliatr Vysočina.....	20
1.4 Koncepce Domácího hospice – poskytovatele MSPP .....	22
<b>2. Dům, který chce být domovem.....</b>	<b>26</b>
2.1 Geriatrická křehkost.....	28
2.2 Lidská důstojnost na přirozeném sklonku lidského života .....	31
2.3 Koncepce domova pro seniory .....	34
<b>3. Strategie integrace paliativní péče do DS v projektu Paliatr Vysočina. 38</b>	
3.1 Specifika spolupráce .....	40
3.2 Vrcholoví manažeři – organizační vize a kultura organizací.....	44
3.3 Linioví manažeři organizací - postoje a motivy pracovníků .....	47
3.4 Zaměstnanci organizací – znalosti, dovednosti, spolupráce .....	49
<b>4. Spolupráce v multidisciplinárním týmu .....</b>	<b>52</b>
4.1 Multidisciplinarita.....	53
4.2 Spolupráce zdravotnických a sociálních profesí.....	55
4.3 Vedení dokumentace.....	58
4.4 Reflexe a případová zpětná vazba .....	61
<b>5. Právní instituty a projevení vůle při plánování budoucí péče.....</b>	<b>63</b>
5.1 Dříve vyslovené přání .....	64
5.2 Podpůrná opatření Občanského zákoníku.....	67
5.3 Náhlá ztráta schopnosti rozhodovat.....	74
<b>Závěr .....</b>	<b>76</b>
<b>Seznam literatury .....</b>	<b>78</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>87</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>89</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>90</b>

# Úvod

*Jsem přesvědčen, že svět není jen místem,  
kde jakýmsi nedopatřením trčíme a čekáme, až to pro nás skončí.  
Podobně jako obraz nebo román i lidský život musí skončit.*

*Lidská smrt, právě proto že je v životě přítomná jako vyhlídka,  
dává tomuto životu tvar, napětí, vážnost i dramatickou podobu.  
Dává událostem i činům jejich jedinečnost, platnost a hodnotu.  
Jen díky ní může existovat hrdinství.  
Jan Sokol*

Integrace paliativní péče do domova pro seniory (dále jen DS) a sdílená péče dvou subjektů – zde DS a domácí hospic (dále jen DH), je myšlenka, kterou se dlouhodobě zabývám. Můj zájem souvisí s klinickou praxí, kdy jsem byla mnohokrát svědkem situace, kdy jsme v rámci péče v DS nebyli schopni zajistit péči o ošetrovatelsky náročné klienty v posledních týdnech a dnech jejich života. Tuto typickou situaci pobytových zařízení sociálních služeb výstižně popsala Karolína Hrdá: „v zásadě jsme předvíдали vývoj zdravotního stavu obyvatel, jeho náhlé zhoršení nás nepřekvapovalo, ale pokud nebyl zrovna přítomný praktický lékař, zdravotní sestry volaly rychlou záchrannou službu. Pokud se obyvatel DS z hospitalizace vrátil, byl velmi často v podstatně horším stavu než při svém odjezdu – s proleženinami, s menší mírou soběstačnosti, někdy se zhoršenými kognitivními schopnostmi. V řadě případů se již obyvatelé zpět do místa, které mnozí z nich nazývali domovem, nevrátili a během hospitalizace zemřeli.“<sup>1</sup>

Dalším významným motivem k studování tématu v rámci projektu Paliatr Vysočina je skutečnost, že v této lokalitě se nachází pobytové zařízení sociálních služeb, jejímž zřizovatelem je Kongregace Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. Jako členka této řeholní rodiny jsem tuto sociální službu

---

<sup>1</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 11

po stránce přímé péče vedla a zde se také zrodila myšlenka sdílené péče. Ačkoli byly učiněny první zkušenosti spolupráce, nepovedlo se dosud projekt realizovat. Po mém soudu byla příčinou nedostatečná expozice a myšlenkové propracování změny dosavadní péče.

Cílem této diplomové práce je popsat model fungování sdílené péče mezi týmy DS a DH v třebičském regionu k zajištění kvality péče o seniory v závěrečné fázi života. Vzhledem k faktu, že se jedná o inovativní model spolupráce, nelze na tomto poli vycházet ze statistických údajů a analýz zavedené praxe. To je důvod, proč předložená práce zůstává na teoretické rovině. Jistou inspiraci jsem nacházela v publikacích DS Sue Ryder v Praze. Specifikem a jistým unikátem předkládaného projektu je, že usiluje o financování zdravotnických a lékařských intervencí z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Tyto vstupní intence otevírají témata, která obsahují množství nejrůznějších klinicky testovaných přístupů. Paliativní medicína, ošetrovatelství a ošetrovatelský management přinášejí na tomto poli bohaté plody své praktické zkušenosti, bádání i odborné erudovanosti. Stejně tak úsilí psychologů a teologů. Zde jsem nacházela hlavní prameny k pochopení i zpracování diplomové práce.

Práce je členěna do pěti kapitol. V první kapitole se zabýváme teoretickými východisky pro zvolené téma - vymezením základních pojmů hospicové a paliativní péče. Věnujeme se popisu koncepce paliativní péče v kontextu České republiky, dále popisujeme koncepci projektu Paliatr Vysočina a koncepci domácího hospice jako nositele mobilizované specializované paliativní péče. Domácí hospic a domov pro seniory jsou v koncepci integrované speciální paliativní péče spolupracující subjekty, které se podílejí na sdílené péči o seniora.

Druhá kapitola představuje koncepci pobytového zařízení sociálních služeb, jehož ambicí je stát se náhradním prostředím domova jejich uživatelů, tedy prostředím, kde se v co největší míře naplní jejich preference a přání. V souvislosti s přirozeným sklonkem lidského života nahlížíme na seniorský věk



v jeho důstojnosti, která mu nezcizitelně patří, ale také v křehkosti, která ho doprovází.

Strategie integrace konceptu paliativní péče do domova pro seniory v konceptu projektu Paliatr Vysočina je obsahem třetí kapitoly. Popisujeme zde nejprve specifika vzájemné spolupráce dvou subjektů zdravotní a sociální péče, dále pak spolupráci na úrovni manažerských protějšků obou organizací. Sledujeme linii vrcholového managementu, liniových manažerů i podporu motivace řadových zaměstnanců. Tematizujeme otázky organizační vize a kultury, postoje a motivace zaměstnanců a rovněž i kultivaci a rozvoj jejich znalostí, dovedností a spolupráce ve smyslu multidisciplinární a meziagenturní spolupráce.

Ve čtvrté kapitole sledujeme multidisciplinaritu vzájemné spolupráce uvnitř týmu v rezidenčních službách pro seniory a na úrovni obou spolupracujících subjektů. Věnujeme se nejdůležitějším otázkám spolupráce, které se se promítají do personální roviny zdravotně-sociálního pomezí, odrážejí se v písemné podobě vedené dokumentace a jsou reflektovány v případové zpětné vazbě v rámci kolegiální intervize nebo týmové supervize.

Poslední kapitola diplomové práce tematicky doplňuje specializovanou paliativní péči v DS právními instituty k vyjádření vůle seniora při plánování budoucí péče. Přibližujeme legislativní podpůrné nástroje při (očekávaném) narušení jedince právně jednat, které zohledňují úroveň člověka o sobě rozhodovat v trajektorii od plné schopnosti (dříve vyslovené přání, předběžné prohlášení), přes narušenou schopnost (nápomoc podpůrce) až k situaci, kde schopnost rozhodovat zcela nebo částečně absentuje (omezení svéprávnosti). K úplnosti celé problematiky prognostického výhledu paliativní péče pojednáváme v úplném závěru práce o *lege artis* intervencích při náhlé ztrátě schopnosti rozhodovat.

V diplomové práci jsme uplatnili analyticko-systematickou metodu teoretického rozpracování tématu, obsahově se jedná o kompilaci z dostupné odborné tuzemské i cizojazyčné literatury, článků a internetových zdrojů, které jsou sumárně uvedeny v seznamu literatury. Práce je doplněna k rozšíření tématu

13 přílohami. Terminologicky je v textu často používáno označení pacient, klient, uživatel sociálních služeb, rezident nebo obyvatel DS. V intencích této práce se jedná o termíny používané v identickém významu, jde vždy o seniora využívajícího sociálních služeb domova pro seniory. Pro úplnost také domov pro seniory je v textu identicky nahrazován pobytovým nebo rezidenčním zařízením sociálních. Rovněž zkratky uváděných zařízení nejsou používány se striktní důsledností. Sledujeme tím čtivost a estetickou vyváženost textu zejména tam, kde by zkratka uvozovala nový odstavce či větu.

# 1. Hospicová nebo paliativní péče

Výraz „hospic“ etymologicky vychází z latinského „*hospitium*“ (hostinec, útulek) a označoval hlavně církevní instituce hospiců, které vznikaly ve 4. století pro odpočinek a ošetření poutníků.<sup>2</sup> V latině má „*hospitium*“ společný kořen se slovy, která znamenají „pohostinství a přátelské přijetí“ – je to tedy nejen hospital, kde se lze hospitalizovat (německy *Spital* = špitál), ale také hotel a hospoda. Je to tedy místo, kde vás přijmou a dostane se vám občerstvení – ať už ve smyslu úlevy od nemoci nebo od žízně či únavy. Současné pojetí hospice nebo hospicové péče představuje zařízení zdravotnicko-sociální péče, které nabízí specializovanou paliativní péči pro nevléčitelně nebo těžce nemocné

Obsahový význam slova „paliativní“ nedoznal tak rozdílný sekundární posun a díky medicíně přešel z latiny do obecného užívání. Latinské „*pallium*“ označuje plášť nebo (po)krytí.<sup>3</sup> Paliativní péče v širším smyslu slova znamená překrytí nebo zmírnění účinků choroby, kterou již nelze kauzálně ovlivnit nebo vyléčit, tzv. symptomatická čili paliativní terapie. Ze své podstaty není pasivní úlevou ve chvíli, když už nic jiného nezbyvá, ale je aktivním přístupem k zodpovědnému a smysluplnému využití reality ve smyslu její adekvátní a racionální akceptace, kvality života a zaměřením se k samému smyslu života v jeho tvůrčích, prožitkových a postojoyých hodnotách.<sup>4</sup>

Hospicová péče je dnes chápána ve smyslu uvedeného významového posunu od odpočinku poutníků k pojetí péče o umírající, naproti tomu paliativní péče není a priori tolik spojena se smrtí, ale spíše se pojí s kvalitou života s nevléčitelnou nebo těžkou chorobou. Paliativní péče může být zahájena

---

<sup>2</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 39.

<sup>3</sup>V církevní latině *pallium* (počeštěně *palium*) znamená pruh vlny, kterou si papež či arcibiskup obléká na ramena a na krk jako znamení své pastýřské služby. Viz: BERGER, *Liturgický slovník*, 347; V biologii se slovem „*pallium*“ označuje kožní vrstva na povrchu těl měkkýšů, v anatomii střecha velkého mozku (viz i „*neopallium*“ = nová kůra mozková, „*archpallium*“ = část mozkové kůry) a v obecném úzu to může znamenat jakýkoli obal polokoule.

<sup>4</sup> ONDRUŠOVÁ, *Stáří a smysl života*, 62-65; SVOBODOVÁ, *At' před zraky mám život*, 68 - 71; ULRICHOVÁ, *Hledání smyslu ve smrti a umírání*, 42 - 45

současně s probíhající léčbou kurativní,<sup>5</sup> díky ní se často daří stabilizovat nežádoucí příznaky, kombinací kauzální a symptomatické léčby převést nemocného do fáze kompenzovaného onemocnění,<sup>6</sup> jenž může trvat několik měsíců až řadu let. Nevyléčitelné onemocnění v kontextu naší práce zahrnuje i pokročilé chronické neagresivní onemocnění, které je spjato s vyšším věkem – tzv. geriatrická paliativní péče.<sup>7</sup>

## 1.1 Vymezení pojmů paliativní péče

Paliativní péče je aktivní a komplexní, na kvalitu zaměřená péče poskytovaná osobám žijícím s nevléčitelným onemocněním v pokročilém nebo konečném stádiu.<sup>8</sup> V kontextu komplexnosti péče věnuje pozornost i rodině a blízkým nemocného.<sup>9</sup> Zaměřuje se na to, aby všichni, jímž nemoc vstoupila do jejich životního příběhu, mohli svůj život prožít kvalitně a důstojně, umírání a smrt chápe jako přirozenou součást života – *ars moriendi*.<sup>10</sup>

Podle analýz WHO<sup>11</sup> bude v celosvětovém měřítku nadále narůstat potřeba paliativní péče v důsledku stárnutí populace a rostoucí zátěže civilizačních chorob a některými přenosnými nemocemi. Včasné zahájení paliativní péče snižuje zbytečné hospitalizace a využívání zdravotnických služeb. Tato péče

---

<sup>5</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 36

<sup>6</sup> „V této fázi mohou být nemocní z hlediska přežití ohroženi dalšími doprovodnými onemocněními než jen svým základním „nevléčitelným“ onemocněním“ (...) Vzhledem k předpokládané délce života je obvykle vhodné pokračovat v prevenci a léčbě ostatních chronických onemocnění (...) v případě potřeby je plně indikovaná intenzivní a resuscitační péče“. Viz: SLÁMA, *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd., 28 - 29

<sup>7</sup> KABELKA, *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, 65

<sup>8</sup> Srov. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách; SLÁMA, *Paliativní medicína pro praxi*, 25

<sup>9</sup> O'CONNOR, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 221

<sup>10</sup> „Smrt není jen hraniční bod, který lze umístit mimo život, nýbrž skutečnost uprostřed života samotného. Proto celoživotní umírání, „ars moriendi“ jakožto umění, jak nacvičit smrt v životě, patří nepominutelně k správnému průběhu lidského života“. Viz: FRÝVALDSKÝ, *Teologie smrti a „ars moriendi“ podle Josepha Ratzingera – Benedikta XIV.*, 66; QUARDINI, *Životní období*, 68

<sup>11</sup> WHO *Palliative Care* - dostupné na internetu URL: [https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care? x\\_tr sl=en& x\\_tr tl=cs& x\\_tr hl=cs& x\\_tr pto=sc](https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care? x_tr sl=en& x_tr tl=cs& x_tr hl=cs& x_tr pto=sc)

zahrnuje řadu služeb poskytovaných odborníky, kteří mají všichni stejně důležitou roli – lékaři, sestry, ošetřovatelé, podpůrní pracovníci, záchranáři, lékárníci, fyzioterapeuti a dobrovolníci – při podpoře pacienta a jeho rodiny.

Paliativní péče zohledňuje základní principy vztahu k nevléčitelně nemocným: zaměřuje se na kvalitu života a respektuje přání nemocného, jeho osobnost – autonomii, integritu a důstojnost. Pečuje o bio-psycho-socio-spirituální potřeby člověka.<sup>12</sup> Chápe je jako vzájemně provázané, tudíž změna v jedné oblasti zákonitě ovlivní změny v další - tato skutečnost zakládá nutnost multidisciplinárního týmu.<sup>13</sup> Principy paliativní péče úzce korelují s potřebami umírajících a sledují základní cíle: symptomatickou léčbu, zmírňující péči, poskytnutí útěchy v bolesti v jejím širokém pojetí – bolest fyzická, psychická, sociální a spirituální, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální práce s umírajícím a paralelní odbornou pomoc rodině během celého procesu umírání i truchlení.<sup>14</sup>

Paliativní péče je širokým pojmem, který obsahuje jak intervence obecné paliativní péče i paliativní specializované péče. Schématické rozdělení paliativní péče uvádíme v příloze A. Zákon o zdravotních službách<sup>15</sup> popisuje čtyři typy poskytované zdravotnické péče: primární ambulantní péče, specializovaná ambulantní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta – ve všech typech poskytovaných zdravotnických služeb se uplatňují obě formy paliativní péče.

Obecná paliativní péče je souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní

---

<sup>12</sup> OPATRŇÝ, *Pastorace zvláštních skupin*, 66

<sup>13</sup> SLÁMA, *Paliativní medicína pro praxi*, 3. vyd., 21

<sup>14</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 38-39

<sup>15</sup> Zákon 372/2011 Sb., § 7-10

medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.<sup>16</sup> V rámci primární a specializované ambulantní péče ji poskytuje praktický lékař či ošetřující ambulantní specialista. V zařízeních s lůžkovou péčí je poskytována zdravotnickým personálem v rámci vlastní odbornosti. Lůžková péče je poskytována v rámci akutní zdravotnické péče, ale i v lůžkových zařízeních následné péče, pobytových zařízeních sociálních služeb, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína.

Obecnou paliativní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta zajišťuje praktický lékař, domácí péče s hospicovým programem, návštěvní služba ambulantním specialistou. Obecná paliativní péče poskytuje dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění – v rámci svých možností by ji měl umět poskytnout každý zdravotník.<sup>17</sup>

Se specializovanou paliativní péčí se běžně nesetkáváme v oblasti primární ambulantní péče. V rámci ambulantní složky ji poskytuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína pacientům s komplexními problémy včetně návštěvní služby nebo stacionář paliativní medicíny. Další variantou poskytované specializované paliativní péče jsou lůžková zařízení s péčí v oboru paliativní medicíny, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru paliativní medicíny v lůžkovém zařízení. Ve vlastním sociálním prostředí pacienta je poskytována mobilní specializovaná paliativní péče, která disponuje výjezdovou složkou poskytovatele v oboru paliativní medicíny.

Specializovaná paliativní péče vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Specializovaná paliativní péče

---

<sup>16</sup>Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, 23 - dostupné na internetu URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

<sup>17</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 24; HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 36

je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.<sup>18</sup> V příloze B uvádím přehlednou tabulku, jež názorně ukazuje možnosti obecné a specializované péče a její poskytování v pobytovém zařízení sociálních služeb. Zvýrazněný text se přímo týká tématu předložené závěrečné práce.

V návaznosti na dobrou klinickou praxi je v české legislativě od 1. ledna 2018 zavedena odbornost 926 – mobilní specializovaná paliativní péče (dále jen MSPP).<sup>19</sup> Vstoupila tak v platnost nová úhradová vyhláška a seznam zdravotních výkonů, které umožňují pojišťovnám nasmlouvat MSPP. Rozumí se tím aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v paliativní péči speciálně vzdělaní, disponují potřebnými zkušenostmi. Je indikována tam, kde pacient i jeho rodina mají obtíže, které přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. K nejčastěji uváděným zástupcům specializované paliativní péče patří kamenné hospice a týmy mobilní paliativní péče (domácí hospice).<sup>20</sup>

Kombinace obecné a specializované paliativní péče může vyústit ve sdílenou péči, kterou se označuje spolupráce dvou subjektů, pobytové sociální služby a domácího hospice, se společným cílem zajištění dožití pacienta v náhradním sociálním prostředí pobytové služby. Model MSPP je péče určená pro klinicky nestabilní a vysoce symptomově náročné pacienty, kteří potřebují jistění 24hodinového pohotovostního týmu lékař + sestra k tomu, aby mohli skutečně dožít doma bez převozu na akutní lůžko. Méně náročné pacienty má v péči praktický lékař ve spolupráci s agenturami domácí péče a dalšími

---

<sup>18</sup> *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, 23* - dostupné na internetu URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

<sup>19</sup> Věstník Ministerstva zdravotnictví - dostupné na internetu URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

<sup>20</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 24

ambulantními specialisty. Dlužno podotknout, že bez lékařské intervence a indikace nelze hovořit o paliativní péči, spíše o využívání paliativních postupů, příp. o paliativním přístupu.

## 1.2 Koncepce poskytování paliativní péče v České republice

Specializovaná paliativní péče v České republice odstartovala svoji dlouhou a značně trnitou cestu do povědomí laické i odborné společnosti teprve v první polovině 90. let minulého století a ve srovnání s vyspělými zeměmi v této oblasti je její rozvoj o několik desetiletí opožděn. Díky obětavosti mnohých zdravotníků a průkopníků paliativní péče kvalitní paliativní péče již existuje, žel je dostupná jen minimálnímu počtu nemocných. Jak ukazuje první rozsáhlejší výzkum stavu péče o umírající v České republice v letech 2003–2004 (pod záštitou občanského sdružení Cesta domů v rámci projektu financovaného OpenSocietyFundPraha<sup>21</sup>), kvalitní paliativní péče v České republice existuje a pro její další rozvoj byly již v některých oblastech vybudovány solidní základy; na druhé straně však potvrdil, že z celkového pohledu je úroveň poskytované péče velmi neuspokojivá až alarmující.

Rozvoj paliativní péče předpokládá na jedné straně jistou kulturní vyspělost a občanskou kultivovanost, nelze smysluplně poskytovat bez funkčního rodinného nebo sociálního zázemí a zároveň otevírá celospolečenskou diskusi o etických otázkách a dilematech vítězné medicíny, přirozeně tematizuje konečnost a limity lidského života, prolamuje tabu smrti – a to nejen biologické.<sup>22</sup> Na druhé straně však zkušenost lidsky důstojné a odborně zvládnuté péče o umírající může nepochybně společnost kultivovat.<sup>23</sup> Paliativní péče představuje jakousi alternativu k „instantním“ řešením náročných výzev života, tudíž nelze očekávat, že ji lze rozvinout plně jen tehdy, pokud budou splněny všechny předpoklady pro její rozvoj.

---

<sup>21</sup> SLÁMA, *Koncepce paliativní péče v ČR*, 14

<sup>22</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Spoutaný život*, 23

<sup>23</sup> SLÁMA, *Koncepce paliativní péče v ČR*, 15



Smysluplná koncepce paliativní péče nemůže být záležitostí pouze úzké skupiny odborníků a poskytovatelů paliativní péče, ale předpokládá hlubší změny na několika vzájemně propojených rovinách. Paliativní péče a její kvalita bude záviset na odborně vzdělaných a obětavých lidech, které je potřeba v sociálně zdravotnickém systému vychovávat, podporovat a motivovat. Paliativní péče se významně opírá o síť přirozených vazeb, její perspektivní úspěšnost je přímo úměrná k spolupráci s rodinným a sociálním prostředím nemocného. Dosavadní zahraniční i tuzemské zkušenosti svědčí o tom, že kvalitní paliativní péče může vztahy v rodinách a přirozených komunitách významným způsobem posílit.<sup>24</sup> Haškovcová hovoří o domácím modelu umírání, kde umírající není opuštěn svými nejbližšími a smrt má sociálním charakter a stává se přirozenou součástí lidské komunity a solidarity.<sup>25</sup> Důležitým předpokladem je rovněž pozměněné nastavení politických, ekonomických a institucionálních rámců.<sup>26</sup> Tato změna však vyžaduje, aby se péče o umírající stala jedním z důležitých témat veřejné rozpravy a dlouhodobou prioritou státních orgánů, politických stran a místních samospráv.

Jak dokazují zkušenosti ze zahraniční i porevoluční česká historie paliativní péče, jedná se o obor, který vyrůstá do značné míry „zdola“ díky obětavému úsilí jednotlivců a místních iniciativ. V této první fázi pronikání myšlenek hospicové a paliativní péče do obecnějšího povědomí společnosti začínají první často obdivuhodné – zpočátku lokálně izolované příklady medicínsky i lidsky zvládnuté péče o umírající, které působily a postupně přesvědčovaly širší laickou i odbornou veřejnost. V druhé fázi se jednotlivé průkopnické iniciativy paliativní péče slévají v pestrý proud celonárodních a nadnárodních hnutí s napojením na další vrstvy společnosti – tedy nejenom té, která je na tématu zainteresována v rámci pomáhajících profesí. Tímto procesem se hlavním tématům spojeným s finalitou lidského života odnímá závoj (nebo

---

<sup>24</sup> SLÁMA, *Koncepce paliativní péče v ČR*, 17

<sup>25</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 27

<sup>26</sup> SLÁMA, *Koncepce paliativní péče v ČR*, 16

spíš rubáš?) tabuizace a z periferie společenského zájmu se posouvají k významným ve společenské diskusi.

Třetí fází rozvoje paliativní péče je její integrace do standardního systému zdravotní a sociální péče, které by umožnilo co nejširší dostupnost kvalitní paliativní péče všem občanům. Podle autorů Koncepce paliativní péče v ČR úspěch této fáze odvisí od řešení dvou klíčových otázek: Jak přenést vysokou kvalitu a nové standardy vypracované v rámci specializované paliativní péče do dalších institucí zdravotnického a sociálního systému (tj. do běžných oddělení nemocnic, na jednotky intenzivní péče, do léčeben dlouhodobě nemocných, ústavů sociální péče atd.)? Jak propojit specializovanou léčbu usilující o uzdravení a prodloužení života s paliativní péčí, která klade důraz na kvalitu života (včetně jeho duševních, existenciálních a spirituálních rozměrů), na pacientovu rodinu a na jeho sociální a kulturní zázemí?<sup>27</sup>

Z vývoje a rozvoje paliativní péče v ČR je patrné, že naše společnost vstoupila do třetí fáze celospolečenského zlepšení péče o terminálně nemocné a umírající. Situace, vnímaná v kontextu latentně probíhajících změn v oblasti péče o umírající, je ale stále ještě předmětem naděje než očekávanou výhrou. Na základě výše zmiňované studie občanského sdružení Cesta domů vyplynula naléhavá potřeba některých změn.

Především zařazení tematiky paliativní péče do povinného pregraduálního a postgraduálního kurikula studia lékařství a zdravotnických oborů. Prostřednictvím lékařských společností působení na odbornou veřejnost v tom smyslu, aby problematika péče o umírající a o pacienty v terminálních stádiích jednotlivých chorob byly rozpracovány do úrovně doporučených postupů v rozsahu svých diagnóz a zařazeny do předatestačních příprav ve svých oborech.

Dále je to podpora inovativních pilotních projektů, rozvíjení a testování různých forem péče o umírající v různých prostředích lůžkové zdravotní

---

<sup>27</sup> SLÁMA, *Koncepce paliativní péče v ČR*, 12

a sociální péče<sup>28</sup> (modely zlepšení péče v domovech pro seniory, v léčebnách následné péče, konziliární týmy v akutních nemocnicích a především různé formy domácí paliativní péče a specializované lůžkové paliativní péče včetně paliativních jednotek ve stávajících lůžkových zařízeních).

Současně se vzděláním a projekty paliativní péče je třeba věnovat pozornost popularizaci tématu péče o umírající, podporovat veřejnou diskuse na toto téma a medializovat možnosti moderní paliativní péče společně s podporou a rozvojem dobrovolnické práce v této oblasti.<sup>29</sup> Rozvoj domácí paliativní péče včetně zapojení včetně zapojení praktických lékařů a stávajících zdravotnických sociálních služeb mohou ekonomicky významně přispět k racionalizaci poskytovaných zdravotnických a sociálních služeb.<sup>30</sup>

V současné době se na území naší republiky můžeme setkat s nejrůznějšími formami paliativní péče, které vlastním specifickým způsobem participují na principech paliativní péče. Jsou to lůžkové (kamenné) hospice, paliativní stacionáře (obvykle zřizované při lůžkových hospicích), domácí nebo tzv. mobilní hospice, ambulance paliativní péče, konziliární paliativní týmy

---

<sup>28</sup> Pětiletý projekt Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR), který v dubnu 2022 skončil, prokázal, že nemocniční paliativní péče (NPP) významně zvyšuje kvalitu života pacienta i jeho rodiny a přináší velkou podporu personálu. Díky vytvořeným Standardům otevírá cestu k rozvoji již jasně definované specializované NPP a její dostupnosti v celé republice. Projekt splnil dané cíle – vytvořil základy pro nový samostatný program nemocniční paliativní péče a jeho systémové financování. Celou tisková zpráva dostupná na internetu URL: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>

<sup>29</sup> SLÁMA, *Koncepce paliativní péče v ČR*, 16

<sup>30</sup> Analýza Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) pilotního programu Mobilní specializované paliativní péče: v hospicích poskytujících mobilní specializovanou paliativní péči dožívá 92 až 97% pacientů v prostředí odpovídajícím jejich preferencím. Mobilní specializovaná paliativní péče dokáže účinně tlumit nežádoucí projevy onemocnění (např. bolest) a tím maximálně udržet a zachovat kvalitu života až do posledních chvil. I přes náročnost individuální zdravotní péče o pacienta v domácím prostředí nedochází k navýšení finančních nákladů. Taková péče je dokonce o zhruba 300 Kč na den péče levnější, než kdyby nemocný umíral v jiném prostředí. Dostupné na internetu URL: <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/pro-odbornou-spolecnost/pilotni-program>

(v rámci nemocnic nebo oddělení následné péče), speciální hospicové poradny, lůžka nebo oddělení paliativní péče (v rámci zdravotnických zařízení).<sup>31</sup>

### 1.3 Koncepce projektu Paliatr Vysočina

Projekt Paliatr Vysočina je realizační fází Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020 schválené zastupitelstvem Kraje Vysočina na svém jednání dne 20. 6. 2017 (dnes již existující revidovaná varianta Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2027<sup>32</sup>). Samotnému schválení předcházela dvouletá práce v pracovní skupině, která byla složena ze zástupců České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, poskytovatelů paliativní péče z oblasti sociálních a zdravotních služeb, lékařů – paliatrů a zástupců Krajského úřadu Kraje Vysočina.<sup>33</sup>

Cílem celokrajského projektu Paliatr Vysočina je dosáhnout víceúrovňové implementace paliativní péče v regionech Kraje Vysočina, nabídnout komplexní, multidisciplinární péče pro lidi pohybujícím se na zdravotně sociálním pomezí. Jde o efektivní propojení systému zdravotní a sociální péče a zajištění komplexních služeb. Rozvoj paliativní péče je jednou ze zásadních priorit Programového prohlášení Rady Kraje Vysočina pro roky 2020 – 2024.<sup>34</sup>

V projektu Paliatr Vysočina se představitelé a zastupitelé Kraje Vysočina zavazují k úkolu vytvořit systém dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje, poskytované na vysoké odborné a kvalitní úrovni. V současné době tedy v Kraji Vysočina působí 13 poskytovatelů paliativní péče. Poskytují specializovanou paliativní péči prostřednictvím multidisciplinárního

---

<sup>31</sup>Kompletní seznam služeb paliativní péče - dostupné na internetu URL: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam>

<sup>32</sup>Dostupné na internetu URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/dokumenty/>

<sup>33</sup>Dostupné na internetu URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/historie-projektu/>

<sup>34</sup>Dostupné na internetu URL: <https://www.starostoveproobcany.cz/2021/02/programove-prohlaseni-rady-kraje-2020-2024/>

týmu s limity, které jim nastavuje současná legislativa a možnosti financování tohoto druhu služby.<sup>35</sup>

Revidovaný dokument Strategie rozvoje paliativní péče Kraje Vysočina do roku 2027<sup>36</sup> přináší čtyři zásadní priority, které bude Kraj Vysočina jako zaměstnavatel při naplňování strategie a navržených aktivit realizovat:

- 1) Nastavení vhodných podmínek pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů a středního zdravotnického personálu), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny v kontextu celospolečenského vývoje, a to např. formou spolupráce při zajištění vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína, vzdělávání nelékařů v oblasti paliativní ošetrovatelské péče, sociální práce, atp.
- 2) Rozvíjení domácí formy péče za pomoci mobilních specializovaných týmů, ambulancí Paliativní medicíny a konziliárních týmů ve zřizovaných nemocnicích, doplněnou odpovídající lůžkovou formou včetně lůžkového hospice.
- 3) Dosažení strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní paliativní péče a zajištění bezpečného prostředí, jak pro pacienty, tak i pro personál.
- 4) Posílení infrastruktury pro poskytování paliativní péče a vytvoření podmínek pro širokou informační podporu s jednotnou databází propojující potřeby a nabídky v rámci zdravotních a sociálních služeb.

Naplňováním strategie bude kraj usilovat o vytvoření stabilního systému podpory obyvatel v závěrečné fázi života s nevléčitelným onemocněním, a to v jakémkoliv prostředí, kde toto období pobíhá (např. doma, v nemocnici,

---

<sup>35</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/cile-projektu/>

<sup>36</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/dokumenty/>

v domě pro seniory, popřípadě v hospici).<sup>37</sup> Z uvedených závěrů Strategie rozvoje paliativní péče Kraje Vysočina do roku 2027 je patrné, že spolupráce MSSP s pobytovým sociálním zařízením domova pro seniory je jednou s priorit komunální politiky v Kraji Vysočina. Otázkou zůstává praktická realizace sdílené péče a implementace principů specializované paliativní péče do stávající struktury poskytované sociální a zdravotní péče v domovech pro seniory.

#### **1.4 Koncepce Domácího hospice – poskytovatele MSPP**

Pro koncepci domácích hospiců jako poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče (dále jen MSPP) byl přelomovým datem 1. leden 2018, kdy se formálně a legislativně ukončil pilotní projekt MSPP. Na projektu se podíleli provozovatelé několika hospiců, VZP a Česká společnost paliativní medicíny. Na konferenci představující výsledky pilotního projektu zazněla z úst primáře Domácího hospice sv. Zdislavy ve Třebíči MUDr. Ladislava Kabelky, PhD. následující sumarizující hodnocení: *„Ukázalo se, že umírat doma je pro člověka bezpečné a že se mobilní týmy zvládnou postarat i o těžce nemocné lidi. Studie prokázala, že jsme schopni udržet doma závažně nemocného člověka i s jeho rodinou takovým způsobem, aby mohl žít a zemřít důstojně, a to lidsky i medicínsky, a že to jsme schopni udělat za rozumné peníze“*.<sup>38</sup>

Mobilní specializovaná paliativní péče (neboli domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu), která je určena pro pacienty, jejichž symptomová zátěž je natolik komplexní či obtížně řešitelná, že vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvní služby lékaře – specialisty a zpravidla i akutní navyšování ošetrovatelské péče bez ohledu na denní dobu. Součástí týmu mobilní specializované péče je lékař, proto se na tuto péči nevystavuje poukaz.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Strategie rozvoje paliativní péče Kraje Vysočina do roku 2027, 49

<sup>38</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>

<sup>39</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/domaci-pece-a-mobilni-hospice>

Dalším významným posunem je fakt, že projekt získal podporu i u Ministerstva zdravotnictví. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR vydaný 15. prosince 2017<sup>40</sup> specifikuje kritéria pro nasmlouvání výkonů odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. V příloze C specifikujeme diagnostické skupiny pacientů zařazovaných do odbornosti 926. Dále specifikuje indikační kritéria (viz příloha D) pro zavedení zmiňovaného typu péče a rovněž stanovuje požadavky na poskytovatele MSPP a personální zabezpečení dané péče (viz příloha E).

V návaznosti na závazné metodické pokyny Věstníku MZ domácí hospice jako poskytovatel MSPP zahrnuje zdravotnické služby lékařů s atestací v paliativní medicíně a sester specialistek v téže oblasti, kteří jsou nemocnému a jeho rodině k dispozici 24 hodin 7 dní v týdnu. Kromě plánovaných návštěv má pečující i nemocný k dispozici pohotovostní telefonní číslo, na kterém v případě potřeby primárně kontaktuje sestru domácího (mobilního) hospice a dle vyhodnocení situace sloužící sestra nebo lékař vykonají prezenční návštěvu u nemocného. Pohotovostní číslo prakticky nahrazuje linku 155 RZS. Tato služba v režimu MSPP v rámci odbornosti s číselným kódem 926 je hrazena ze zdravotního pojištění.

V balíčku poskytované péče domácích hospiců bývá nedílnou součástí služba sociální. Sociální pracovníci a tým pečovatelů jsou k dispozici pro pomoc s nepřetržitou náročnou péčí a umožňují tak pečujícím rodinným příslušníkům vybrat si potřebný čas na odpočinek. Jedná se zejména o pomoc při hygieně, stravování a s dohledem v situaci, pečující nemůže být prezenčně přítomný u nemocného. Tato služba je zpoplatněna finanční částkou, která vychází ze Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách<sup>41</sup> a Vyhlášky č. 505/2006 Sb.<sup>42</sup> k tomuto zákonu. Zároveň lze využít psychologickou podporu psychologa – tato možnost je nabízena jak nemocnému, tak pečujícím a to i v době truchlení,

---

<sup>40</sup> Věstník MZ ČR, 13/2017, 23 - 25

<sup>41</sup> Zákon o sociálních službách – dostupné na internetu URL: <https://www.mpsv.cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>

<sup>42</sup> Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách - dostupné na internetu URL: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

nebo služeb pastoračního asistenta nebo kněze, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu.

V nabídce služeb domácích hospiců obvykle bývá k dispozici půjčovna polohovacích lůžek a kompenzačních pomůcek. Elektrické polohovací lůžko bývá často ve smluvní dohodě o poskytování MSPP povinnou pomůckou. Je nezbytné pro zvládnutí odborné péče a umožňuje vyšší komfort jak pro pacienta, tak pro pečující rodiny, a především pro zdravotnický tým.

Služba MSPP je poskytována na základě podepsané smlouvy, která je oboustranně komunikována. Součástí uzavřené a podepsané Smlouvy o poskytování mobilní multidisciplinární paliativní péče je rovněž podpis Informovaného souhlasu s hospitalizací v domácím prostředí. Smlouvou se pečující zavazují, že zajistí celodenní přítomnost dospělé osoby u nemocného, že se budou podílet na plánu péče, spolupracovat s lékaři, zdravotními sestrami, popřípadě s pečovatelkami a uhradí v řádných termínech zpoplatněné služby. O přijetí do domácího hospice rozhoduje vždy lékař domácího hospice na základě indikačních kritérií. Specializovanou paliativní péči může doporučit např. praktický lékař, lékař specialista, nebo může o péči požádat sám pacient či pečující rodina.

Před podpisem Smlouvy je třeba domluvit si schůzku koordinátorkou zdravotně-sociálních služeb k získání potřebných informací týkajících se příjmu pacienta a nastavení plánu péče, domluvit se s ošetřujícím lékařem na nastavení hospicové péče, v případě hospitalizace sladit termín propuštění do domácího prostředí s nastavením hospicové péče, mít k dispozici aktuální propouštěcí zprávu a zajistit přítomnost dospělé, spolupracující, pečující osoby u nemocného.

Podpisem smlouvy nemocný a pečující získávají podporu multidisciplinárního týmu, na míru vypracovaný plán péče, na kterém se nemocný i pečující podílí a který zahrnuje řešení symptomů snižujících kvalitu života (např.: bolest, dušnost, zažívací potíže a potíže s příjmem stravy i tekutin, potíže se spánkem, vyprazdňováním, péči o rány, stomie, drény, katetry, i. v. porty a PICC katetry, zajištění podávání kyslíkové terapie),



pravidelné návštěvy zdravotních sester, lékařské vizity, celodenní podporu v péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, celodenní dostupnost pohotovostního telefonního čísla.

Smlouva explicitně nemluví o tématech latentně přítomných pod formálním sdělením o poskytnutí paliativní péče: empatie, soucit, lidská blízkost a podpora, léčba multidimenzionální bolesti – prostě všechno to, co paliativní péči činí tak specifickou a neopakovatelnou. Tato „měkká“ fakta se nedají smluvně zajistit, ale jsou více či méně zkušenostně okoušená.

V paliativní péči víc než v jakémkoliv jiném oboru medicíny výrazně vystupuje do popředí kvalitativní osobnostní rysy všech, kdo procesem doprovázení v nemoci, finále i truchlení procházejí – jak na straně přímých aktérů či těch, kdo procesu asistují. Opakují se pouze diagnózy, ne životní příběhy. V paliativní domácí péči se zcela přirozeně, a jaksi samozřejmě, mění paternalistický<sup>43</sup> (nebo maternalistický) model ústavní péče: profesionál je ten, kdo si na prahu domu nemocného vyzouvá boty, aby naboso vstoupil na posvátnou půdu<sup>44</sup> životního příběhu toho, kterému přišel posloužit.

---

<sup>43</sup> PTÁČEK, BARTŮŇEK, *Lékař a pacient v moderní medicíně*, 58 – 60

<sup>44</sup> Zuj opánky ze svých nohou, neboť místo na kterém stojíš, je půda svatá. (Ex 3, 5)

## 2. Dům, který chce být domovem

Domov pro seniory je podle Zákona o sociálních službách 208/2006 Sb.<sup>45</sup> jednou z forem pobytové sociální služby s celoročním provozem. Je určen pro seniory se sníženou soběstačností a potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Přednostně je služba určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvávat ve svém přirozeném prostředí.<sup>46</sup>

Zákon o sociálních službách dále specifikuje charakter poskytovaných služeb: mají napomáhat zajistit potřebným osobám z řad seniorů jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.<sup>47</sup>

Podle údajů výzkumu agentury STEM/MARK (2011)<sup>48</sup> pro Cestu domů 75 % populace tráví konec svého života v institucionální péči navzdory jednoznačné preferenci domácího prostředí.<sup>49</sup> Domov pro seniory je jedním z typických představitelů institucionální péče, kde téměř bez setin procent dožívá veškerá jeho klientela, pokud ovšem nebudeme zohledňovat distinkci v případě, že obyvatel domova pro seniory je v závěru svého života ve zhoršeném zdravotním stavu odvezen do nemocnice – jenž představuje pouze jiný typ instituce. Transport do nemocnice, hospitalizace na akutním lůžku a výhledově přesun na lůžko dlouhodobé ošetrovatelské péče je trajektorie, kterou v závěru života senior i několikrát ročně absolvuje.

---

<sup>45</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

<sup>46</sup> MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 45

<sup>47</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

<sup>48</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.umirani.cz/data#ke-stazeni>

<sup>49</sup> CHRASTINA, *Sexualita a intimita v závěru života*, 91; ULRICHOVÁ, *Hledání smyslu ve smrti a umírání*, 27

Indikaci k hospitalizaci u starších jedinců je třeba pečlivě vážit s ohledem na rizika, která může přinést a je třeba ji omezit na nezbytné minimum. Samotný pobyt v nemocnici představuje významnou změnu obvyklých zvyklostí života seniora, nezanedbatelnou zátěž při omezené sebeobsluze, s omezenou funkční rezervou, zhoršenou mobilitou a smyslovými deficity. Je nutné pečlivě vážit skutečné profity hospitalizace, všechna pro a proti (princip beneficence a non-maleficence) a to jak v otázce indikace, tak průběhu hospitalizace. Často je v sázce jako sekundární důsledek hospitalizace ve vyšším věku iniciace a rozvinutí deliria s jeho následky, somatické komplikace v podobě vzniku dekubitů, imobilizace nebo nozokomiálních nákaz.<sup>50</sup> V kontextu tohoto počínání stojí jakási neuvědomovaná fascinace léčebnými metodami a možnostmi medicíny a zdá se, že život už nemá přirozený konec, že se už neumírá stářím a věkem, ale „na diagnózu“.<sup>51</sup>

Skutečnost, že v případě zhoršeného zdravotního stavu se vyčerpávají kompetence i možnosti adekvátní péče v náhradním sociálním prostředí, jakoby odrážela skutečnost přirozeného prostředí. Objevy v medicíně posunuly věk i příčiny přirozeného konce lidského života. Vítězná medicína ve snaze nedovolit smrti aby zvítězila, ji tabuizovala. Výrazná změna životního stylu, zaměření na osobní úspěch charakterizovaný nedostatkem času, rozpad několikageneračního soužití rodin, vysoká zaměstnanost žen (atd.) proměnily náš vztah k nemocným a umírajícím. Nemocní se bojí být na obtíž zbývajícím členům rodiny, sociální důvody a někdy i narušené rodinné vztahy jsou důvodem, proč většina nemocných umírá v nemocnicích, ne vždy za okolností, v jakých my sami bychom si přáli odcházet z tohoto světa.<sup>52</sup>

V posledních 20 letech se výrazně proměnila klientela pobytových zařízení sociálních služeb. Do domovů pro seniory jsou přijímáni (ve shodě se zákonem) klienti s výraznými syndromy geriatrické křehkosti, v pokročilé

---

<sup>50</sup> HOLMEROVÁ, *Etické souvislosti gerontologie a geriatric 21. století*, 224

<sup>51</sup> THOMASMA, KUSHNEROVÁ, *Od narození do smrti*, 205; DE FIORES, GOFFI, *Slovník spirituality*, 877

<sup>52</sup> STANKUŠOVÁ, *Etické problémy v onkologii*, 278

fázi demence, velmi často imobilních, s nutričními problémy a často paletou chronických onemocnění. Průměrně prožijí muži s některým zdravotním omezením přes 13 let svého života, ženy téměř 18 let.<sup>53</sup> Tito klienti přicházejí v současné době do domovů pro seniory na poslední měsíce svého života, a tudíž zákonitě vyžadují také větší rozsah zdravotního dohledu a mnohdy i péče. Právě pro tuto skupinu nemocných je hospitalizace často zcela nevhodným postupem, a přesto je často nevyhnutelná z racionálních důvodů.

Domov pro seniory ve svém legislativním statutu aspiruje nahradit absentující domácí prostředí, které oproti tomu přirozenému má výhodu trvalé dostupnosti profesionální základní péče, včetně hygieny, či podpory ve stravování nebo denních aktivitách. Mnohdy disponuje vynikající, lidskou i profesionální pečovatelskou službou. Pokud by v systému integrované paliativní geriatrické péče byl „dovybaven“ kvalitními a dostupnými zdravotními službami (hovoříme zde o podobné péči, kterou umí poskytnout LDN, ale s multidisciplinárním přesahem, s trvalou dostupností 24/7/365), nemuseli by senioři v závěru svého života opouštět prostředí, které si vybrali.<sup>54</sup>

V této souvislosti je dlužno zmínit i významnou proměnu psychologických a sociologických akcentů pojmání stáří ve společnosti i seniory samými ve smyslu výraznější autonomie a nekonvenčnosti. Je legitimní předpoklad, že „starší lidé v budoucnosti nebudou tak snadno zapadat do společenských očekávání, jak to bylo v minulých generacích“<sup>55</sup>. I tyto důvody jsou důležité v rámci promýšlení a nabídky služeb pobytových sociálních zařízení.

## 2.1 Geriatrická křehkost

---

<sup>53</sup> HRDÁ, *Multidisciplinární tým v akci*, 14

<sup>54</sup> KABELKA, *Paliativní péče v ČR – situační analýza*, dostupné na internetu URL: <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-ceske-republice>

<sup>55</sup> STUART-HAMILTON, *Psychologie stárnutí*, 237

Specifická problematika zdravotních potíží stáří je daná procesem stárnutí spojeným s řadou změn v organismu.<sup>56</sup> Obecným rysem normality stárnutí na biologické úrovni je atrofie, která postihuje všechny orgány a tkáně. Atrofické změny neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. Klinický obraz seniora na sklonku svého života bývá v odborné literatuře charakterizován souhrnným termínem geriatrická křehkost – *geriatric frailty*.<sup>57</sup> Je důsledkem involučních změn stárnoucího organismu (atrofie, úbytek funkčních rezerv), polymorbidity a změněného životního stylu spjaté s dekondíci, malnutricí a snížením fyzických aktivit. Křehkost se postupně prohlubuje s progredující funkční deteriorací.<sup>58</sup> Geriatrickou křehkost vymezují v rámci funkčního zdraví aspekty biologické a neurobiologické (morfologické i funkční), ale též faktory psychické (prožívání, osobnostní charakteristiky, osobní očekávání), osobní očekávání (subjektivní spokojenost, motivace), sociální (podpora, osamělost), spirituální (vůle ke smyslu, hodnotový systém) i faktory prostředí (náročnost, bariéry, manifestace či kompenzace funkčních deficitů).<sup>59</sup>

Geriatrickou křehkost můžeme nahlížet několika způsoby: intolerance standardních léčebných postupů s nutností měnit léčebné schéma nikoli z důvodu inkurability, nýbrž seniorovy nezdátosti, významného poklesu potenciálu zdraví a nízká odolnost k zátěži. K tomu nezřídka přistupuje prodlužující se fáze rekonvalescence, zvýšený výskyt zdravotních komplikací, celková labilita, vulnarita a rizikovost ve smyslu náhlého zhoršení zdravotního anebo funkčního stavu seniora, narušená, ohrožená či nenávratně pozbyta schopnost soběstačnosti v běžných denních, instrumentálních či základních sebeobslužných aktivitách. Sumárně lze křehkostí nazvat proces podmíněný věkem, ve kterém dochází k poklesu potenciálu zdraví ve stáří.<sup>60</sup> K posouzení

---

<sup>56</sup> „Specifičností geriatrické medicíny není dána věkem nemocných. Začíná tam, kde nastupují projevy křehkosti.“ Viz.: KABELKA, *Syndrom křehkosti*, 19

<sup>57</sup> KALVACH, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 141 – 144

<sup>58</sup> SCHULER, *Geriatric od A do Z pro sestry*, 174

<sup>59</sup> ČEVELA, *Sociální gerontologie*, 31

<sup>60</sup> KALVACH, HOLMEROVÁ, *Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén*, 66 - 69

stupně geriatrické křehkosti slouží běžně užívaná Škála geriatrické křehkosti, kterou uvádíme v příloze F.

V souvislosti s geriatrickou křehkostí seniorů lze zcela logicky uvažovat o tzv. geriatrických syndromech. Na rozdíl od klasických medicínských syndromů popisujících typické projevy nemoci způsobené jednou příčinou, geriatrický syndrom vystihuje kombinaci mnoha příčin, jež vyvolávají stereotypní problém či problémový kruh. Je nasnadě, že k zvládnutí řešení problémového kruhu je nutný komplexní, týmový a kompenzační přístup. V mnoha případech je pro medicínskou a ošetrovatelskou praxi výhodnější charakterizovat pacienta příslušným syndromem, než výčtem hlavních diagnóz. Nejzákladnější geriatrické syndromy jsou syndrom instability s pády, imobilizační syndrom, syndrom inkontinence, syndrom kognitivního deficitu a delirantních stavů.<sup>61</sup>

Probíhající biologické změny na začátku etapy stáří i v jeho průběhu úzce souvisí s prožíváním a chováním seniora a jeho postavením ve společnosti, s jeho zranitelností.<sup>62</sup> Základní psychosociální změny se odvíjejí v oblasti psychiky, adaptace, emocí, psychomotorického tempa a sociální izolace. Změny v psychice se projevují zejména v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení). Snížené vnímání oslabenými smysly přináší nejistotu, evokuje strach a úzkost, jež v důsledku může vést k nedůvěřivosti a uzavřenosti seniora. Není vzácností také rozvoj duševních onemocnění, nárůst demencí, zvl. Alzheimerovy choroby. Snížená adaptace na nové životní situace a podmínky je často doprovázená sníženou schopností orientace v aktuálních problémech života, rezignací na dodržování společenských, kulturních a hygienických pravidel.

Změny v oblasti citového života jsou způsobené přesunem priorit v žebříčku hodnot, potřeb a životních cílů, které se zákonitě mění.<sup>63</sup> Obecně

---

<sup>61</sup> KALVACH, *Paliativní péče v geriatrici*, 266 - 269

<sup>62</sup> GLAJCHOVÁ, *Zrození a stárnutí – dvě životní etapy optikou konceptu zranitelnosti*, 23

<sup>63</sup> OPATRŇÝ, *Pastorální teologie pro laiky*, 122; MACEK, *Cesty k lidem*, 144 - 145

je starší člověk ve svém emočním prožívání citlivější a zranitelnější. Má větší potřebu náklonnosti a očekává ohledy a porozumění. Ve stáří se také prohlubuje potřeba úcty a pochopení.

Změna psychomotorického tempa vede k tomu, že senior potřebuje ke zvládnutí běžných činností více času, případně asistence. Sociální izolace a snížená schopnost (někdy i příležitost) navázat nové sociální kontakty úzce související se změnou životních rolí, s ovdověním, v nesplněné touze stát se prarodičem.<sup>64</sup> Sociální vazby seniorů, zvláště v pobytových zařízeních, doznávají změn. V mnohých případech dochází k významnému omezení kontaktu s rodinou, zejména pokud se rodina před přijetím do DS o seniora starala. Nové bydlení a institucionální péče zahájená vstupem do zařízení sociální péče je nepochybně vážnou událostí v životě seniora.<sup>65</sup> Nicméně v optimistickém pohledu na životní etapu sénia můžeme směle tvrdit, že stáří je vrcholnou fází procesu permanentního dotváření se.<sup>66</sup>

Oblast medicíny, která postihuje komplexně výše zmiňované obtíže, se nazývá geriatric, <sup>67</sup> v oblasti paliativní medicíny se hovoří o paliativní geriatric <sup>68</sup> – obor, jenž nejvýstižněji pokrývá péči o seniory v terminální fázi života.

## 2.2 Lidská důstojnost na přirozeném sklonku lidského života

Slovo důstojnost pochází z latiny (*dignitas*) a znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty či pocty. Z anglického překladu slova dignity vyplývají významy jako být úctyhodný, vážený, ctihodný, ctěný.<sup>69</sup> Podstatná - ontologická důstojnost vyplývá z podstaty lidského bytí a náleží každému člověku už

---

<sup>64</sup> KLEVETOVÁ, *Motivační prvky při práci se seniory*, 22 – 25

<sup>65</sup> PICHAUD, *Soužití se staršími lidmi*, 31

<sup>66</sup> Tamtéž, 24

<sup>67</sup> KALVACH, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 25

<sup>68</sup> KABELKA, *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, 65

<sup>69</sup> SVOBODOVÁ, *Důstojnost*. In: HEŘMANOVÁ, *Etika v ošetrovatelské praxi*, 71

od narození. Problémem tohoto pojetí však je, že nelze tuto důstojnost jakkoliv vystihnout či formulovat, jelikož se v tomto případě stává nepopsatelná. K ujasnění ontologické důstojnosti si můžeme pomoci negací vlastností spojovaných s tímto pojetím důstojnosti – jde o hodnotu nedělitelnou, nezcizitelnou, nevyčíslitelnou, neodstranitelnou, neodvoditelnou, nedotknutelnou.<sup>70</sup>

Lidská důstojnost je rovněž morální a etická kategorie, jež zdůrazňuje vědomí člověka o jeho významu a významu jeho práv. V sociální i paliativní péči má vědomí důstojnost náležející každému člověk pomoci při nástupu nových klientů především v tom, aby je pracovníci přijímali v jejich nejlepším světle. To znamená na nejvyšší společenské úrovni, jaké kdy ve svém životě docílili - praktickým příkladem je oslovování klientů. Personál by se měl vyhýbat nevhodnému oslovování či tzv. elderspeak neboli infantilizaci.<sup>71</sup>

Z hlediska poskytování paliativní péče má obrovskou důležitost hájení či naopak porušování osobní identity člověka.<sup>72</sup> Podle kvality poskytovaných služeb a péče klient zjistí - buď že i přes své postižení či omezení je stále personálem respektován a brán jako partner nebo nabyde dojmu, že je jim na obtíž. Ve chvíli, kdy se člověk dostane do role uživatele sociálních služeb a stává se tím tak závislý na pomoci druhých, má určitá očekávání a jedním z nich je i to, že bude respektována jeho lidská důstojnost a dostane se mu pochopení.

Důstojnost je také často spojována právě se stářím a s koncem života. Důstojně umírat znamená mít stále kontrolu sám nad sebou a mít jistotu, že se mnou bude v samém konci zacházeno jako s lidskou bytostí.<sup>73</sup> V dnešní době je pojem důstojná smrt používán dost často, za to jen zřídka je tento

---

<sup>70</sup> *Respektování lidské důstojnosti*, 12

<sup>71</sup> Tamtéž, 13-14

<sup>72</sup> Z průzkumů agentury STEM/MARK pro Cestu domů (2011) vyplývá, že 51 % populace se obává ztráty důstojnosti v době umírání, mezi zdravotníky se tato obava vyskytuje v 81%. Dostupné na internetu URL: <https://www.umirani.cz/data#ke-stazeni>

<sup>73</sup> ROHANOVÁ, *Podpora a pokora důstojnosti starých lidí*. In: HAVRDOVÁ, *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, 126 – 127



pojem upřesněn. Mluvíme-li o důstojné smrti, myslíme tím zpravidla pouze estetickou stránku procesu umírání.<sup>74</sup> Bohužel se v dnešní době setkáváme ve společnosti s názory, že člověk ztrátou běžných schopností a své nezávislosti, ztrácí i své důstojné postavení. Stáří je považováno za degradující, místo aby na něj bylo pohlíženo jako na závěrečnou etapu života člověka. Tato životní fáze by měla být obdobím spokojenosti a hrdosti na sebe sama.<sup>75</sup> „Dobré, důstojné umírání je takové, kde je hlavní autoritou sám umírající (...) důraz je proto kladen zejména na jedinečnost umírajícího a jeho individuální volbu v procesu léčby a péče.“<sup>76</sup>

Konec života může personál pracující s umírajícími lidmi vnímat jako stav člověka, jež je plně odkázán na druhé, nemůže o sobě rozhodovat, a který dovršuje svůj život aktem smrti.<sup>77</sup> Umírající je v rukou pečujících a záleží jen na jejich životní filosofii, jak ho budou v celistvosti jeho života vnímat. Zda pod nemohoucností spatří jeho důstojnost či nepříjemnou událost. Tato důstojnost přesahuje i moment smrti a vede nás k úctě k mrtvému tělu.<sup>78</sup>

Zde se nabízí několik odpovědí na otázku, jak lze přistupovat k umírajícím s úctou. Důstojnost umírajícího člověka může být narušena nebo zcela odcizena postoji nebo činnostmi, které se na první pohled nemusí jevit jako neetické, někdy mohou být dokonce oděny v háv lékařské indikace, rutinních diagnostických nebo ošetrovatelských postupů, nebo jsou prostě výslednicí lidské lhostejnosti nebo neinformovanosti.

Uvážíme-li situaci umírajícího člověka – dnes většinou pacienta hospitalizovaného v nemocnicích, léčebnách dlouhodobé péče nebo klienta nejružnějších sociálních rezidenčních služeb – ne tak vzácně lze potkat seniora, který umírá opuštěný od svých blízkých, vyhoštěného ze své rodiny, člověka,

---

<sup>74</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, 160-161

<sup>75</sup> BYOCK, *Dobré umírání*, 108-109

<sup>76</sup> HÁJKOVÁ, FUNK, *Provázení aneb opřete se i o mě*, 80

<sup>77</sup> HALÍK, GRÜN, *Svět bez boha*, 84

<sup>78</sup> PESCHKE, *Křesťanská etika*, 301-303

který dřív než projde branou fyzické smrti, zakouší sociální izolaci<sup>79</sup> či dokonce smrt.<sup>80</sup> Tento pacient (klient) je plně odkázán na péči profesionálů a mnohým se jeví tematika smrti jako dostatečně ošetřená.<sup>81</sup> Umírání a smrt se vystrčila za neosobní plentu lidského nezájmu a ne-péče, jako by se nás neměla týkat. S jistým pejorativním přívlastkem hovoříme o institucionální modelu umírání.<sup>82</sup>

Důstojnost umírajících může být vážně atakována a porušována nejhrůznějšími projevy našeho vztahu k umírajícím: nedostatkem lidské podpory a účasti, zanedbáváním doprovázení v této fázi života, nerespektování práva pacienta na sebeurčení, autonomii projevenou např. v institutu Dříve vysloveného přání, nedostatečný prostor a pomoc pro uspořádání svých věcí a možností učinit nebo změnit závěť, nepravdivé nebo nedostatečné informování umírajícího o jeho zdravotním stavu, pokud si to přeje, tzv. milosrdná lež, nedostatečná analgetická nebo analgosedační terapie, nedostatečná racionalizace kurativní terapie – neperspektivní udržování nebo prodlužování života, invazivní a rutinní diagnostické a ošetřovatelské výkony, kontraindikace kardio-pulmonární resuscitace, nedocení potřeby rituálů, možnosti rozloučení, necitlivost k potřebě soukromí, intimity a piety.<sup>83</sup>

### 2.3. Koncepce domova pro seniory

Domov pro seniory ve smyslu Zákona o sociálních službách<sup>84</sup> je v právní legislativě ukotvená sociální služba, která zahrnuje: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické

---

<sup>79</sup> JANEČKOVÁ, *Jsem to pořád já*, 26

<sup>80</sup> JANKOVSKÝ, *Etika pro pomáhající profese*, 144

<sup>81</sup> VOJTĚCHOVSKÝ, *Geriatrická thanatologie*, 125

<sup>82</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 29

<sup>83</sup> DOLISTA, *Právo na důstojné umírání* – dostupné na internetu URL: <https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail.%20ISSN%201213-189X>

<sup>84</sup> Zákon 108/2006 Sb.

činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podobně jako při přijetí do MSPP poskytovatel pobytové služby připraví návrh smlouvy, která je s případným příštím uživatelem nejprve komunikována ústně. Po ústním projednání se uzavírá písemně a to před nástupem do zařízení a před zahájením poskytování sociální služby.<sup>85</sup> Smlouva je individualizovaná, vytvořená cíleně pro konkrétní osobu tak, aby v maximální odpovídala stanovenému osobnímu cíli budoucího uživatele.<sup>86</sup> Projednání návrhu smlouvy s budoucím uživatelem, vypracování smlouvy podle dohodnutého ujednání a podpis obou stran (uživatele a poskytovatele) spadá do kompetence sociálního pracovníka.<sup>87</sup>

V návaznosti na individuální cíle uživatele sociální služby probíhá v pobytových sociálních zařízeních individuální plánování průběhu služby a následně její dokumentace. Zodpovědnost za plánování a průběh služby nese tzv. klíčový pracovník.<sup>88</sup> Tento zaměstnanec poskytovatele má dle Standardu kvality č. 5 plánovat s uživatelem průběh poskytování sociální služby s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti a průběžně s uživatelem hodnotit, zda jsou jeho osobní cíle naplňovány, spolupracuje s ostatními členy týmu a managementem domova pro seniory a pro uživatele sociální služby zastává roli poradce či konzultanta řešení, zprostředkovatele informací, pomocníka, důvěrníka i obhájce.<sup>89</sup>

Kromě poskytovaných služeb instituční prostředí pobytové sociální služba přináší do života seniora mnoho nových vztahů. Každopádně se rozšiřuje síť sociálních vazeb – jak vztahy k pracovníkům zařízení, tak i vztahy

---

<sup>85</sup> MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, 66

<sup>86</sup> *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* – dostupné na internetu URL:

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=STRU%C4%8Dn%C3%BD+pr%C5%AFvodce+z%C3%A1konem+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEB%C3%A1ch>

<sup>87</sup> MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, 67

<sup>88</sup> *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, 115

<sup>89</sup> Tamtéž, 120

k spolubydlícím a komunitě obyvatel. Některé přirozené vztahy zanikají a jiné – zejména s pečujícími - se posilují a často dosahují i vysoké míry důvěrnosti a na emocionální se stávají úrovni nejbližšími. Tato blízkost a nabídka vztahů otevírá příležitost, aby se senior v zařízení cítil „jako doma“.<sup>90</sup>

Vedle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, mají významné místo v DS v zajištění péče o seniora všeobecné sestry. Spolu s multidisciplinárním týmem odborně zdatných kolegů – aktivizačních a rehabilitačních pracovníků, nutričního terapeuta a kaplana – se podílejí na přímé péči. V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách byla vytvořena autorská odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách, kterou upravuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 620/2006 Sb.

Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb, kteří jsou zde umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Při vykazování této ošetrovatelské a rehabilitační péče pojištěncům se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace příslušných výkonů odbornosti 913 ošetřujícím lékařem. Všeobecná sestra v kontextu sdílené péče DS a MSPP je pojítkem<sup>91</sup> mezi jednotlivými členy týmu DS a MSPP. Vzhledem k vysokému podílu ošetrovatelské péče jsou to právě všeobecné sestry, které v domově pro seniory nesou odpovědnost za zajištění zdravotní péče a potažmo i volání záchranné služby.<sup>92</sup>

V kontextu zavádění paliativních programů – implementaci paliativní péče – do činnosti dosud nepaliativních zařízení, formuloval náš přední český geriatr MUDr. Zdeněk Kalvach základní principy, které je si nutno osvojit před tím, než si personál (zařízení) začne osvojovat dílčí odborné paliativní dovednosti. Manuál<sup>93</sup> vysvětlující základní principy paliativní péče i praktické poznámky

---

<sup>90</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 22

<sup>91</sup> LINHARTOVÁ, *Praktická komunikace v medicíně*, 129 - 130

<sup>92</sup> HRDÁ., *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 42

<sup>93</sup> KALVACH, *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, 36 – 41

k zavádění paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou východisky pro koncepční uvažování i kroky v této tematice.

### 3. Strategie integrace paliativní péče do domova pro seniory v projektu Paliatr Vysočina

Integrace MSPP do domova pro seniory a spolupráce dvou organizací je součástí strategie projektu Paliatr Vysočina na období do roku 2027. Cílem projektu je hledání efektivního řešení pro seniory v posledních měsících života či na pomezí křehké geriatric a paliativní péče. Prioritou je snížení počtu neefektivních hospitalizací u seniorů, zlepšení kvality života u pokročile chronicky nebo nevyлéčitelně nemocných, propojení komunitní zdravotní a sociální péče, navýšení vzdělání a motivace profesionálů v oblasti křehké geriatric.<sup>94</sup>

Vlivem stárnutí populace a zvyšující se kvalitou zdravotní péče se postupně proměňuje klientela DS z hlediska potřeb zajištění odborné péče i v závěrečné fázi života. DS je díky zajištěné ošetrovatelské péči 24/7 důležitou platformou k poskytování geriatrické paliativní péče na zdravotně - sociálním pomezí. Disponuje v oblasti přímé péče kvalifikovaným personálem – sestrami, pečovateli, sociálními pracovníky, pastoračními asistenty – lidmi, kteří jsou schopni poskytnout a poskytují komplexní péči o pacienta ve všech dimenzích lidské osoby. Pro komplexní přístup k paliativní péči je třeba přizvat často jen odborného lékaře – paliatra, pokud tuto roli nemůže zastat ošetroující praktický lékař.

V případě nedostatečně odborně či personálně vybavené pobytové služby je možno přizvat ke spolupráci přímo do zařízení paliativní tým, kde však může nastat problém s duplicitou pečovatelských nebo ošetrovatelských výkonů. Do budoucna by bylo možné využít 24/7/365 dostupnost pohotovostní služby paliativního týmu – fungující lékařské zázemí a ambulance paliativní medicíny. Spolupráce ambulance paliativní medicíny, ošetrovatelského týmu DS

---

<sup>94</sup> KABELKA, *Nemocné rozhovory*, 205

a ošetřujícího lékaře umožňuje využít model specializované paliativní péče v odbornosti 926.<sup>95</sup>

Za nejvhodnější formu se považuje zřízení mobilního paliativního týmu souběžně s ambulancí paliativní medicíny – tento model umožňuje zlepšit kontinuitu péče, nejen v samotném závěru života. Ambulance paliativní medicíny umožňuje podporu péče praktického lékaře a DS v době, kdy nemocný ještě nepotřebuje trvalý dohled multidisciplinárního týmu, ale péče často probíhá bez kvalifikovaně nastaveného plánu paliativní péče.<sup>96</sup>

Pro tuto skupinu pacientů přináší MSPP garanci trvalé (24/7) dostupnosti lékařské a ošetrovateľské péče, bezpečnou specializovanou službu, která je v souladu s nejmodernějšími odbornými poznatky a současně respektuje zákonné požadavky na zdravotní péči. Zároveň zajišťuje kvalitativně vyšší úroveň zajištění péče<sup>97</sup> než obvyklý model registrujícího praktického lékaře a služeb domácí péče nebo pobytového zařízení.

---

<sup>95</sup> „Je terénní služba poskytovaná v domácím nebo náhradním sociálním prostředí v kontinuálním režimu tzv. domácí hospitalizace 24 hodin / 7 dní v týdnu a je určena nevyлéčitelně nemocným lidem, u kterých byla ukončena léčba vedoucí k vyléčení. Je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři, sestry, sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách, koordinátor péče, pracovníci zajišťující psychoterapeutickou a spirituální podporu. Paliativní péče zahrnuje péči o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a rodiny“. Viz: *Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina* Dostupné na internetu URL: [https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece\\_schvalena-verze.pdf](https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece_schvalena-verze.pdf).

<sup>96</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 54

<sup>97</sup> Např. obstrukce močového katetru o víkendu s rozvojem febrilního stavu tak znamená jeden výjezd sestry a lékaře, základní vyšetření na místě a ponechání nemocného včetně subkutánní infúzní terapie a základního antibiotika doma. Nevzniká napětí pro rodinu, pro nemocného se zmírní rizika komplikací, resistance syndromu, náklady a zátěž pro zdravotní systém jsou mnohem nižší. Viz: KABELKA, *Paliativní péče v ČR – situační analýza*, dostupné na internetu URL: <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-ceske-republice>

### 3.1 Specifika spolupráce

Z analýzy Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020<sup>98</sup> vyplývá, že paliativní péči u pacienta ve vlastním či náhradním sociálním prostředí zajišťuje v současné době registrující praktický lékař nebo ambulantní specialista (pokud se jedná o pacienty v závěrečné fázi života) ve spolupráci s poskytovateli domácí péče či pobytovými zařízeními. V tomto případě jde o obecnou paliativní péči, která nenabízí specializovaný a multidisciplinární přístup s trvalou dostupností a časovou flexibilitou. Lékař indikuje domácí péči či ošetrovatelské intervence v rámci pobytové sociální služby, přičemž specifikuje cíl péče, plán a jednotlivé výkony sester, které se u pacienta budou provádět. Jedná se tak o plánované lékařské a ošetrovatelské intervence bez zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře a sestry.

V mimopracovní době praktického nebo specializovaného lékaře je lékařská péče zajištěna lékaři RLP (Rychlá lékařská péče), RZP (Rychlá zdravotní pomoc), formou telefonických konzultací nebo ambulantního vyšetření lékařem lůžkového poskytovatele zdravotních služeb. Takto nastavená péče je obvykle dostačující, pokud je pacientův stav klinicky relativně stabilní a nedochází k častým změnám celkového stavu a intenzity symptomů, jež by vyžadovaly akutní zásah lékaře a sestry i mimo ordinační dobu.

V kontextu pokročilého onemocnění se ale klinický stav a celková symptomová zátěž obvykle zhoršuje – nejednou se v krátkém časovém intervalu dramaticky mění. Pro minimalizaci rizik pacientova utrpení je v tomto čase potřebné zajištění pohotovosti a trvalé dostupnosti lékařské a ošetrovatelské péče nejvýše do 60 minut. Právě takovou dostupnost garantuje MSPP.

Paliativní péče je oborem, který pracuje s přirozeným systémem člověka, tj. s ním samotným, s jeho blízkými, komunitou ve které žije. V případě

---

<sup>98</sup> *Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina* - dostupné na internetu URL: [https://www.paliativnivysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece\\_schvalena-verze.pdf](https://www.paliativnivysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece_schvalena-verze.pdf).



pobytových služeb pro seniory tedy i s týmem domova.<sup>99</sup> Specifikem DS s poskytovanou paliativní péčí v obecné i specializované formě je nastavení čtyř základních procesů paliativní péče, které jsou vkomponované do individuálního plánování uživatele sociálních služeb. Je to plánování budoucí péče, která je součástí strukturovaného rozhovoru s uživatelem a jeho rodinou ke zjištění přání a představ o budoucí zdravotní péči a o tom, co je pro uživatele kvalitou a důstojností života. Dále je to sestavení plánu péče v závěru života (co reálně může a umí DS nabídnout), vlastní poskytnutí péče a péče o pozůstalé.<sup>100</sup>

V rámci projektu sdílené péče dvou subjektů MSPP a domova pro seniory je zřejmé, že poskytovatel pobytových služeb pro seniory se v kontextu spolupráce s DH „chová“ podobně jako biologická rodina klienta, vstupuje do stejného smluvního trojstranného vztahu (uživatel – DS – MSPP) a v intencích hospicové filozofie vlastní rodinu klienta více integruje do péče o jejich příbuzného. Biologická rodina sehrává významnou roli i v samotném finále života, v jistém pohledu je nenahraditelná. Pokud má zájem nebo je citlivě podpořena, v doprovázení umírajícího příbuzného se otevírá prostor pro smíření, odpuštění, propuštění a paradoxně nového vykročení ve změněných životních situacích. Tento moment překračuje péči o konkrétního klienta, ale vztahuje se na celou šíři významných sociálních vztahů a vazeb.

Při nastavení sdílené péče je třeba přizvat k uzavření smlouvy všechny zúčastněné subjekty specializované paliativní péče pacienta a jeho rodinu, tým DH (přijímající lékař a sestra), tým DS (sestra a úseková vedoucí, kde klient v rámci DS žije a kde bude sdílená péče realizována). PL je informován po vyžádaném souhlasu ze strany DH písemnou cestou. Tito „smluvní partneři“ si vyjasní své kompetence, podmínky péče, příjem klienta do sdílené péče, její průběh – tzv. plán péče, případnou revizi (ve vlastním sociálním prostředí klienta se revize plánu označuje jako tzv. rodinná rada, v náhradním sociálním prostředí není ještě vytvořen *terminus technicus* téhož) a zakončení péče s přesahem

---

<sup>99</sup> *Koncepce paliativní péče v Sue Ryder*, 6

<sup>100</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 24

na pozůstalé příbuzné. K transparentnosti dohodnutého je jistě dobré písemné zaznamenání jednotlivých položek.

Povědomí o paliativní péči a potřebách nemocných v závěrečné fázi života případně o potřebách rodiny je kvalitou a odbornou kvalifikací jednotlivých pracovníků, kterou je třeba získat vzděláním a klinickou praxí. Kvalita daného vzdělání a průběžné vedení celého týmu je samozřejmě velmi závislé na vzdělání a zkušenostech vedoucích zdravotního i sociálního týmu. Klíčové je rovněž nastavení péče ze strany lékařů a především pak kontinuální dostupnost lékařsko-sesterských postupů a rozhodování.

Prakticky tedy sdílená péče znamená, že klient DS v terminální fázi svého života, s onemocněním významně limitujícím jeho život, na základě lékařského konzilia a s úplnými informacemi o svém zdravotním stavu a prognóze, může využít nabídku paliativní péče v náhradním sociálním prostředí DS a při předpokládaném zhoršování zdravotního stavu nebude transportován do nemocnice příp. resuscitován. Sociální a zdravotní péči budou nadále poskytovat zaměstnanci DS – tým DS se v podstatě vůči klientovi chová jako nejbližší rodina, kterou v pravidelných intervalech navštěvuje sestra DH, provede standartní vyšetření a ošetření, konzultuje stav s lékařem paliatrem, který vede léčbu, komunikuje směrem k rodině pacienta i pečujícím, případně provádí lékařskou vizitu u lůžka klienta. Mimo plánovaných návštěv sestry nebo lékaře z DH u klienta provádí péči, podání ordinované medikace a ošetření zaměstnanci DS v rozsahu svých profesních kompetencí.

Pro nastavení vhodné péče pro klienta DS jsou zcela zásadními aktéry praktičtí lékaři,<sup>101</sup> nemocnice<sup>102</sup> a týmy mobilní specializované paliativní péče,<sup>103</sup> kteří se v rámci integrovaného systému podílejí na péči resp. předání do odpovídajícího typu péče. Praktický lékař je reálně ústřední osobou ve zdravotní péči o nemocného v domácím/náhradním prostředí. Je pro něj zcela

---

<sup>101</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 124

<sup>102</sup> Tamtéž, 128

<sup>103</sup> Tamtéž, 131

zásadní rozhodování, zda je adekvátní léčba a péče zajistitelná v domácím prostředí nebo zda je indikován převoz do zdravotnického zařízení. Ideálně tedy by péče o nevléčitelně nemocného, resp. umírajícího pacienta v domácím prostředí, měla probíhat za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetrovatelského týmu (mobilní paliativní tým). Za optimálních podmínek si PL vyžádá konziliární vyšetření v rámci ambulance Paliativní medicíny, zhodnotí se indikační kritéria pro zařazení do odbornosti 926 a následně lékařská a zdravotní péče přechází na tým specializované paliativní péče.<sup>104</sup>

Spolupráce dvou subjektů resp. týmů MSPP a domova pro seniory předpokládá transparentní vymezení a koordinaci sdílené péče o konkrétního pacienta. Jedná se zejména o vymezení kompetencí a pozice v péči o pacienta u zaměstnanců DS, PL a zaměstnanců MSPP, vymezení hranic – co je DS schopen zvládnout – pečovatelské úkony, zajištění psycho-spirituální podpory, stabilita sociálního prostředí. Důležité je kompetentně zajistit komunikační tok informací směrem k pacientovi a rodině – kdo, komu, v jakém rozsahu, efektivnost předání informací uvnitř obou týmů - způsob, rychlost a přesnost. Nedílnou součástí je vedení dokumentace a interní i externí zpětná vazba obou týmů.

Specifikem sdílené péče zůstává otázka duplicity péče a legislativního vymezení odborností 913 versus 926 – při nastavení režimu 926 se ukončuje režim 913, což představuje nemalou potíž v zavedení modelu sdílené péče do praxe. V současné době probíhají o těchto otázkách jednání mezi Krajem Vysočina a zdravotními pojišťovnami, neboť ve stávajícím stavu je myslitelný pouze model odbornosti 926, kde výkony zdravotních sester DS zůstanou neproplaceny pojišťovnou. Odborná práce sester DS při zavedené odbornosti 926 a ukončeném režimu odbornosti 913 v stávajícím stavu zůstává finančně nedocenená – na rozdíl od biologické rodiny, která péči provádí „zadarmo“, v instituci je třeba zohlednit finanční efektivitu a mzdu za výkon, který je profesionálně proveden. Výhodou odbornosti 926 poskytované v rámci sdílené péče je bezplatná dostupnost perorálních, transdermálních a injekčních

---

<sup>104</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 44

preparátů, infuzní terapie, sippingu a inkontinenčních plen, která je poskytována ze strany DH.

### 3.2 Vrcholoví manažeři – organizační vize a kultura organizací

Při rozhodování o sdílené péči a spolupráci dvou organizací je vhodné začít vzájemným poznáváním profesních protějšků, případně výměnou stáží. Zavedení paliativní péče do pobytového zařízení je vhodně vycházet z důsledného monitorování vnitřních a vnějších zdrojů organizace. Obecné předpoklady je nutné ověřit „tvrdými fakty“. V rozvaze tak mohou posloužit měřitelné indikátory stavu péče v domově pro seniory (př. počet zemřelých v domově a v nemocnici, počet hospitalizací a jejich průměrná délka, přání obyvatelů ohledně konce svého života, zvládání bolesti a hydratace v rámci nastavené zdravotní péče domova), personální zajištění služeb (24 hodinová přítomnost všeobecné sestry, vzdělání, pracovní zkušenosti, fluktuace zaměstnanců, chybějící profese), materiální a technické vybavení zařízení, implementované modely péče. Z vnějších zdrojů je nutné brát v úvahu potřeby organizace, respektive jejích zaměstnanců a na potřeby klientů a způsob jejich zajištění.<sup>105</sup>

Tato měřitelná fakta je třeba sladit s fakty „měkkými“, jakými je organizační vize a kultura obou organizací. Organizační vize stanovuje obraz budoucnosti firmy, na jejímž základě lidé ve firmě znají svoji roli v celkovém směřování firmy. Slouží jako základ pro vymezení poslání cílů a strategií, které určují postavení organizace ve společnosti. Vychází z organizačních hodnot, míří k výsledkům a dává smysl práci zaměstnanců a navyšuje jejich motivaci. Při efektivním využití vize se prohlubuje vztah lidí k organizaci a zlepšují se mezilidské vztahy ve firmě. Lidé ve firmě vizi vnímají, a proto by měla být srozumitelně formulovaná, aby ji pochopil každý zaměstnanec, přijal svoji roli při její realizaci a vycházel z klíčových firemních hodnot.<sup>106</sup> Vize navíc dává

---

<sup>105</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 44

<sup>106</sup> JAKUBÍKOVÁ, *Strategický marketing*, 18-21

smysl pracovní činnosti pracovníků, zvyšuje jejich iniciativu, kreativitu a samostatnost.<sup>107</sup>

Vize péče udává MDT směr. Pro tým se jedná o směr, kterým by měl poměřovat všechny kroky a rozhodnutí, která dělá. Pokud tým o vizi přemýšlí, může být i cennou pomůckou pro účelnější vynakládání energie. Ví-li, kam jde, hledání alternativ postupů bude svižnější. Žitá vize péče pomáhá překlenout rozdílnosti představ, se kterými každý profesionál do domova přichází.<sup>108</sup>

Organizační kultura zahrnuje artefakty, hodnoty a normy, ideje a instituce. V užším pojetí jde víceméně o synonymum pojmu sdílené hodnoty. Edgar Schein uvažuje o organizační kultuře ve smyslu vnější veřejně manifestujících artefaktů, které mohou být materiálního charakteru (např. architektura budov, logo, prospekty, služební oděvy apod.) a nemateriální povahy (např.: jazyk, historiky a mýty, hrdinové, zvyky, rituály, ceremoniály apod.). Ke kultuře organizace dále řadí všeobecně zastávané hodnoty, skutečnosti, které jsou považovány za významné a důležité, nepsaná pravidla zásady chování. Na rozdíl od artefaktů hodnoty jsou jen částečně uvědomovaná rovina kultury – jsou přítomny jakoby „samosebou“. Na nejhlubší a neuvědomované rovině jsou tzv. základní předpoklady organizační kultury, jakési zafixované představy o fungování reality, zcela samozřejmé názory a myšlenky, nejhlubší a neuvědomělá rovina kultury.<sup>109</sup>

Kultura organizace se samozřejmě promítá do kultury péče. Podobně jako skutečnost, jak k sobě pracovníci navzájem přistupují, jak spolu komunikují, se zákonitě promítá i do jejich vztahu směrem k obyvatelům. V jedné organizaci se mohou tvořit i subkultury – příkladem jsou různá oddělení domovů nebo různé úseky péče (týmy). Rozdíly ve vnímání pak mohou přinášet vzájemné nepochopení a potenciální napětí. V prostředí domovů můžeme vytváření

---

<sup>107</sup> KOTTER, *Vedení procesu změny*, 92 - 102

<sup>108</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 20

<sup>109</sup> Organizational Culture - dostupné na internetu URL:

<https://managementmania.com/cs/organizacni-kultura>

subkultur sledovat u organizací, které jsou v procesu transformace od institučního nastavení k personalizované službě.<sup>110</sup>

Pobytové zařízení sociální péče, které se rozhodne implementovat paliativní péči jako součást své „firemní kultury“, se vydává na cestu důsledného individuálního přístupu ke každému klientovi, kontinuálního přizpůsobování se měnícímu se stavu, potřebám i požadavkům a z toho vyplývající adekvátní a účinné péče. Na teoretické rovině je tento nárok zcela samozřejmě preferován ve standardy sociální péče a individuálního přístupu k jejímu uživateli, nicméně v praxi myšlenka a realizace integrace paliativní péče nejčastěji naráží na přežívající „nemocniční kulturu“ instituce a jejích zaměstnanců „v bílých pláštích“.

Vrcholoví manažeři obou organizací jsou povýtce nejvíce zodpovědní za to, jaká kultura bude „komunikována“ na verbální i neverbální úrovni, v případě navyšujících se potřeb nebo rychlé kaskádě změn, které může konec života přinést. Sladění organizačních vizí i kultury při poskytování paliativní péče v kontextu sdílené spolupráce se ukazuje jako zásadní úkol na vrcholový management obou organizací. Na straně pobytového sociálního zařízení, které hodlá implementovat speciální paliativní péče do své nabídky služeb vůči stávajícím uživatelům, to přináší nemalý nárok zejména v oblasti zvýšených nároků na péči o člověka v terminální fázi života. Obecně je ideálem přizpůsobit režim pobytového zařízení potřebám uživatele sociální služby ne naopak. Zkušenost ukazuje, že domovy pro seniory, které již v minulosti zavedly a usilují ve své činnosti o nejrůznější koncepce či modely péče, jsou k tomuto ideálu více nakročeni než tam, kde převládá „nemocniční“ kultura – tedy že senior se přizpůsobuje režimu pracovníků.

Z praktického hlediska senior v speciální paliativní péči v tzv. paliativním režimu má přednostní nárok na péči zdravotníků z hlediska ošetření a to zejména při akutním zhoršení stavu, průlomové bolesti nebo intervencí v samotném finále života. Tyto situace předpokládají flexibilitu a operativní řešení

---

<sup>110</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 20

jednotlivých nároků a zajištění péče u ostatních uživatelů sociální služby. Při péči je nutné citlivě zhodnotit stav uživatele a ve větší míře se zapojuje i management organizace. V tomto ohledu jsou kladeny větší nároky na vertikální prostupnost komunikace<sup>111</sup> a schopnost rychle reagovat ve změněných okolnostech.

Z nároků kladených na vrcholové manažery obou organizací je předně ochota podstoupit dlouhodobý proces změny, vytvoření prostoru i podmínek pro to, aby zaměstnanci organizace byli v dostatečné míře vystaveni podnětům, které umožní kvalitně nahlédnout, uchopit a osvojit si umění, že péče se může vést i jiným způsobem. Je to mentální změna modelu pojetí péče – tedy rámce, ve kterém se o péči dosud uvažovalo. Nejčastějšími a nejprínosnějšími stimuly jsou vzdělávání a stáže. Zároveň by mělo být starostí vrcholového managementu vytvořit dostatečný prostor ke sdílení. Právě sdílení zkušeností i obav a cíleně reflektovaná praxe vytváří klima „učící se“ organizace. Pouze v této atmosféře učící se otevřenosti se může formovat a proměňovat mentální model péče. Rychlost a kvalita zamýšlené změny i způsob, jakým je přijímána, významně odvisí od dovednosti formulovat adekvátní a reálné cíle a vizi.<sup>112</sup>

### **3.3 Linioví manažeři organizací - postoje a motivy pracovníků**

Linioví manažeři obou organizací přímo zodpovídají za organizaci a kvalitu péče menší skupiny zaměstnanců. Na jejich bedrech leží každodenní organizace provozu a procesů na pracovišti. Obvykle často pracují na podobných úkolech jako jejich kolegové a mají dobrý vhled do běžných souvislostí provozu i personální znalost ohledně dovedností, kvality i odbornosti péče. Jsou odpovědní za adaptaci nových členů týmu, provádí motivační rozhovory s jednotlivými zaměstnanci svého oddělení. Často řeší konflikty mezi zaměstnanci nebo problémů mezi zaměstnanci a jejich manažery, působí jako mediátoři vztahů mezi zaměstnanci, vedou týmové schůzky a komunikují

---

<sup>111</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 38

<sup>112</sup> Tamtéž, 40

do týmu změny a rozhodnutí vyššího vedení.<sup>113</sup> Obecně se předpokládá, že je to pracovník zkušený ve svém oboru, s postgraduální výbavou v oblasti managementu, s osobnostním potenciálem vést a rozvíjet týmovou spolupráci.

Z uvedeného výčtu očekávaných úkolů kladených na liniového manažera vyplývá, že pro implementaci specializované paliativní péče je postoj a motivace středního managementu pro organizaci rozhodující. Právě k nim by prvořadě měla směřovat nabídka vzdělávání a stáží v dané oblasti. Úroveň komunikace změna rozhodnutí vrcholového managementu je často otázkou dobré komunikace mezi jednotlivými úrovněmi řízení a základní důvěry nebo alespoň loajality. Liniový manažer se svojí rolí ocitá v jakési „sendvičové“ pozici – směrem k podřízeným i nadřízeným. S tím souvisí jak přímé formování týmu ve smyslu mentální změny péče aktuálně aplikované v praxi i report směrem k přímým nadřízeným.

V zavádění sdílené péče na úrovni liniového managementu se osvědčily polostrukturované rozhovory<sup>114</sup> s jednotlivými zaměstnanci ke konkrétním kazuistikám. K validním výstupům je dobré zachovat formální rámec rozhovoru a téma, v ideálním případě je dobré rozhovory nahrávat nebo si dělat poznámky (se souhlasem komunikujících). Rozhovory by měly probíhat v nehodnotící a diskrétní atmosféře, což jsou základní charakteristiky takto vedené konverzace, které je dobré hned v začátku vyjasnit. Nevýhodou takto strukturovaných rozhovorů je jejich časová náročnost a mohou být s úspěchem vedeny i externisty. Je nabíledni, že ne všechny rozhovory musí mít formalizovanou podobu. Mnoho důležitých informací zazní během rutinní činnosti, při předávání služby, na poradách nebo při pauze.

---

<sup>113</sup> *Systém pro řízení lidí, práce a organizace* - dostupné na internetu URL: <https://aptien.com/cs/kb/articles/who-is-line-manager>

<sup>114</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 49



Dalším významným nástrojem liniových manažerů pro formaci a utváření postojů a motivací zaměstnanců jsou tzv. fokusní skupiny.<sup>115</sup> Fokusní skupiny se jeví jako vhodný nástroj v prvotní diskusi o zamýšlené změně, v krátkém časovém úseku a při dobrém vedení skupiny mají potenciál dát přehled o základních otázkách a problémech, které se k danému tématu váží. Výhodou je rovněž, že se jednotliví účastníci skupiny slyší navzájem. Zároveň je třeba dobře zvážit a víceméně odhadnout, zda je atmosféra mezi zaměstnanci (účastníky skupiny) otevřená a jakou dynamiku lze od skupiny očekávat.<sup>116</sup> Záleží nejen na schopné moderaci skupiny,<sup>117</sup> ale rovněž na vztazích mezi jednotlivými účastníky. Neovládnutá skupinová dynamika může zamýšlené změně uškodit nebo ji zablokovat.

### 3.4 Zaměstnanci organizací – znalosti, dovednosti, spolupráce

Zaměstnanci organizace – výkonní nositelé změny – potřebují pro svoji práci dostatečné vzdělání a odbornou přípravu. Tomu však předchází nastavení pevného rámce<sup>118</sup> pro poskytování specializované paliativní péče. Organizace explicitně definuje, jakou péči poskytuje, a zaměstnanci jsou podporováni ve sdílení společné vize. Zaměstnanci mají srozumitelně vymezen obsah pracovních postupů, povinností a kompetencí, jsou podporováni v dalším vzdělávání a jsou jasné komunikační standardy, poskytování zpětné vazby i řešení konfliktů. Opakovaně je třeba zdůrazňovat, že nejistoty, neúspěchy či chyby jsou legitimní součástí nastavovaného procesu a díky těmto komunikovaným skutečnostem se učí celá organizace a nejsou primárně důvodem k postihu.

---

<sup>115</sup> Rozhovor s více účastníky (obvykle 8 – 12), který vede moderátor, její podstatou je zaměření se na jedno téma (fokus), jenž se ve skupině diskutuje, řeší a prozkoumává. Obvykle má strukturovanou podobu. Dostupné na internetu URL:

[https://cs.wikipedia.org/wiki/Focus\\_groups](https://cs.wikipedia.org/wiki/Focus_groups)

<sup>116</sup> CEJTHAMR, DĚDINA, *Management a organizační chování*, 177

<sup>117</sup> HAYES, *Psychologie týmové práce*, 102

<sup>118</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 58

Kvalita výkonu zaměstnanců je často nepřímým ukazatelem kvality vedoucího. Bělohlávek<sup>119</sup> doporučuje oproti klasickému názoru zaměřeného na identifikaci a odstraňování chyb, soustředit se na rozvoj předností jednotlivých zaměstnanců. Vychází z obecně platné zkušenosti, že odstraňovat chyby u dospělého jedince (zejména pokud souvisí s povahovými nebo charakterovými rysy) je velice obtížné a pravděpodobnost úspěchu je nízká. Přičemž slabé stránky pracovníka mohou být kompenzovány schopnostmi jiných členů týmu.

Základním tmelem operačního týmu zaměstnanců jsou sdílené myšlenky, nejčastěji cíle, ale mnohdy preferované hodnoty. Díky tomuto sdílení bývají možné dohody o pravidlech, která budou jejich činnost usměrňovat. Sdílení ovšem není všeobšáhle, naopak je třeba také pěstovat „vývojové podněty“, týmová práce potřebuje jako sůl drobné a snesitelné konflikty, které ji poposunou vpřed nebo naopak ukáží slepou cestu. Proto se nejeví jako příliš šťastná snaha, aby si zaměstnanci byli podobní ve svých osobnostech a schopnostech. Ideálem je „celek“ se synergickým potenciálem, který se dosahuje zachováním, rozvíjením a využíváním rozmanitostí ve skupině.<sup>120</sup>

Vzdělání je klíčovým prvkem pro práci v oboru tak specifickém, jako je paliativní péče. Má kombinovat teoretické prvky s výrazně interaktivními principy. Jedním z klíčových prvků je motivace a přístup, ale i specifické komunikační dovednosti – např. jak citlivě vést komunikačně nesnadné situace. Vzdelání pracovníků ve sdílené paliativní péči by mělo zahrnovat rozvoj znalostí, dovedností a kultivaci postojů a chování.<sup>121</sup>

Vzdělávání se děje na rovině odborné přípravě všech pracovníků podle jednotlivých profesních skupin. Je vhodné mít vypracovaný plán základního vzdělání v klíčových dovednostech a v činnostech závislých na specifickém kontextu a dohodě (typicky nakládání s opiáty, vykazování ZP) a dále rozšiřující

---

<sup>119</sup> BĚLOHLÁVEK, *Jak řídit a vést lidi*, 72

<sup>120</sup> PLAMÍNEK, *Vedení lidí, týmů a firem*, 118

<sup>121</sup> KABELKA, *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*, 48 - 50

vzdělávání v nadstavbových dovednostech (př.: bazální stimulace, biografie, vedení bilančních rozhovorů). V současné době se v rámci paliativní péče nabízí komplexní vzdělávání v rámci Nadačního fondu Avast (Elnec - *End Of Life Nursing Education Consortium* – intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencií).<sup>122</sup>

Ke vzdělávání pracovníků velmi přispívá i tzv. domácí semináře, připravené zaměstnancem pro spolu-kolegy. Je vhodné, aby základním penzem vzdělání postupně prošli všichni zaměstnanci týmu a noví uchazeči. Významným momentem ve vzdělávání je mentorská role v rámci týmu svěřená zkušenému kolegovi. K podpoře vzdělání patří i exkurze a stáže (tuzemské a zahraniční), investice do osobního sebezvoje, psychohygieny a prevence syndromu vyhoření. Nepřímo se ke vzdělání váže i podpora týmových, společenských a kulturních akcí, ocenění pracovních výkonů nebo nasazení a vůbec lidská podpora a zájem o rozvoj potenciálu jednotlivých zaměstnanců, které se organizaci mohou vrátit v zúročené formě osobnostní kvality „svých lidí“.

Součástí kontinuálního procesu vzdělávání se a podpory paliativní péče je od samého začátku vytváření prostoru pro reflexi, cyklická práce s nejistotami a otázkami v kontextech jednotlivých kazuistik a posilovat motivaci a zájem o práci. V kontextu paliativní péče je typické, že zaměstnanci se mění, prožívají osobní ztráty nebo těžká období, která nedovolují plné nasazení nebo musí na čas práci s lidskou smrtelností opustit. Významným faktorem je zde i věk a profesní zkušenosti pracovníka v přímé péči.

---

<sup>122</sup> Dostupné na internetu URL: <https://nadaconfond.avast.cz>

## 4. Spolupráce v multidisciplinárním týmu

Multidisciplinární tým lze definovat jako skupinu odborníků s odlišným vzděláním, kteří se setkávají, aby koordinovali svou práci a poskytování služeb jednomu nebo více uživatelům v určité oblasti.<sup>123</sup> Funkční tým aktivně pracuje se efektem synergie, který zvyšuje výkon týmu, neboť členové týmu se mohou vzájemně obohatit a inspirovat, čímž dochází k větší produktivitě celého všech.<sup>124</sup>

Základní definování multidisciplinárního týmu a spolupráce jeho jednotlivých členů můžeme popsat jako skupinu osob, které spolupracují na naplnění konkrétních cílů. V multidisciplinárním týmu v rámci paliativní péče jsou obvykle zastoupeny tyto profese: lékaři s atestací v paliativní medicíně popř. jiných odborností, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, sociální pracovníci, ošetřovatelé, pečovatelé, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční specialisté, pastorační pracovníci a duchovní.<sup>125</sup>

Správně fungující tým je formován obecně platnými kritérii, která jeho činnost i účinnost ovlivňují. Matoušková a Vrabcová<sup>126</sup> je shrnují takto: *„při zřizování multidisciplinárního týmu by neměl chybět cíl a poslání týmu, kritéria hodnocení, určení toho, kdo je manažer týmu, skladba týmu a jeho dočasnost či trvalost, priority aktivit svěřených do péče týmu, informace o organizačních vazbách týmu k jiným týmům a funkčním útvarům, systém kontroly a hodnocení týmu, garant týmu z řad liniových vedoucích, podmínky pro informační a znalostní podporu práce týmu, informace o kompetencích a odpovědnosti, motivačním systému, a o obecné podpoře kultury organizace.“*

---

<sup>123</sup> NANCARROW, *The Impact of Enhancing the Effectiveness of Interdisciplinary Team Working*, 14

<sup>124</sup> KOLAJOVÁ, *Týmová spolupráce*, 17

<sup>125</sup> MARKOVÁ, *Sestra a pacient v paliativní péči*, 35

<sup>126</sup> MATOUŠKOVÁ, VRABCOVÁ, *Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů*, 25

## 4.1 Multidisciplinarita

Uvažujeme-li o multidisciplinaritě, je dobré úvodem rozlišit rozdíl mezi (pracovní) skupinou a týmem. Skupina má charakter spíše formální, disponuje předem stanovenými pravidly a postupy, její vedoucí je zodpovědný za výkon skupiny. K dobrému výkonu je nutná motivace a důležité jsou i osobnostní kvality vedoucího. V nejasnostech nebo konfliktech rozhoduje vedoucí. V týmu nejsou jednoznačné řešitelské návody nejasných nebo sporných situací, řešení se mnohdy může jevit jako složitější. Nicméně odpovědnost za přijatá nebo učiněná rozhodnutí nesou všichni členové týmu. Komunikačním nástrojem pro tým je diskuze a v případě neshod, podřízení se nebo přesvědčování.<sup>127</sup>

Znakem týmové práce je rovnost členů týmu, všichni mají stejná práva a povinnosti, stejně důležité postavení. Různé povahy jedinců, jejich schopnosti a zkušenosti přispívají k prospěchu týmu.<sup>128</sup> Pro týmovou spolupráci je rovněž zásadní samotný výběr členů. Role musí být správně rozděleny a koordinovány. V týmu by měl panovat dynamický duch práce.<sup>129</sup> Krüger a mnozí další autoři (Belbin, Meier) uvádějí, že tým je řízen samotnými členy týmu díky otevřeným vztahům, důvěře a zpětné vazbě. Rozdílnost povah, názorů a pohledů, schopnosti a zkušenosti jednotlivců přispívají k prospěchu týmu.<sup>130</sup>

V týmu se „automaticky se předpokládá, že každý může něčím přispět a že stojí za to naslouchat zaměstnancům.“<sup>131</sup> Význam týmové práce Kolajová shrnuje následovně: „Týmy většinou tvoří pilíře dobře fungujících organizací.“<sup>132</sup> Funkční tým je velmi efektivní nástroj k dosahování cíle a je schopen mnohem efektivněji řešit komplikované záležitosti než skupina. Paliativní péče integrovaná do domova pro seniory v rámci spolupráce dvou

---

<sup>127</sup> BELBIN, *Nové obzory týmů*, 115

<sup>128</sup> MEIER, *Úspěšná práce s týmem*, 7

<sup>129</sup> BELBIN, *Nové obzory týmů*, 117

<sup>130</sup> MEIER, *Úspěšná práce s týmem*, 9

<sup>131</sup> HAYES, *Psychologie týmové práce*, 26

<sup>132</sup> KOLAJOVÁ, *Týmová spolupráce*, 15

organizací nutně vyžaduje týmovou práci vzhledem k náročnosti případů a problémů, se kterými se potýká.

*„Nejdůležitější úlohou multidisciplinárního týmu je pomoci pacientovi i jeho blízkým dostat se do fáze smíření, akceptace blížící se smrti.“<sup>133</sup>* V multidisciplinárním týmu se individuálně reviduje plán péče, který flexibilně reaguje na potřeby a situaci klienta, zpracovává přání a preference pacienta. Při tvorbě plánu péče by měl lékař s klientem diskutovat léčebné postupy, včas hovořit o možných komplikacích, které sebou nemoc přináší a vysvětlit možnosti řešení.<sup>134</sup> V pracovním týmu se dostává klient a jeho rodina do popředí a stávají se tak plnohodnotnými členy týmu.<sup>135</sup> Součástí plánu péče v závěru života je sumární shrnutí stávajícího stavu, záznam diagnóz(y) a prognózy stavu seniora, jeho přání a představy o budoucí péči, jakož i přání a představy jeho blízkých, dohoda o cílech péče příp. dohoda o dalším postupu péče. Důležitá je i informace o stanovení hlavní kontaktní osoby při rozhodování, ale též stanovení limitů péče a způsobu jejich ošetření.<sup>136</sup>

Klient je příčinou toho, proč multidisciplinární tým vůbec vzniká a proč by měl dobře fungovat. Není-li na prvním místě klient, pak tým zcela postrádá svůj smysl. *„Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární a za jeho členy by měli být cíleně považováni také členové pacientovy rodiny i sám pacient. Ten by měl mít rozhodující slovo při rozhodování o léčbě i dalších intervencích. Jedině v takovém týmu může být skutečně zachována důstojnost pacienta a mohou být individuálně řešeny všechny obtíže nemocného a jeho blízkých.“<sup>137</sup>* Ve stáří je úkolem nejbližší rodiny, aby se postarala o svého člena, avšak ne vždy je toho schopna a také ne vždy klient fungující rodinu má. Profesionální tým bytových sociálních služeb by měl být schopen kompenzovat potřeby seniora tam,

---

<sup>133</sup> TOMEŠ, *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, 17

<sup>134</sup> *Standardy mobilní specializované paliativní péče*, 13

<sup>135</sup> JANKOVSKÝ, *Multidisciplinární z hlediska sociálního pracovníka*, 8

<sup>136</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 126

<sup>137</sup> MARKOVÁ, *Sestra a pacient v paliativní péči*, 35

kde na to klient a jeho rodina nestačí. Klient sám by měl být „vedoucím týmu“, pokud však není dostatečně autonomní, nastupuje na toto místo rodina.<sup>138</sup>

Týmová spolupráce výsostným způsobem umožňuje vidět za horizont vlastního oboru a respektovat kompetence i kompetentnost druhých. Paliativní péče je po výtce ta, které prostupuje napříč všemi oblastmi lidského života. Každý, kdo se v rámci doprovázení seniora pravidelně setkává s uživateli sociálních služeb, je členem týmu a má v něm své nezczizitelné místo. V týmové spolupráci nelze perspektivně pracovat nahodile a spontánně. K efektivnímu řízení týmové dynamiky patří optimálně stanovené cíle (SMART): specifické, měřitelné, ambiciózní, reálné a termínované. Konkrétní specifikace cílů a jejich termínování patří ke klíčovým požadavkům týmové práce, od které se odvíjí další úspěch či neúspěch.<sup>139</sup>

V týmové spolupráci se konkrétně uplatňují pravidla pro vedení pracovních schůzek nebo porad: konkrétní čas, místo a délka pracovního setkání týmu, dohodnutý způsob vyjadřování se k jednotlivým záležitostem pracovního setkání týmu, písemná dokumentace a transparentnost stanovených cílů. Ve sdílené péči dvou subjektů to konkrétně znamená zavedení multidisciplinárního týmu v rámci jednotlivých úseků poskytované přímé péče v domově pro seniory, hodnocení individuálního i ošetrovatelského plánu a reference o klientech v režimu 926 v rámci multidisciplinárního týmu MSPP.

## **4.2 Spolupráce zdravotnických a sociálních profesí**

V domovech pro seniory se v přímé péči nejčastěji setkávají pracovníci zdravotnických a sociálních profesí, proto se v nejrůznějších souvislostech hovoří o typu péče na zdravotně – sociálním pomezí. Užívané sousloví v leccěms vystihuje řadu výzev i potíží, se kterými se domovy potýkají.

---

<sup>138</sup> PARKES, *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, 25-27

<sup>139</sup> ŠVEC, *Týmová práce*, 8 – 9

*„Pomlčka v tomto případě jako by symbolicky dokreslovala šedou zónu a těžkosti, se kterými se každý domov vyrovnává po svém. Jako na poskytovatele zdravotně-sociálních služeb se na nás vztahuje legislativa z oblasti sociální i zdravotní. V domovech působí jak profese zdravotní, tak sociální. Liší se úroveň a způsob jejich právního zakotvení, nároky na profesní přípravu aj. Liší se též základní hodnoty daných profesí, způsob jejich naplňování v každodenní praxi, a tím i rozdílné vnímání a pojetí kvality služby.“<sup>140</sup>*

Z hlediska spolupráce v multidisciplinárním týmu se ukazuje jako nejdůležitější výzva nastavení spolupráce mezi sociální a zdravotní složkou péče, nejčastěji mezi pečovateli a zdravotními sestrami. Zkušenost ukazuje, že pečovatelé, volají po tom, *„aby byli vnímáni jako ti, kdo mají klíčové znalosti o klientech, aby byli vnímáni jako rovnocenní zdravotním sestram. Vnímají, že mají potřebné informace a chtějí být zapojováni. Jakým způsobem dobré a rovnocenné spolupráce dosáhnout je otázkou, na kterou nejsme schopni dát jednoznačnou odpověď, ani navrhnout jednoduché kroky. Samotné stanovení cíle ani jasné vymezení rolí a kompetencí nestačí k tomu, aby multidisciplinární spolupráce bez obtíží fungovala.“<sup>141</sup>*

Paliativní péče integrovaná do domova pro seniory se často profiluje jako doména medicínských nebo ošetrovatelských intervencí, do střetu zájmů se tak mohou dostávat hodnoty ochrany (zdravotní) a podpory (sociální), někdy se střetávají modely přístupu (funkční, nemocniční a sociální, zaměřený na člověka). Nemałym dílem vstupuje do vztahu pocitová nadřízenost/podřízenost jedné odbornosti vůči druhé, a to i v závislosti na dosaženém vzdělání. V případě pečovatelů je třeba si uvědomit, že jsou to právě oni, kdo znají obyvatele nejlépe, tráví s ním nejvíce času, navazují nejosobnější vztah. Často právě oni dokáží poznat nejjemnější rozdíly ve změnách stavu (v celostním pojetí) klienta.

---

<sup>140</sup> HRDÁ, *Multidisciplinární tým v akci*, 17

<sup>141</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 117



*„Z hlediska péče je třeba zajistit, aby se každé odbornosti dostávaly veškeré informace potřebné pro to, aby mohla vykonávat svou úlohu, zároveň aby byly informace, které každá odbornost přináší, brány s patřičnou důležitostí a nebyly bagatelizovány. Toho lze docílit pouze vzájemnou otevřenou komunikací, atmosférou důvěry, kde je možné společně reflektovat i to, co se v péči a vzájemné spolupráci nedaří.“<sup>142</sup>*

Spolupráce profesí, a zejména zdravotních sester a pečovatелů, se v pobytových zařízeních sociální péče naráží na častou potíž, že obě profese jsou vnímány odděleně, v jakési konkurenci nikoliv spolupráci. Klíčovou roli zde sehrávají liniový vedoucí, jejich spolupráce a respekt k práci druhého. Spolupráci podpoří vymezení vzájemných očekávání mezi zaměstnanci jednotlivých profesí a nastavení systému zpětné vazby. Nemalou výhodou je i sdílení společného prostoru<sup>143</sup> jednotlivých profesí - tedy bezprostřední komunikace, efektivita předávaných informací a přirozená interakce.

Hrdá a Lejsal<sup>144</sup> v příspěvku do časopisu Fórum sociální práce přinesli z praktické zkušenosti tři principy fungování spolupráce v multidisciplinárním týmu v pobytové sociální službě. První princip je proaktivita, sdílení odpovědnosti za cíle. Vychází z přesvědčení, že angažovaný zaměstnanec je kompetentní k tomu, aby inicioval setkání týmu, či vyjádřil takovou potřebu na poradě, jelikož členové týmu se nemohou spoléhat na to, že ten druhý „postřehne to, co ty“. Tato iniciativa by měla být ve spolupráci vítaná a podporovaná. Druhým principem je věcnost. Směrem do týmu je důležité dávat konkrétní popis situace, která se děje. „Čas věnovaný definování problému výrazně přispívá k účinnosti spolupráce“. Třetím principem je dialog, který předpokládá otevřenost, schopnost říct věcně a jasně svůj názor, aktivní naslouchání a ochota změnit nebo poopravit vlastní názor.

---

<sup>142</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 118

<sup>143</sup> HRDÁ, *Multidisciplinární tým v akci*, 39

<sup>144</sup> HRDÁ, LEJSAL, *Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě – zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder*, 77-79

### 4.3 Vedení dokumentace

Vedení dokumentace o průběhu služby patří k podstatným náležitostem zdravotní a sociální péče. Zákon o sociálních službách<sup>145</sup> i zákon o zdravotních službách<sup>146</sup> ukládají povinnost vedení dokumentace. Slouží pro evidenci poskytování služby a prováděných činností, vyhodnocování a přehodnocování poskytované služby. Řádně vedená dokumentace může být podporou pro poskytování odborné péče a zároveň je oporou pro multidisciplinární tým pro rozhodování o dalším plánu péče, i ochranu poskytovatelů péče v případě, že obyvatel, příp. rodina rozporuje ve věcech péče. Dobře vedená dokumentace může rovněž vědeckým a dalším účelům, tak přispívat k rozvoji konkrétní služby i segmentu sociálních a veřejně prospěšných služeb (na úrovni agregovaných dat, anonymizovaných kazuistik aj.).<sup>147</sup>

Při poskytování paliativní péče se přirozeně navyšuje nutnost většího počtu zaznamenávaných údajů zejména ve zdravotní dokumentaci – především sledování bolesti, péče o rány a sledování symptomů doprovázejících terminální fázi života, jejíž záznam a adekvátní vyhodnocení jsou podstatné pro nastavení vhodné zmírňující medikace. Poskytování paliativní péče v domovech pro seniory by v dokumentované formě měla uceleně a přesně vypovídat o tom, jaké intervence byly jednotlivými odbornostmi vykonávány, jak na ně klient reagoval. Pouze validní a srozumitelný záznam může v případě potřeby sloužit jako důkaz a zároveň sloužit jako odrazový můstek pro co nejpřesnější nastavení léčby a všech postupů souvisejících s doprovázením.<sup>148</sup> Specifikem dokumentace paliativní péče, která zohledňuje všechny individuální potřeby ve finální fázi života (zdravotní, osobní, emocionální i spirituální), je písemný dokument „*Pět přání - Five Wishes*“.<sup>149</sup> Pomáhá plánovat individuální péči

---

<sup>145</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

<sup>146</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

<sup>147</sup> HRDÁ, *Multidisciplinární tým v akci*, 31

<sup>148</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 120

<sup>149</sup> „Přání ohledně toho, jaké osoby za mne mohou rozhodovat o poskytované péči v případě, že toto rozhodnutí nebudu moci učinit sám. Přání ohledně způsobu ošetření, které chci a které nechci. Přání ohledně toho, v jaké pohodě chci být. Přání ohledně toho, jaké osoby si přeji, aby

u vážně nemocných osob, zohledňuje jejich vlastní přání a akceptuje jejich důstojnost.

Dichotomie zdravotně-sociálního pomezí se může nepříznivě promítnout i do dokumentace, která je tříštěná a vedená v navzájem nekorespondujících liniích. Může tak docházet k duplicitě zápisů v různých dokumentacích, k nestejnorodosti zápisů při překryvu pečovatel/zdravotní sestra, kdy každá profese může signály vyhodnotit různým způsobem. Striktně oddělená dokumentace (zdravotní a sociální) – což je častou praxí pobytových sociálních zařízení - také neumožňuje pracovníkům rychlé komplexní zhodnocení průběhu poskytované služby, tak se i snižuje její přesnost a efektivita.<sup>150</sup>

Obecná zkušenost směřuje k praxi jedné komplexní dokumentace u jednoho uživatele sociálních služeb. Argumentací pro oddělenou dokumentaci je nejčastěji obava z právního postihu pokud by nezdravotníci věděli cokoliv o zdravotním stavu uživatele sociálních služeb, obava ze špatného vyložení informací nebo překročení kompetencí.<sup>151</sup> Zákon o zdravotních službách<sup>152</sup> v § 65 stanoví, že okruh osob oprávněných nahlížet do zdravotní dokumentace jsou - vedle pacienta, zákonného zástupce a opatrovníka pacienta - zejména osoby určené pacientem, osoby blízké pacientovi a další osoby stanovené zákonem; bez souhlasu pacienta jsou to v první řadě osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a 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, a dále z důvodu splnění úkolů podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů a při hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb, 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.

---

mě ošetřovaly. Přání ohledně toho, co chci, aby moji blízcí věděli.“ – viz: ŠPATENKOVÁ, *Základní otázky komunikace*, 117

<sup>150</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 121

<sup>151</sup> HRDÁ, *Multidisciplinární tým v akci*, 32

<sup>152</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

V komentáři právničky Mgr. Hájkové k uvedené citaci zákona k dané problematice se uvádí, že „zákon tedy a priori nevylučuje, aby do zdravotnické dokumentace nahlíželi i nezdravotníci (např. sociální pracovníci). Je však podstatné zdůraznit, že jejich oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta nutno chápat restriktivně, tj. skutečně jen v rozsahu nezbytně nutném pro řádné poskytování zdravotních a sociálních služeb, kupř. tehdy, kdy je poskytovatelem sociálních služeb a ošetrovatelské péče vedena jedna komplexní zdravotnická dokumentace.“<sup>153</sup> V praxi to konkrétně znamená, aby pacient byl informován o okruhu osob, které standardně v rámci poskytovatele nahlížejí do jeho zdravotnické dokumentace, a vyslovil s tím souhlas. Zároveň platí, že na zdravotníky, další odborné pracovníky ve zdravotnictví a další fyzické osoby výslovně uvedené v § 51 odst. 5 zákona o zdravotních službách, se vztahuje povinná mlčenlivost ohledně všech skutečností, které se dozvědí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to i po skončení výkonu jejich povolání.

V případě spolupráce dvou subjektů se jako uživatelsky nejpřívětivější jeví elektronická dokumentace, která je díky vzdálenému připojení v náležitě ochraně přístupu nejlépe dostupná a flexibilní pro všechny členy obou spolupracujících týmů. Optimálně vedený dokumentační systém umožňuje plánovat, evidovat poskytovanou péči a snadno vyhodnocovat intervence členy multidisciplinárního týmu. Dokumentace snadno dostupná a ne-duplicitní (příp. triplicitní) rychle poskytne uživateli všechny informace relevantní pro výkon své profese. A samozřejmě je vítaným bonusem dokumentace racionální, ve které se nevedou zbytečné zápisy a maximálně šetří čas všech zúčastněných.

---

<sup>153</sup> HRDÁ, *Multidisciplinární tým v akci*, 63

## 4.4 Reflexe a případová zpětná vazba

Supervize poskytuje bezpečný prostor pro hledání konkrétní formy řešení jednotlivých situací jak pro ošetřujícího samotného, tak ve prospěch klienta i managementu péče. Je to proces praktického učení, v němž supervizor (z lat. *super-video* – dívám se shora, z nad-hledu) pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, které v souvislosti s jeho činností vyvstávají.<sup>154</sup> Supervizí se rozumí „*intenzivní, interakční mezilidský vztah, do kterého bezprostředně vstupují supervizor, supervidovaní i klient či klienti*“.<sup>155</sup> Supervize umožňuje řešit problémy, rozvíjí dovednosti supervidovaných, poskytuje náhled do vzájemných interakcí. Nejčastěji používané a osvědčené formy jsou týmová supervize a intervize mezi kolegy.<sup>156</sup>

Nejčastější zakázky v zařízeních pečujících o seniory jsou témata spojená s prevencí vyhoření, v případových supervizích spíše probrání postupu práce s konkrétním klientem, zlepšení komunikace v týmu. Individuální supervize je vhodná v případě, kdy se s klienty pracuje na nějakém individuálním úkolu a pro situace, které jsou příliš osobní, které by ve veřejném prostoru mohly představovat riziko porušení hranic či jsou-li předmětem supervize etická témata.<sup>157</sup>

Se supervizí souvisí i reflexe vlastní práce. Profesionální kompetence neznamená dokonalost, je dobré vyslovit i vlastní otázky života, je dobré ptát se svých klientů, kde oni hledají odpovědi - paradoxně: kdo se ptá, vede rozhovor. Reflexe a případová zpětná vazba je důležitou součástí týmové komunikace a je součástí organizační kultury. „*Pracovníci mají často obavy, aby pečovali o klienta správně. Potřebují proto získat zpětnou vazbu ke své práci, a také rady a směřování, jak pečovat jinak, pokud se něco nepodařilo nebo nemělo očekávané výsledky. Je třeba, aby zejména vedoucí*

---

<sup>154</sup> KOPŘIVA, *Lidský vztah jako součást profese*, 136

<sup>155</sup> BAYEROVÁ, *Supervízia pracovnej skupiny (týmová supervízia) – možnosti a limity*, 47

<sup>156</sup> HAWKINS, *Supervize v pomáhajících profesích*, 138 – 144

<sup>157</sup> VENGLÁŘOVÁ, *Problematické situace v péči o seniory*, 88

*pracovníci, ale i všichni členové týmu uměli hovořit o práci, a aby mohli svou práci společně hodnotit a také společně hledat její lepší podoby, nebo se ujistovat, že jejich postupy jsou správné. Vedoucí jsou pak ti, kdo mají odpovědnost za to, že zejména problémy budou řešeny. A stejně tak, že bude oceněna dobrá práce. Zejména ta stabilně dobrá, kterou mají všichni tendenci považovat za „standardně dobrou“, a proto o ní nikdo nehovoří, což pracovníkům může velice snižovat motivaci.“<sup>158</sup>*

Konkrétní případová supervize se obvykle realizuje v pravidelných časových intervalech, s jasným vymezením rolí a pravidel komunikace, před zahájením supervizí setkávání je dobré ujasnit, zda budou přítomni pracovníci ve vedoucích pozicích. Důležité je rovněž zvážit výhody a nevýhody supervizního setkávání uloženého jako povinnost nebo ponechaného na dobrovolnosti členů týmu - dobrovolná forma supervize má smysluplnost při nadpolovičním zájmu.

---

<sup>158</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 122

## 5. Právní instituty a projevení vůle klienta DS při plánování budoucí péče

Speciální paliativní péče v rezidenčních sociálních službách, kterou analyzujeme v naší práci, neustále sleduje kvalitu života seniora a její realizace se pochopitelně rozkládá na dva subjekty – biologickou rodinu a DS, ačkoli smluvně je kontrakt uzavírán mezi rezidenčním zařízením sociálních služeb a jejich uživatelem. Spolupráce DS a rodiny klienta začíná prvním zájem o služby pobytového zařízení, nabídkou péče, které DS prezentuje směrem k nejširší veřejnosti.

Aktivní nabídka paliativní péče v rámci DS přichází při prvním osobním kontaktu, v rámci tzv. sociálního šetření, které předchází uzavření smlouvy o péči mezi klientem a DS. V trojúhelníkovém uspořádání se DS stává důležitým partnerem klienta i jeho rodiny.<sup>159</sup> I když hlavním smluvním partnerem je klient – uživatel služby, biologická rodina vstupuje významným podílem do vzájemného dialogu a to zejména v situacích, kdy jsou výrazně změněny kognitivní funkce seniora. Je to právě senior, kdo je po výtce nejzranitelnější, odkázaný na pomoc a péči nejbližších. Velká pozornost je třeba věnovat jak spolupráci s rodinou uživatele, tak procesu plánování budoucí péče.<sup>160</sup> V anglosaské literatuře užívá pojem *advance care planning, living will, healthcare proxy form*.<sup>161</sup>

Proklamovaná speciální paliativní péče zohledňuje základní právní předpisy, které s poskytováním péče souvisí a které geriatrické paliativní péči

---

<sup>159</sup> PICHAUD, *Soužití se staršími lidmi*, 131

<sup>160</sup> „Plánování budoucí péče je proces, který podporuje nemocné kteréhokoliv věku v rozhodování o tom, jak by v budoucnu měla vypadat péče o jejich osobu. V jeho průběhu je jedinec podporován ve vyjádření svých hodnot, životních cílů a preferencí tak, aby preference a léčba byly co nejvíce v souladu. Jedná se o soubor konkrétních komunikačních technik a nástrojů, ... jeho důležitou součástí jsou rozhovory o cílech péče“. Viz: *Proces plánování budoucí péče v domově pro seniory*, 2

<sup>161</sup> VOLANDES, *Umění rozhovoru o konci života*, 141-142; O'CONNOR, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 253

dávají legislativní ukotvení. V souvislostech našeho tématu přichází v úvahu zejména Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997, ratifikovaná v roce 2001.<sup>162</sup> Úmluva o lidských právech a biomedicině v čl. 4 – 5 stanoví povinnost provádět zákroky v oblasti péče o zdraví v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy, při předchozím svobodném a informovaném souhlasu. Tato ustanovení dále rozvíjí čl. 9: „*bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, že by mohl vyjádřit své přání*“. Přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicině byly do českého právního řádu implementovány dva dosud neznámé právní instituty – dříve vyslovené přání<sup>163</sup> a zákonný souhlas osoby zmocněné tomu zákonem (tj. nikoliv nutně opatrovníka).<sup>164</sup> Rovněž tím bylo významným způsobem posíleno právo pacienta na sebeurčení,<sup>165</sup> svéprávnost a způsobilost k právním úkonům.<sup>166</sup>

Podstatným aspektem plánování budoucí péče je schopnost seniora projevit svou vůli, vyjádřit své představy a potřeby a jak očekává, že budou realizovány. V rozvaze hraje klíčovou roli míra, do jaké je dotčený člověk orientován (situací, místem, časem, osobou), tedy nakolik je schopen reálně zhodnotit a pochopit svůj (i zdravotní) stav a následně rozhodnout o dění vůči své osobě.<sup>167</sup>

## 5.1 Dříve vyslovené přání

Dříve vyslovené přání je „*medicínsko-právní a etický institut, který umožňuje člověku předem vyjádřit svou vůli pro případ, že by se v budoucnu dostal do zdravotního stavu, ve kterém by nemohl vyjádřit svůj souhlas, nebo naopak vyjádřit svůj nesouhlas s poskytnutím zdravotních*

---

<sup>162</sup> SLÁMA, *Paliativní medicína pro praxi*, 327 – 328

<sup>163</sup> Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. m. s., čl. 9

<sup>164</sup> Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. m. s., čl. 6 odst. 3

<sup>165</sup> PTÁČEK, *Lékař a pacient v moderní medicíně*, 478

<sup>166</sup> „Právní jednání ve smyslu způsobilosti nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem“ – viz: Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 15 odst. 2

<sup>167</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 156



služeb. Vedle negativního reverzu jde o další nástroj, který v medicínském právu umožňuje pacientovi právo na osobní svobodu formou neposkytnutí zdravotní péče. Prohlášení o odmítnutí nějakého zákroku bývá nejčastěji spojeno se snahou zabránit umělému prodlužování života. Typickou podobou dříve vysloveného přání je žádost nezahajovat kardiopulmonární resuscitaci při oběhovém selhání.“<sup>168</sup>

Zároveň tímto institutem může pacient předem odsouhlasit konkrétní jednu alternativu z celého spektra různých indikovaných léčeb, a tím v budoucnu ulehčit rozhodování o dalším léčebném postupu. Tím se rovněž zprostředkovaně zmírňuje nejistota osob, které o pacienta pečují nebo patří do okruhu jeho nejbližších.<sup>169</sup> Dříve vyslovené přání není dosud v praxi dostatečně etablováno v tom smyslu, že by ho uživatelé služeb, zdravotníci či jiné osoby zúčastněné na poskytování péče považovali za zcela běžný nástroj k vyjádření vůle klienta.<sup>170</sup>

Zákon o zdravotních službách<sup>171</sup> v § 36 stanoví, že dříve vyslovené přání je oprávněn sepsat kdokoliv, kdo je zletilý (tj. starší 18 let) a plně svéprávný (tj. kdo nebyl soudním rozhodnutím omezen ve svéprávnosti). Ačkoli se zde výslovně uvádí pacient, dříve vyslovené přání může sepsat osoba zcela zdravá, z čehož vyplývá, že tento právní institut není striktně vázán na diagnózu.

Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován nebo jiným specialistou. Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem.

---

<sup>168</sup> KABELKA, *Syndrom křehkosti*, 39

<sup>169</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 159

<sup>170</sup> MATĚJEK, *Dříve projevená přání pacientů*, 124

<sup>171</sup> Zákon 372/2011 Sb.

Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek. Dále zákon stanoví, za jakých okolností předem vyslovené přání není třeba respektovat.<sup>172</sup> V takovém případě však má poskytovatel zdravotních služeb, resp. zdravotníci povinnost rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, zaznamenat do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.<sup>173</sup>

Z uvedeného vyplývá, že formulovat dříve vyslovené přání je právem každého zletilého a svéprávného člověka, nikoliv jeho povinností.<sup>174</sup> Pokud uživatel sociálních služeb uplatní toto právo a projeví přání předem vyslovené přání sepsat, jeví se jako vysoce efektivní a prozíravé komunikovat svá přání s osobami seniorovi blízkými a ke kterým má důvěru.<sup>175</sup> Klinická praxe nicméně ukazuje, že „*přání se mohou měnit, vracet, být nestálá i hypotetická a že i přání, která nesměřují k jednání, jsou s ním nějak spojena, protože vyjadřují co je pro daného člověka důležité a cenné, a dotýkají se toho, kým jsme a kým bychom chtěli být.*“<sup>176</sup> V kontextu poskytovaných sociálních služeb v pobytových zařízeních může dříve vyslovené přání do značné míry napomoci k tomu, aby se osoby nestaly pouhým objektem v rukou druhých a nebylo o nich rozhodováno bez ohledu na jejich přání a preference.<sup>177</sup>

Předem vyslovené přání vyžaduje písemnou a formálně správnou úpravu, jelikož pouze verbalizované přání je z legislativního hlediska sporné, obtížně

---

<sup>172</sup> „Předem vyslovené přání není třeba respektovat: a) pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti, c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby, d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti“. Viz Zákon 372/2011 Sb. § 36

<sup>173</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 161

<sup>174</sup> SLÁMOVÁ, *Praktický průvodce koncem života*, 78

<sup>175</sup> PTÁČEK, *Lékař a pacient v moderní medicíně*, 227

<sup>176</sup> MILFAIT, *Etické aspekty rozhodování v péči o nevyléčitelně nemocné a umírající*, 109

<sup>177</sup> PECHOVÁ, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 54 - 55

prokazatelné i prosaditelné. Nic to ale nemění na skutečnosti, že stále se pohybujeme v individuální a variabilní rovině přání a vůle, nikoli na poli zákona, práva a rigidních daností. V příloze G uvádíme vzor formálního zápisu předem vysloveného přání, v příloze H jsou uvedeny náležitosti poučení lékaře ohledně dříve vysloveného souhlasu s budoucí léčbou a příloha I informuje o poučení lékaře v případě nesouhlasu s budoucí léčbou.

## 5.2 Podpůrná opatření Občanského zákoníku

Podpůrná opatření Občanského zákoníku<sup>178</sup> jsou právní instituty vhodné k projevení vůle v souvislosti s plánováním budoucí péče. Představují legislativní nástroje, které zohledňují úroveň člověka o sobě rozhodovat v trajektorii od plné schopnosti (předběžné prohlášení), přes narušenou schopnost (nápomoc podpůrce) až k situaci, kde schopnost rozhodovat zcela nebo částečně absentuje (omezení svéprávnosti). Přehledně to vyjadřuje tabulka v příloze J.

### 5.2.1 Předběžná prohlášení

Předběžné prohlášení je právní institut upravený občanským zákoníkem<sup>179</sup> v § 38 – 44 a patří mezi podpůrné nástroje při (očekávaném) narušení jedince právně jednat. Zároveň však chce mít na průběh svého života vliv a rozhodovat o něm i v této době. Týká se vyjádření vůle zletilého a svéprávného člověka, který v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat, stanoví, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem. Má formu veřejné (např. notářského zápisu) nebo soukromé listiny. Soukromá listina musí být opatřena datem a stvrzena podpisy dvou svědků.

---

<sup>178</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 38 - 65

<sup>179</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb.

Občanský zákoník dále stanoví kritéria na výběr svědků<sup>180</sup> a okolnosti, za jakých předběžné prohlášení může učinit osoba se smyslovým postižením.<sup>181</sup> K výslovnému odvolání předběžného prohlášení se požaduje projev vůle učiněný předepsanou právní formou.<sup>182</sup>

Změní-li se okolnosti zjevně tak podstatným způsobem, že člověk, který prohlášení učinil, by je za takových okolností neučinil nebo by je učinil s jiným obsahem, soud prohlášení změní nebo zruší, pokud by jinak člověku, který prohlášení učinil, hrozila závažná újma. Před vydáním rozhodnutí soud vyvine potřebné úsilí, aby zjistil názor člověka, o jehož prohlášení rozhoduje, a to i za použití takového způsobu dorozumívání, který si člověk zvolí.<sup>183</sup>

V právnickém komentáři k právním institutům projevení vůle při péči v závěru života Hájková a Krejčíková<sup>184</sup> uvádí, že nejčastějšími klinickými příklady učinění předběžného prohlášení je situace seniorů, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, postupně gradujícím onemocněním, jehož pokročilejší fáze jsou spojeny právě s nemožností nadále samostatně právně jednat. Vyjádření se ohledně budoucnosti uživatele sociálních služeb seniorského věku se může často zaměřit se závětí nebo dříve vysloveným přáním. Jednotlivé instituty upravují rozdílné oblasti života seniora.

Závět se vztahuje k majetkovému pořízení a nakládání s majetkem po smrti vlastníka, kdežto předem vyslovené přání na zdravotnické úkony. Předběžné prohlášení je určeno pro úpravu toho, jak mají být mé věci spravovány a kdo je má spravovat, a to v obecném hledisku, případně kdo by měl být v budoucnu jejím opatrovníkem.<sup>185</sup> Zde je možné vyjádřit např. přání dožít v domě, kde aktuálně bydlím, nebo určit, který typ sociálních služeb by v budoucnu chtěla/nechtěla využívat. Je to do jisté míry způsob pojištění se,

---

<sup>180</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 39

<sup>181</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 40

<sup>182</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 39 odst. 1

<sup>183</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 43

<sup>184</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 165

<sup>185</sup> Tamtéž, 167

že její život se bude odehrávat v rámci možností dle jejích přání a představ a to i v době, kdy o tom již nebude schopna rozhodovat.

Z perspektivy poskytovatele sociálních služeb je tento institut předběžného prohlášení základní informací při přijímání každého nového klienta. V případě, že nově přichodí žadatel o sociální službu již předběžné prohlášení učinil, je dobré se informovat o jeho obsahu, zejména o přáních, která se přímo týkají poskytovaných služeb. Důležité je ještě před podpisem smlouvy komunikovat a probrat s budoucím uživatelem nabídku služeb daného sociálního zařízení tak, aby byl srozumitelně obeznámen s průběhem svého dalšího života a porozuměl mu. Ve vstupním rozhovoru se otevírá možnost zjistit, jak si senior přeje, aby o něj bylo postaráno, případně jaké intervence jsou vázány na určité podmínky. V příloze K uvádíme vzor formálního zápisu předběžného prohlášení.

### 5.2.2 Nápomoc podpůrce

Nápomoc při rozhodování je v občanském zákoníku upraven v § 45 až 48, patří k podpůrným opatřením, které se uplatňují při narušení schopnosti zletilého právně jednat. Nápomoc při rozhodování nebo také tzv. podporované či asistované rozhodnutí vychází z předpokladu, že každý člověk v reálném životě potřebuje a využívá podporu při rozhodování.<sup>186</sup> Obvykle je to situace, kdy jedinec vnímá svůj limit rozhodovat se a je schopen ho reflektovat. Nápomoc podpůrce je nástroj pro pomoc v rozhodování, který zohledňuje princip subsidiarity a chrání a pečuje o důstojnost člověka.

Obvykle se využívá v situacích, kde duševní nemoc (demence, sociální fobie či Parkinsonova choroba) způsobuje člověku obtíže při právních jednáních, nicméně tyto obtíže ještě nedosahují intenzity znemožňující rozhodování samotné. Tato situace může zcela logicky nastat i v případě podpisu smlouvy při nástupu do pobytového zařízení pro seniory.<sup>187</sup> Úlohou podpůrce je pomoci

---

<sup>186</sup> MELZER, *Občanský zákoník – velký komentář, svazek III.*, 413

<sup>187</sup> PECHOVÁ, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 59

podporovanému porozumět situaci a okolnostem, zmapovat možná řešení a rozhodnutí a pomoci rozhodnout se v souladu s jeho osobními cíli, preferencemi a životním stylem.<sup>188</sup>

Nápomoc při rozhodování je smluvním vztahem. K jeho vzniku je potřeba nejen smlouva samotná, ale také její schválení soudem. Náležitosti smluvního vztahu podporovaného a podpůrce stanoví občanský zákoník v § 46: „*Smlouvou o nápomoci se podpůrce zavazuje podporovanému, že bude s jeho souhlasem přítomen při jeho právních jednáních, že mu zajistí potřebné údaje a sdělení a že mu bude nápomocen radami. Smlouva nabývá účinnosti dnem, kdy ji schválí soud. Není-li smlouva uzavřena v písemné formě, vyžaduje se, aby strany projevíly vůli uzavřít smlouvu před soudem. Soud smlouvu neschválí, odporují-li zájmy podpůrce zájmům podporovaného.*“

Jak již vyplývá z titulu podpůrce, osoba, která má podporovat, nečiní rozhodnutí za podporovaného, hraje roli rádce, důvěrníka, toho, na něž se podporovaný může obrátit a ujistit se, ale zároveň si o svém životě i nadále rozhoduje sám. Zákon specifikuje tři povinnosti podpůrce: nesmí ohrozit zájmy podporovaného, nevhodným ovlivňováním, nesmí se na úkor podporovaného bezdůvodně obohatit a musí postupovat při plnění svých povinností v souladu s rozhodnutími podporovaného<sup>189</sup>. Jedná se o formu asistence, která je podporovanému nabízena. Podporovaný se následně sám rozhodne, jakou variantu zvolí a pouze jeho rozhodnutí je závazné. „*Někdo, komu věřím natolik, že jsem s ním nejen ochoten sdílet informace soukromého charakteru, která se při právních jednáních dozví, ale jeho úsudku věřím natolik, že pro mě jeho názor usnadní rozhodnutí a budu přesvědčen, že jedná v můj a nikoli vlastní prospěch.*“<sup>190</sup>

Institut nápomoc podpůrce je podobně jako předchozí instituty předmětem vstupního rozhovoru při uzavírání smlouvy o poskytnutí pobytových sociálních

---

<sup>188</sup> ČEBIŠOVÁ, *Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech*, 20

<sup>189</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 47 odst. 1 – 2

<sup>190</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 168

služeb. Je vhodné, aby podpůrce byl tomuto aktu přítomen, právě tak jako má právo účastnit se jednání, jehož předmětem jsou významné úpravy v péči. Předpokládá se, že o přítomnost podpůrce žádá podporovaný, nicméně je v zájmu organizace, aby podpůrce byl s uživatelem sociálních služeb vždy, kdy to on pro svůj pocit jistoty a bezpečí bude potřebovat. Implicitně vyplývá z podstaty institutu, že podpůrce má dostat stejný rozsah informací jako podporovaný, aby byl schopen efektivní nápomoci. V příloze L uvádíme vzor dohody o nápomoci při rozhodování.

### 5.2.3 Omezení svéprávnosti

Omezení svéprávnosti řadí Občanský zákoník<sup>191</sup> mezi podpůrná opatření z důvodu narušení schopnosti zletilého člověka právně jednat. Tento právní institut přichází v úvahu jako poslední podpůrné opatření, jež má být použito, ostatním (mírnějším) opatřením se logicky dává přednost, shledá-li se k tomu dostatečný důvod. Soudní řízení, která posuzují návrh na omezení svéprávnosti, se vyznačují nesporností, tedy možností soudu rozhodnout ve věci jinak, než bylo navrženo účastníky řízení.<sup>192</sup> Na základě prošetření žádosti navrhovatele může soud rozhodnout ve prospěch k využití jiného podpůrného opatření, které je mírnější a které přesto postačí k ochraně zájmů člověka, o němž je rozhodováno. V praxi to znamená respekt k zásadě nezbytnosti a subsidiarity.<sup>193</sup>

K omezení svéprávnosti člověka lze přistoupit jen v zájmu dotyčného jedince, a kdyby se tak nestalo, hrozí mu vážná újma.<sup>194</sup> Zároveň jsou jednoznačně vyloučeny zájmy jiných subjektů – společnosti, úřadu

---

<sup>191</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 55 - 65

<sup>192</sup> „Svéprávnost je dále možné omezit jen po zhlédnutí člověka, s plným uznáním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti a po důkladném posouzení rozsahu a stupně omezení schopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti. Důraz je tady kladen na osobní přístup k člověku, jehož svéprávnost má být omezena. Nestačí tedy pouze zjistit okolnosti vyplývající ze spisu“. Viz: HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 176

<sup>193</sup> Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy, č. 5 – dostupné na internetu URL:

<https://www.mvcr.cz/clanek/dobra-sprava-v-dokumentech-rady-evropy.aspx>

<sup>194</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 55

nebo jakékoliv jiné entity, a to bez výjimky. Rozhodnutí o zbavení svéprávnosti nezabavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života<sup>195</sup> a nemůže být vydáno na dobu neurčitou<sup>196</sup> (maximální doba účinnosti rozhodnutí je 3 roky, poté se soudní řízení obnovuje, trvají-li důvody). Po uplynutí této doby právní účinky omezení svéprávnosti zanikají.

V rozhodnutí o omezení svéprávnosti soud zároveň jmenuje člověku opatrovníka. Opatrovnictví je institutem práva Občanského zákoníku v situaci, kdy schopnost člověka samostatně se právně jednat a rozhodovat se je natolik narušena, že prakticky vymizela nebo chybí úplně. Obecná právní úprava tohoto institutu se nachází v ustanovení § 457 - 484 Občanského zákoníku. Opatrovnictví je jedinou cestou k ochraně zájmů dotyčné osoby, jehož cílem je ochrana zájmů a naplňování práv osoby, která je nemůže chránit a naplňovat sama (typicky „nesvéprávná“ osoba). Podstatou opatrovnictví je, že za opatrovance jedná v soudem vymezeném rozsahu opatrovník. Zákon stanoví základní podmínky pro jmenování opatrovníka,<sup>197</sup> jeho povinnosti vůči opatrovanci<sup>198</sup> a základní východiska, která usměrňují činnost opatrovníka.<sup>199</sup> Na činnost opatrovníka dohlíží soud, popř. opatrovnická rada.<sup>200</sup>

Z hlediska uplatnění institutu opatrovnictví v rámci zařízení sociálních služeb pečujících o seniory lze o něm uvažovat v případě, kdy uživatel

---

<sup>195</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 64

<sup>196</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 59

<sup>197</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 465-471

<sup>198</sup> „Opatrovník je povinen udržovat s opatrovancem kontakt (vhodným způsobem a v potřebném rozsahu), projevovat o opatrovance skutečný zájem, dbát o zdravotní stav opatrovance, starat se o naplnění opatrovancových práv a chránit jeho zájmy a vysvětlit opatrovanci povahu a následky rozhodnutí (opatrovníka) učiněných o opatrovancových záležitostech, dbát, aby způsob opatrovance života nebyl v rozporu s jeho schopnostmi a aby (nelze-li tomu rozumně odporovat) odpovídal i zvláštním opatrovancovým představám a přáním“. Viz: Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 466

<sup>199</sup> „Opatrovník při plnění svých povinností dbá, aby naplňoval opatrovance právní prohlášení, dbal názorů opatrovance, i když je projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k názorům a prohlášením opatrovance přihlížel a zařizoval opatrovance záležitosti v souladu s nimi, a není-li to možné (např. proto, že opatrovanec neučinil žádné právní prohlášení a názor opatrovance nelze zjistit), aby jednal podle zájmů opatrovance“. Viz: Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 467

<sup>200</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 472-484



sociálních služeb není schopen samostatně právně jednat. Zabraňuje mu v tom jeho limitující zdravotní stav, že bez zastoupení třetí osobou je prakticky nemožné, aby senior chránil své zájmy a práva, aby projevil svou vůli, aby určil, jaké služby nebo péči si přeje, či nepřeje, poskytnout. „*V takové situaci je více než cokoliv jiného třeba zdůraznit, že omezením svéprávnosti nedochází k paušálnímu odejmutí práva člověka na rozhodování o sobě samém, ale pouze k definování rozsahu právních jednání, z nichž hrozí člověku závažná újma, pokud by člověk jednal sám, a k omezení jeho svéprávnosti právě v tomto rozsahu. V ostatním zůstává svéprávnost dotčeného člověka zachována.*“<sup>201</sup>

Občanský zákoník tuto právní distinkci („ač nemohl jednat bez opatrovníka“) zohledňuje v § 65: „*Jednal-li opatrovanec samostatně, ač nemohl jednat bez opatrovníka, lze jeho právní jednání prohlásit za neplatné, jen působí-li mu újmu. Postačí-li však k nápravě jen změna rozsahu opatrovancových povinností, soud tak učiní, aniž je vázán návrhy stran. Jednal-li opatrovanec samostatně, ač nemohl jednat bez opatrovníka, považuje se opatrovancovo jednání za platné, pokud je opatrovník schválil. To platí i v případě, že takové právní jednání schválil jednající sám poté, co nabyl svéprávnosti.*“<sup>202</sup>

Opatrovníkem soud může jmenovat osobu, která je svéprávná a jejíž zájmy jsou v souladu se zájmy opatrovance. Opatrovníka jmenuje soud jen s jeho souhlasem.<sup>203</sup> Opatrovníkem nemůže být jmenován provozovatel zařízení, kde opatrovanec pobývá nebo které mu poskytuje služby, ani zaměstnanec tohoto zařízení nebo jiná osoba na zařízení závislá.<sup>204</sup> V příloze M uvádíme příklad Návrhu na omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka.

---

<sup>201</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 175

<sup>202</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 65

<sup>203</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 61

<sup>204</sup> Občanský zákoník č. 89/2012 Sb., § 63

### 5.3 Náhlá ztráta schopnosti rozhodovat

K úplnosti právní tematiky ohledně legitimních nástrojů k vyjádření vůle ohledně budoucí péče zbývá pojednat o náhle vzniklých stavech a situacích, kdy potenciální pacient nemůže projevit svou vůli. Typickým příkladem je náhlý stav ztráty vědomí. Z hlediska sledovaného prostředí pobytových zařízení sociální péče, je povinností kteréhokoliv zaměstnance, který tuto skutečnost zjistí, neodkladně poskytnout aktivní první pomoc a přivolat lékaře nebo RZS. Tato povinnost nevychází z profesních kompetencí, ale je občanským zákoníkem předpokládaná jako základní občanská povinnost.<sup>205</sup>

Zanedbáním této povinnosti se člověk může vystavit postihu za trestný čin neposkytnutí pomoci ve smyslu ustanovení Trestního zákona.<sup>206</sup> Odůvodněná povinnost zachránit život druhého zde není v rozporu s dříve vysloveným přáním, neboť „náhlý stav bezvědomí není situací, v níž by se institutů k zajištění vůle člověka omezeného v samostatném právním jednání dalo dobře využít. Jejich využití totiž předpokládá a vyžaduje dobrou znalost dotyčného člověka, okolností jeho života a zdravotního stavu (včetně dosavadního vývoje) a rovněž předběžnou komunikaci osob v okolí tohoto člověka i jeho samotného, dokud mu to zdravotní stav dovoluje. V takové situaci i lékař záchranné služby bude člověka nejdříve zachraňovat, a pak teprve bude zjišťovat, proč tento stav nastal.“<sup>207</sup>

Naproti tomu velmi podobná či identická situace, ale se zcela odlišnými právními dopady, je náhlá ztráta vědomí u terminálně nemocného člověka, kdy náhlá změna stavu je prognostikovaná, stav směřuje k finálnímu vyústění a všichni zúčastnění (pacient, rodina i pečující) jsou na smrt připravováni. Rozdíl je především v přístupu a v prioritách pečujících, kteří se o terminálně nemocného starají, ne v rovině občanskoprávní nebo trestní odpovědnosti.

---

<sup>205</sup> Zákon č. 20/1966 Sb., § 9 odst. 4 písm. b): V zájmu svého zdraví a zdraví spoluobčanů je každý povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobám, jsou-li v nebezpečí smrti či jeví-li závažné poruchy zdraví.

<sup>206</sup> Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., § 150 odst. 1 a 2

<sup>207</sup> HRDÁ, *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách*, 186

V této souvislosti dlužno zmínit otázku kardiopulmonární resuscitace. Ta je legislativně definována jako léčebný výkon, který má své indikace a kontraindikace. Terminální fáze nevléčitelného onemocnění je považována za kontraindikaci k zahájení kardiopulmonární resuscitace, jelikož má mizivou klinickou úspěšnost, v nejlepším případě navrácí do stavu umírání a je zdrojem frustrace nejen pro pacienta, ale i pacientovu rodinu a zdravotníky.<sup>208</sup>

Primární povinnou intervencí zdravotníka nebo pečovatele v sociálních službách je kontaktovat ošetřujícího lékaře nebo v případě sdílené péče paliatra. Zde se úročí předchozí komunikace o plánu budoucí péče, v ideálním případě lékař „svého“ pacienta nevidí poprvé, je seznámen s dokumentací, existuje plán péče a prognostické směřování. Pokud nastane situace, že přivolaný lékař je jiný než ošetřující, nicméně je vedena zdravotnická dokumentace ve smyslu speciální paliativní péče (s listinami, které dokládají vůli klienta - Dříve vyslovené přání nebo Předběžné prohlášení), lze s vysokou mírou pravděpodobnosti předpokládat, že bude ze strany lékaře vůle pacienta respektována.

---

<sup>208</sup> SLÁMA, *Paliativní medicína pro praxi*, 305

## Závěr

V pohledu na pomáhající profese v oblasti paliativní péče motivované křesťanskou spiritualitou je třeba mít na paměti, že nikdy se tak intenzivně neslaví událost života jako u toho, kdo prožívá jeho přirozený závěr. Snad to zní paradoxně. Nicméně asistovat nějaké osobě v závěrečné fázi života znamená pomáhat jí intenzivně žít poslední zkušenost jejího života, tedy žít až do konce s otevřeným hledím. Citlivě uchopená nebo slavená událost života pochopitelně není privátní záležitostí, ale stává se i zkušeností, obohacením a „rodinným stříbrem“ pro ty, kteří kráčejí životem dál. Tyto události posouvají naše horizonty a přimějí nás „vidět jinak“. Postoj vůči umírajícímu je zkušebním kamenem smyslu pro spravedlnost a lásku, lidské šlechtnosti, odpovědnosti a profesní schopnosti pečujících. Je zároveň apelem na terapeutickou odpovědnost zdravotníků stejně - a ne méně - jako v jiné chvíli lidského života.<sup>209</sup>

Tato bezesporu „silná“ vyjádření zachycují význam a důležitost odborně erudované a profesně ukotvené paliativní péče v prostředí pobytových zařízení sociálních služeb zřizovaná církvemi nebo řeholními řády. Domníváme se, že tento přístup se může stát jejich signifikantním znamením a logem. Zároveň představuje jakousi alternativu v mentalitě „tekuté doby“, v situaci nepevných sociálních vazeb a instantních řešení zásadních otázek smysluplnosti lidské existence.

Integrace specializované paliativní péče do pobytového zařízení sociálních služeb představuje velkou výzvu projektu Paliatr Vysočina. Domovy pro seniory jsou poslední chybějící složkou k tomu, aby bylo pokryto komplexní spektrum potenciálních uživatelů specializované paliativní péče. Vzhledem k demografickému složení obyvatel kraje Vysočina se jedná o nezanedbatelnou věkovou skupinu a to nejen aktuálně, nýbrž s perspektivní vyhlídkou několika dalších dekád.

---

<sup>209</sup> *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, 84

Předložená diplomová práce tematicky zcela jistě nevyčerpala všechny aspekty, které integrace specializované paliativní péče do DS a meziagenturní spolupráce přináší. Naše práce chce být spíše příspěvkem k diskusi a námětem k promýšlení smysluplných kroků v posunu akcentů péče. Sdílení zkušeností a propojování přístupů souvisí s promýšlením života i úkolů, které před nás život staví. V době dopisování této práce vážně onemocněla moje maminka. Život celé rodiny se radikálně změnil a začali jsme reálně promýšlet formy a možnosti navýšené péče. Analyzovaná témata jsou tedy kryta zlatem osobní zkušenosti.

Traduje se, že milánský arcibiskup Karel Boromejský (1538 – 1584), který vedl svoji diecézi v době morové epidemie a intenzivně se ho dotýkala otázka služby nemocným a umírajícím, si objednal u jakéhosi malíře obraz smrti a byl znepokojen, když umělec námět vyjádřil tradičně jako kostlivce s kosou. Obraz musel přemalovat, neboť arcibiskup Karel si přál ztvárnit na plátně vizi anděla se zlatým klíčem. Interpretace se nabízí: reprezentanti paliativní péče by měli hrát úlohu „andělů milosrdenství“.<sup>210</sup>

---

<sup>210</sup> HAŠKOVCOVÁ, *Thanatologie*, 39

## Seznam literatury

BALEK, P. ed., *Supervize v sociální práci a její institucionální souvislosti*, Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně - Fakulta sociálně ekonomická, 2005.

BAYEROVÁ, M., *Supervízia pracovnej skupiny (tímová supervízia) – možnosť a limity*. In: BALEK, P. ed., *Supervize v sociální práci a její institucionální souvislosti*, Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně - Fakulta sociálně ekonomická, 2005.

BELBIN, M., *Nové obzory týmů*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013.

BĚLOHLÁVEK, F., *Jak řídit a vést lidi*, Praha: Computer Press, 2000.

BERGER, R., *Liturgický slovník*, Praha: Vyšehrad, 1999.

BYOCK, I., *Dobré umírání*, Praha: Vyšehrad, 2005.

CEJTHAMR, V., DĚDINA, V., *Management a organizační chování*, Praha: Grada Publishing, 2010.

ČEBIŠOVÁ, R. a kol., *Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování*, Praha: MSSV ČR, 2013.

ČEVELA, R. a kol., *Sociální gerontologie*, Praha: Grada Publishing, 2014.

DE FIORES, S. – GOFFI, T. a kol., *Slovník spirituality*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999.

FRÝVALDSKÝ, Pavel, *Teologie smrti a „ars moriendi“ podle Josepha Ratzingera – Benedikta XIV.*, In: *Communio*, 4/2012.

GLAJCHOVÁ, A., *Zrození a stárnutí – dvě životní etapy optikou konceptu zranitelnosti*, Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2022.

HÁJKOVÁ, D., FUNK, K., *Provázení aneb opřete se i o mě*, Písek: ICVD, 2012.

HALÍK, T., GRÜN, A., *Svět bez boha*, Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2017.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Spoutaný život*, Praha: Panorama, 1985.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén, 2007.

HAWKINS, P. – SHOHET, R., *Supervize v pomáhajících profesích*, Praha: Portál, 2004.

HAYES, N., *Psychologie týmové práce - strategie efektivního vedení týmu*, Praha: Portál, 2005.

HILLMAN, K., *Kapačka, cévka, houkačka*, Praha: Cesta domů, 2017.

HOLMEROVÁ, I., *Etické souvislosti gerontologie a geriatrie 21. století*, In PTÁČEK, R. a kol., *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*, Praha: Grada Publishing, 2014.

HRDÁ, K. a kol., *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*, Praha: Cesta domů, nedatováno.

HRDÁ, K., LEJSAL, M., *Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě – zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder. Fórum sociální práce, č. 2, 2017.*

HRDÁ, K., *Multidisciplinární tým v akci*, Praha: Cesta domů, 2018.

CHRASTINA, J. a kol., *Sexualita a intimita v závěru života*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2018.

*Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice, 2011.

JAKUBÍKOVÁ, D., *Strategický marketing*, 2. vydání, Praha: Grada Publishing, 2013.

JAKUBÍKOVÁ, D., *Strategický marketing: strategie a trendy*, Praha: Grada Publishing, 2013.

JANEČKOVÁ, H., *Jsem to pořád já*, Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2007.

JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton, 2003.

JANKOVSKÝ, J., Multidisciplinární z hlediska sociálního pracovníka. *Sešit sociální práce*, č. 3, 2015.

KABELKA, L., *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Praha: Mladá fronta, 2018.

KABELKA, L., CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, M. a kol., *Syndrom křehkosti*, Praha: Grada Publishing, 2022.

KABELKA, L., *Nemocné rozhovory*, Praha: Grada Publishing, 2020.

KALVACH Z. a kol., *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*, Praha: Cesta domů, 2019.

KALVACH, Z. a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha: Grada Publishing, 2008.

KALVACH, Z. a kol., Paliativní péče v geriatrii. In: SLÁMA, O. a kol., *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vydání, Praha: Galén, 2007.

KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I., *Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén*, *Medicína pro praxi*, 5(2), 2008.

KLEVETOVÁ, D. a kol., *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada Publishing, 2017.

KOLAJOVÁ, L., *Týmová spolupráce - jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*, Praha: Grada Publishing, 2006.

*Koncepce paliativní péče v Sue Ryder*, Praha: Cesta domů, nedatováno.

KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, Praha: Grada Publishing, 2002.

KOTTER, J. P., *Vedení procesu změny: Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press, 2015.

KUSHNEROVÁ, T., *Od narození do smrti*, Praha: Mladá fronta, 2000.

LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně*, Praha: Grada Publishing, 2007.



MACEK, O. a kol., *Cesty k lidem – kapitoly z duchovní péče*, Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2023.

MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, Praha: Grada Publishing, 2020.

MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: Grada Publishing, 2010.

MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D., *Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů. Sešit sociální práce*, č. 3, 2015.

MEIER, R., *Úspěšná práce s týmem. 25 pravidel pro týmové vedoucí a členy týmu*, Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2009.

MELZER, F., TÉGL, P. a kol., *Občanský zákoník – velký komentář*, Praha: Leges, svazek III., 2014.

MILFAIT, R., *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající*, Praha: Nakladatelství Karolinum, 2019.

NANCARROW, S., ENDERBY, P., ARISS, S., SMITH, T., BOOTH, A., VAMPBELL, M., CANTRELL, A., PARKER S., *The Impact of Enhancing the Effectiveness of Interdisciplinary Team Working*. National Institute for Health Research Delivery and Organisation Program, 2012.

O'CONNOR, M. a kol., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha: Grada Publishing, 2005.

ONDRUŠOVÁ, J., *Stáří a smysl života*, Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2011.

OPATRNÝ, A., *Pastorace zvláštních skupin*, Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2014.

OPATRNÝ, A., *Pastorální teologie pro laiky*, Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2016.

PARKES, C. M., RELF, M., COULDRICK A., *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

PECHOVÁ, K., LEJSAL, M. a kol., *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*, Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020.

PESCHKE, K. H., *Křesťanská etika*, Praha: Vyšehrad, 1999.

PICHAUD, C. a kol., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998.

PLAMÍNEK, J., *Vedení lidí, týmů a firem*, Praha: Grada Publishing, 2018.

PLEVOVÁ, I. a kol., *Management v ošetrovatelství*, Praha: Grada Publishing, 2012.

PTÁČEK, R. a kol., *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*, Praha: Grada Publishing, 2014.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol., *Lékař a pacient v moderní medicíně*, Praha: Grada Publishing, 2015.

QUARDINI, R., *Životní období*, Praha: Zvon, 1997.

Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů, Praha: Cesta domů, 2004.

ROHANOVÁ, E. a kol., *Podpora a pokora důstojnosti starých lidí*. In: HAVRDOVÁ, Z. a kol., *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, Praha: Fakulta humanitních studií, 2010.

SCHULER, M. a kol., *Geriatric od A do Z pro sestry*, Praha: Grada Publishing, 2010.

SLÁMA, O. a kol., *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vydání, Praha: Galén, 2007.

SLÁMA, O. a kol., *Paliativní medicína pro praxi*, 3. vydání, Praha: Galén, 2022.

SLÁMA, O., *Koncepce paliativní péče v ČR*, Praha: Cesta domů, 2004.

SLÁMOVÁ, R. a kol., *Praktický průvodce koncem života*, Brno: Edika, 2018.

*Standardy mobilní specializované paliativní péče*, Praha: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019.

STANKUŠOVÁ, H., *Etické problémy v onkologii*, In: PTÁČEK, R. a kol., *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*, Praha: Grada Publishing, 2014.

STUART-HAMILTON, I., *Psychologie stárnutí*, Praha: Portál, 1999.

SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost*. In HEŘMANOVÁ, J. a kol., *Etika v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada Publishing, 2012.

SVOBODOVÁ, V., *Ať před zraky mám život*, Uhřetitz: Doron, 2021.

ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., *Základní otázky komunikace*, Praha: Galen, 2009.

ŠVEC, J., *Týmová práce*. Skripta vytvořená pro projekt Tvorba a ověřování pilotních ŠVP na vybraných středních odborných školách a středních odborných učilištích, 2006.

THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ, T., *Od narození do smrti*, Praha: Mladá fronta, 2000.

TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁKOVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*, Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2015.

ULRICHOVÁ, M., *Hledání smyslu ve smrti a umírání*, Ostrava: Moravapress, 2014.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Praha: Grada Publishing, 2007.

VOJTĚCHOVSKÝ, M., *Geriatrická thanatologie*. In: BAŠTECKÝ, J. a kol., *Gerontopsychiatrie*, Praha: Grada Avicenum, 1994.

VOLANDES, E. A., *Umění rozhovoru o konci života*, Praha: Cesta domů, 2015.

Internetové zdroje:

Analýza Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR pilotního programu Mobilní specializované paliativní péče, [on line] (cit. 29. 7. 2023) URL: <https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pece/pro-odbornou-spolecnost/pilotni-program>

Data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti, [on line] (cit. 29. 8. 2023) URL: <https://www.umirani.cz/data#ke-stazeni>

DOLISTA, J., *Právo na důstojné umírání*, [on line] (cit. 15. 9. 2023) URL: <https://www.epravo.cz/top/clanky/pravo-na-dustojne-umirani-19808.html?mail.%20ISSN%201213-189X>

Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy, [on line] (cit. 3. 10. 2023) URL: <https://www.mvcr.cz/clanek/dobra-sprava-v-dokumentech-rady-evropy.aspx>

Fokusní skupina, [on line] (cit. 30. 9. 2023) URL: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Focus\\_groups](https://cs.wikipedia.org/wiki/Focus_groups)

Historie a současnost paliativní péče v Česku, [on line] (cit. 5. 8. 2023) URL: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>

KABELKA, L. a kol., *Paliativní péče v ČR – situační analýza*, [on line] (cit. 9. 9. 2023) URL: <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/paliativni-pece-v-ceske-republice>

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče, [on line] (cit. 27. 7. 2023) URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

Nadační fond Avast (ElneC - *End Of Life Nursing Education Consortium*), [on line] (cit. 30. 9. 2023) URL: <https://nadacnifond.avast.cz>

Organizační kultura, [on line] (cit. 30. 9. 2023) URL: <https://managementmania.com/cs/organizacni-kultura>

Programového prohlášení Rady Kraje Vysočina pro roky 2020 – 2024, [on line] (cit. 29. 7. 2023) URL: <https://www.starostoveprobcany.cz/2021/02/programove-prohlaseni-rady-kraje-2020-2024/>

Projekt Paliatr Vysočina, [on line] (cit. 5. 8. 2023) URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/cile-projektu/>

Seznam služeb paliativní péče, [on line] (cit. 29. 7. 2023) URL: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam>

Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina [on line] (cit. 19. 9. 2023) URL: [https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece\\_schvalena-verze.pdf](https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece_schvalena-verze.pdf)

Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020, [on line] (cit. 29. 7. 2023) URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/dokumenty/>

Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2027, [on line] (cit. 29. 7. 2023) URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/historie-projektu/>

Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina, [on line] (cit. 19. 9. 2023) URL: [https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece\\_schvalena-verze.pdf](https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/strategie-paliativni-pece_schvalena-verze.pdf).

Strategie rozvoje paliativní péče Kraje Vysočina do roku 2027, [on line] (cit. 5. 8. 2023) URL: <https://www.paliatr-vysocina.cz/dokumenty/>

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách – [on line] (cit. 15. 9. 2023) URL: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=stru%C4%8Dn%C3%BD+pr%C5%AFvodce+z%C3%A1konem+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1ch>

System pro řízení lidí, práce a organizace, [on line] (cit. 30. 9. 2023) URL: <https://aptien.com/cs/kb/articles/who-is-line-manager>

Tiskové centrum VZP – domácí péče a mobilní hospice, [on line] (cit. 10. 8. 2023) URL: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/domaci-pece-a-mobilni-hospice>

Tiskové zprávy Ministerstva zdravotnictví ČR, [on line] (cit. 29. 7. 2023) URL: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, [on line] (cit. 27. 7. 2023) URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

Vyhláška č. 505/ 2006 Sb., [on line] (cit. 14. 8. 2023) URL:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

WHO Palliative Care, [on line] (cit. 27. 7. 2023) URL: [https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=cs&\\_x\\_tr\\_hl=cs&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=cs&_x_tr_hl=cs&_x_tr_pto=sc)

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, [on line] (cit. 14. 8. 2023) URL:  
<https://www.mpsv.cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>

Zákon o sociálních službách č. 208/2006 Sb., [on line] (cit. 29. 8. 2023) URL:  
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## Seznam zkratek

24/7/365 – nepřetržitá dostupnost péče 24 hodin/7 dní v týdnu/365 dní v roce

ALS – amyotrofická laterální skleróza

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CFS – Clinical Frailty Score (Škála geriatrické křehkosti)

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

D - PaP – Dementia Palliative Prognostic Score (paliativní prognostické skóre demence)

DNR – do not resuscitate (není indikováno zahájení neodkladné resuscitace)

ESAS – Edmonton System Assessment Scale (Edmodská škála hodnocení závažnosti symptomů)

Ex – Exodus (2. kniha Mojžíšova)

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

i.v. – intra venozní (žilní cestou)

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MSPP – mobilní specializovaná paliativní péče

MSSE – Mini Suffering State Examination (škála k hodnocení utrpení u pacientů, kteří nejsou schopni verbalizovat své obtíže)

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

PaP – Palliative Prognostic Score (paliativní prognostické skóre),

PaPaSScale – Paediatric Palliative Screening Scale (pediatrická paliativní screeningová škála)

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PICC – peripherally inserted central catheter (periferní implantované centrální kanyly)

PL – praktický lékař

PPI – Prognostic Palliative Index (prognostický paliativní index).

PPS – Palliative Performance Scale (škála funkčního výkonu v paliativní péči)

RHB – rehabilitace

RLP – Rychlá lékařská pomoc

RZP – Rychlá zdravotní pomoc

RZS – Rychlá záchranná služba

SM – skleróza multiplex

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZP – zdravotní pojišťovna



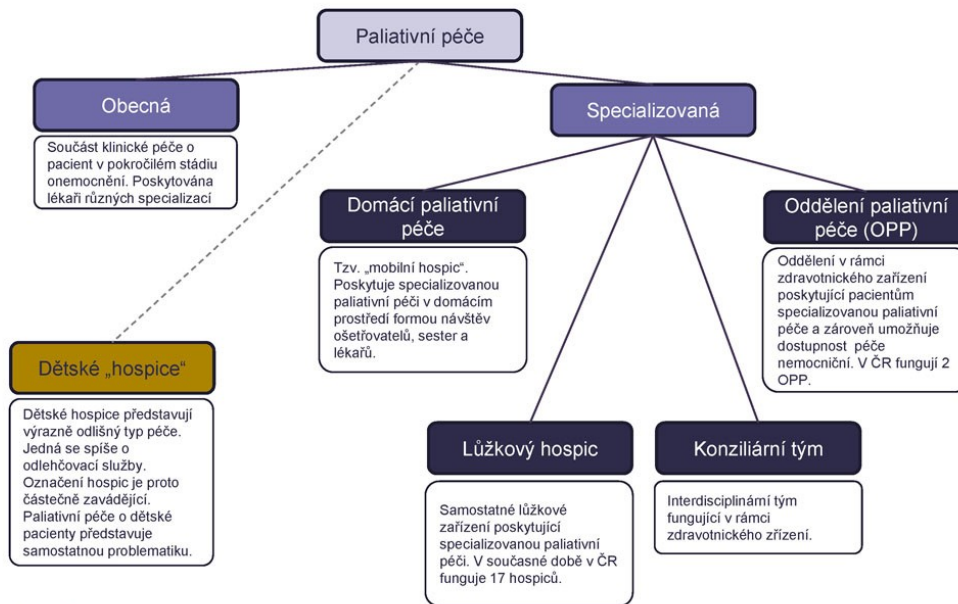
## Seznam příloh

Příloha A	Východiska pro analýzu paliativní péče v ČR
Příloha B	Možnosti obecné a specializované paliativní péče
Příloha C	Diagnostické skupiny pacientů zařazovaných do odbornosti 926
Příloha D	Kritéria pro přijetí pacienta do MSPP
Příloha E	Požadavky na poskytovatele MSPP
Příloha F	Škála geriatrické křehkosti
Příloha G	Vzor dříve vysloveného přání
Příloha H	Poučení lékaře ohledně dříve vysloveného souhlasu s budoucí léčbou
Příloha I	Poučení lékaře ohledně dříve vysloveného nesouhlasu s budoucí léčbou
Příloha J	Právní instituty vhodné k projevení vůle klienta DS při péči v závěru života
Příloha K	Předběžné prohlášení
Příloha L	Dohoda o nápomoci při rozhodování
Příloha M	Návrh na omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka

# Příloha A

## Východiska pro analýzu paliativní péče v ČR<sup>211</sup>

### Schéma paliativní péče v ČR



<sup>211</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=mortalitni-data-cr-analyzy-a-publikace--vyhodiska-pro-analyzu-paliativni-pece-v-cr>

## Příloha B

### Možnosti obecné a specializované paliativní péče v jednotlivých typech zdravotnické péče <sup>212</sup>

<b>FORMA ZDRAVOTNÍ PÉČE</b> Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb., § 7-10	<b>OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE</b> v rámci jiné odbornosti – klinicky nekomplikovaní pacienti (80-90%)	<b>SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE</b> v odbornosti paliativní medicína – klinicky komplikovaní pacienti (10-20%)
<b>Primární ambulantní péče</b> (§ 7 odst. 2a)	praktický lékař, včetně návštěvní služby	
<b>Specializovaná ambulantní péče</b> (§7 odst. 2b)	ošetřující ambulantní specialista, stacionář léčby bolesti	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí o oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby, stacionář paliativní medicíny
<b>Lůžková péče</b> (§ 9)	paliativní péče poskytovaná zdravotnickým personálem v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení následné péče a pobytových zařízení sociálních služeb, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína	lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení
<b>Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta</b> (§ 10)	praktický lékař, domácí péče s hospicovým programem, návštěvní služba ambulantním specialistou	mobilní specializovaná paliativní péče, výjezdová složka poskytovatele v oboru paliativní medicína

<sup>212</sup> Dostupné na internetu URL: [www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece/dokumenty](http://www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece/dokumenty)

## Příloha C

### Diagnostické skupiny pacientů zařazovaných do odbornosti 926<sup>213</sup>

Pacient s aktivním onkologickým onemocněním po ukončení protinádorové léčby, ev. s paliativní onkologickou léčbou a potřebou podpůrné paliativní léčby.

Geriatrický pacient ve skupině old-old seniorů s projevy pokročilé geriatrické křehkosti (syndrom frailty) a vysokým rizikem geriatrické deteriorace, resp. již se rozvíjející deteriorací.

Pacienti po kraniocerebrálním traumatu či různých formách mozkových příhod – nutná kategorizace nemocného DNR, zhodnocení neurolog a ARO, neúspěšná RHB – nutné zhodnotit na předchozím pracovišti.

Syndrom demence – středně těžká až těžká demence, deprese, poruchy příjmu stravy, komorbidity, progresse imobilizačního syndromu, podpora pečujících.

Pacienti s orgánovým selháním – renální, hepatální, kardiální – pokročilé, či po odmítnutí přístrojové či jiné léčby pacientem - „living will, resp. health care proxy“ – dokumentace.

Pokročilé stádia chronické plicní obstrukční nemoci - CHOPN či dalších nevléčitelných plicních chorob.

Pokročilá stádia neurodegenerativních chorob (vzácné + amyotrofická laterální skleróza - ALS, skleróza multiplex - SM).

---

<sup>213</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.domacihospictrebic.cz/zdravotni-sluzby/>

## Příloha D

### Kritéria pro přijetí pacienta do MSPP<sup>214</sup>

MSPP je indikována u pacientů, kteří si přejí prožít závěr života ve vlastním sociálním prostředí a zároveň míra jejich symptomové zátěže, klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neumožňují registrujícímu lékaři s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie ani ve spolupráci s agenturou domácí péče převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta.

MSPP indikuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Nemocný nebo jeho blízcí se mohou s žádostí o přijetí do MSPP obrátit přímo na poskytovatele MSPP. Pokud nemocný splní níže uvedená klinická indikační kritéria a bude přijat do MSPP, poskytovatel MSPP jeho přijetí registrujícímu lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie i relevantním ambulantním specialistům oznámí. Z klinického hlediska je MSPP určena nemocným, jejichž zdravotní stav již nedovoluje ambulantní kontroly a jejichž symptomová zátěž je natolik komplexní či natolik obtížně řešitelná, že vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvní služby lékaře – specialisty a zpravidla i akutní skokové navyšování ošetrovatelské péče bez ohledu na denní dobu.

Podmínkou pro zařazení pacienta do MSPP je informovaný souhlas pacienta a jeho rodiny s poskytováním, podmínkami a cíli MSPP. Doporučuje se písemná forma tohoto informovaného souhlasu. Indikace pacienta pro MSPP je doporučena zejména na základě:

- PPS (Palliative Performance Scale) – umožňuje klasifikovat pacienty podle míry funkčního omezení, způsobeného nemocí. Zařazení do MSPP

---

<sup>214</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

je vhodné pro pacienty s PPS 40 a méně. Jde o pacienty, kteří již nejsou schopni docházet na ambulantní kontroly.

- U pediatrických pacientů se analogicky využije Paediatric Palliative Screening Scale.
- ESAS (Edmonton System Assessment Scale) – spolehlivý a mezinárodně používaný nástroj k hodnocení 9 symptomů, které nejčastěji postihují nevléčitelně nemocné a umírající pacienty.
- MSSE (Mini Suffering State Examination) – nástroj k hodnocení utrpení u pacientů, kteří nejsou schopni verbalizovat své obtíže.
- Nestabilní pacient – pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu ( $PPS \leq 40\%$ ), který je léčen nejvýše pro 2 symptomy (dle ESAS nebo MSSE) vyžadujícími pravidelnou farmakoterapii
- Nestabilní pacient se závažnými symptomy – pacient s pokročilým onemocněním v celkově špatném funkčním stavu ( $PPS \leq 40\%$ ), který je léčen pro 3 a více závažných symptomů (dle ESAS nebo MSSE) vyžadující pravidelnou farmakoterapii a vzhledem ke kolísavé intenzitě symptomů časté (více než 1x denně) také záchranné dávky medikace.
- Pro dětské pacienty lze využít například Paediatric Palliative Scoring Scale (PaPaSScale)
- Doplnkovými nástroji pro klinickou rozvahu o zařazení do péče a její plánování jsou zejména: PaP (Palliative Prognostic Score), D - PaP (Dementia Palliative Prognostic Score), PPI (Prognostic Palliative Index).
- U specifických diagnóz mohou být využita další kritéria podle doporučených postupů v daném oboru. Hodnocení probíhá 1x denně a musí být součástí zdravotnické dokumentace.

## **Příloha E**

### **Požadavky na poskytovatele MSPP<sup>215</sup>**

Poskytovatelem mobilní specializované paliativní péče může být fyzická nebo právnická osoba, která:

- splňuje požadavky na věcné a technické vybavení v souladu s vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb. – zdravotní péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí, požadavkem je tedy kontaktní pracoviště paliativní péče (nikoliv ambulance),
- je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti podle zákona č. 372/2011 Sb.,
- je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta podle zákona č. 372/2011 Sb. v oboru všeobecná sestra,
- pracuje v režimu nepřetržitě dostupné péče 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu,
- splňuje minimální personální požadavky podle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, a personální požadavky podle této metodiky.

### **Požadavky na personální zabezpečení MSPP**

- lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína 0,2 úvazku,
- lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nastavbový obor paliativní medicína 1,0 úvazek,

---

<sup>215</sup> Dostupné na internetu URL: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>

- všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu 5,0 úvazků (z toho musí být zajištěna alespoň jedna dětská sestra, pokud bude poskytována domácí péče dětem do 3 let).



## Příloha F

### Škála geriatrické křehkosti – Clinical Frailty Score - CFS<sup>216</sup>

1.	Zdatný	Robusní, energický a motivovaný
2.	Zdravý	Nemá žádné aktivní příznaky nemoci, ale je méně fyzicky čilý než u stupně 1.
3.	Zdravý s léčenými obtížemi	Má zdravotní obtíže, které jsou lékařsky podchyceny. Kromě běžného popocházení nevyvíjí pravidelnou fyzickou aktivitu.
4.	Zjevně zranitelný	V každodenním životě není závislý na druhých, má však pohybové obtíže. Většinou si stěžuje na zpomalenost a únavu během dne.
5.	Mírně křehký	Jeho pohyb je viditelně pomalejší a potřebuje více pomoci při běžných úkonech. Je pro něj obtížnější nakupovat, samostatně chodit chystat si jídlo či uklízet.
6.	Středně křehký	Potřebuje asistenci při všech činnostech mimo domov a při domácích pracech. Nevládá chůzi po schodech a potřebuje pomoc s hygienou.
7.	Závažně křehký	V denních úkonech je plně odkázán na pomoc druhých z důvodů duševního nebo fyzického onemocnění, případně kombinace obou.
8.	Velmi závažně křehký	Samostatnost je nulová, blíží se ke konci života. Většinou již není schopen se zotavit ani z lehčí nemoci.
9.	Terminálně nemocný	Odhadovaná doba dožití se neměří na měsíce, ale spíše na týdny či dny.

---

<sup>216</sup> HILLMAN, *Kapačka, cévka, houkačka*, 106 - 107

## Příloha G

### Vzor dříve vysloveného přání<sup>217</sup>

Já, níže podepsaný/podepsaná ..... , r. č. ...., pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující přání dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., resp. předběžné prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., občanský zákoník:

#### Článek I.

Pro případ, že.....

(např.: 1. má schopnost vnímat a chápat okolí bude podstatným způsobem narušena tak, že budu i v běžných každodenních úkonech závislý/á na dopomoci jiné osoby,

2. můj stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí včetně umělé výživy a hydratace,

3. se budu nacházet v terminální fázi nevyлéčitelného onemocnění nebo v jiném medicínsky nadále neovlivnitelném nepříznivém stavu bez naděje na jeho zlepšení apod.)

**souhlasím** s tím, aby mi byla poskytována péče:

..... (např. tišení obtíží, tedy bolesti, neklidu, strachu, dušnosti nebo nevolnosti, podávání antibiotik, umělé výživy, dialýzy atd.....), a tuto péči požaduji,

a **nesouhlasím** s péčí: ..... (např. nasogastrická sonda, PEG sonda, umělá plicní ventilace, antibiotika atd.), a tuto péči odmítám.

#### Článek II.

Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení mým lékařem v oboru ....., MUDr....., o důsledcích mého rozhodnutí.

---

<sup>217</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 70 - 71

### **Článek III.**

S tímto mým dříve vysloveným přáním byl/a seznámen/a ....., který/á je plně informován/a o mých životních postojích podstatných pro výklad mého dříve vysloveného přání. Pro případ, že by nastala situace nepředvídaná v tomto mém dříve vysloveném přání či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, předběžné prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby v případě mé nezpůsobilosti rozhodovat o mé další zdravotní péči rozhodoval/a o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání ..... r. č. ....

### **Článek IV.**

Toto dříve vyslovené přání platí od ..... a bylo sepsáno ve ..... vyhotoveních, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumentace vedené u MUDr. .... a zbylá jsou uložena .....

V ....., dne .....

.....

(ověřený podpis)

.....

svědek (vč. identifikačních údajů)

.....

svědek (vč. identifikačních údajů)

## Příloha H

### Poučení lékaře ohledně dříve vysloveného souhlasu s budoucí léčbou<sup>218</sup>

Poučení ze strany lékaře ohledně dříve vysloveného souhlasu s budoucí léčbou by proto mělo vždy obsahovat:

- popis situace, ve které pacient souhlasí s tím, aby mu byly jím určené (co možná nejkonkrétněji označené) zdravotní služby poskytovány,
- údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb,
- poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika alternativ,
- údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
- v případě, že pacient souhlasí s implantací zdravotnického prostředku, podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu,
- záznam toho, že pacient nebyl omezen ve svéprávnosti k právním úkonům, ani nevykazuje známky duševní poruchy, která by jej činila nezpůsobilým právně jednat (činit dříve vyslovená přání),
- datum a podpis pacienta a lékaře, který pacientovi údaje a poučení poskytl (příp. se zaznamená, z jakého důvodu pacient není fyzicky schopen dříve vyslovené přání podepsat, jakým způsobem projevil svou vůli a podpis osoby blízké, příp. svědka – k tomu srov. 34 odst. 6 zákona o zdravotních službách).

---

<sup>218</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 72

# Příloha I

## Poučení ze strany lékaře ohledně předem vysloveného nesouhlasu s budoucí léčbou<sup>219</sup>

Poučení ze strany lékaře ohledně předem vysloveného nesouhlasu s budoucí léčbou by proto mělo obsahovat

- popis situace, ve které pacient odmítá jím určené (označené co možná nejkonkrétněji) zdravotní služby,
- údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách (pozn.: pro případ, že pacient sepisuje dříve vyslovené přání zcela bez ohledu na svůj momentální zdravotní stav a jeho možný vývoj, je možné jen stručně vypsát diagnózu bez detailnějších informací o případných potřebných zdravotních službách),
- údaj o možných následcích odmítnutí zdravotních služeb pro zdraví pacienta (nutno sdělit opakovaně! K tomu srov. § 34 odst. 3 zákona o zdravotních službách),
- záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodu 2 a 3 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
- písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebné zdravotní služby odmítá,
- místo, datum, hodina a podpis pacienta (příp. namísto toho záznam, proč pacient nepodepsal, vč. jména, příjmení, podpisu svědka),
- podpis lékaře, který pacientovi informace poskytl.

---

<sup>219</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 73

## Příloha J

Právní instituty vhodné k projevení vůle klienta DS při péči v závěru života<sup>220</sup>

Schopnost rozhodovat	Vhodné instituty
není narušena	Dříve vyslovené přání Předběžné prohlášení
je narušena	Nápomoc podpůrce
chybí	Omezení svéprávnosti

---

<sup>220</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 53

# Příloha K

## Předběžné prohlášení<sup>221</sup>

Dle ustanovení § 38 a násl. občanského zákoníku, zák. č. 89/2012 Sb., ustanovení § 31 a násl. zákona o zvláštních řízeních soudních, zák. č. 292/2013 Sb.:

I.

Já, jméno, nar. dne....., bytem ..... , ustanovuji následující:

II.

Vzhledem k tomu, že mi byla diagnostikována .....a mám oprávněné obavy ze zhoršování mého zdravotního stavu, které mi znemožní nadále rozhodovat o způsobu mého života a správě jmění, rozhodl/a jsem se sepsat toto předběžné prohlášení.

III.

Opatrovník

V případě, že by se můj zdravotní stav natolik zhoršil, že bych byla omezena ve svéprávnosti, žádám soud, aby ustanovil mým opatrovníkem ....., nar. dne, bytem..... - bude po celou dobu respektovat obsah tohoto předběžného prohlášení.

V případě, že by ..... nemohl být ze závažných důvodů ustanoven mým opatrovníkem, přeji si, aby na jeho místo byl povolán....., nar. dne....., bytem.....

IV.

Bydliště

Pokud to můj zdravotní stav dovolí, chci zůstat v domácí péči v mém domě/bytě na adrese mého trvalého bydliště. V případě umístění do zdravotního zařízení, ať je v dosahu mého trvalého bydliště, aby mne mí příbuzní a přátelé mohli navštěvovat.

---

<sup>221</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 74 - 75

V.

Péče o mou osobu

V době, kdy budu potřebovat pomoc při zajištění běžných denních úkonů, přeji si je zajistit pomocí terénních sociálních služeb, dokud to můj stav umožní. Pokud bude nutné, aby byla péče o mě nadále zajištěna prostřednictvím pobytové služby, přeji si, aby se jednalo o zařízení v dosahu mého současného bydliště.

VI. Správa majetku

V případě, že nebudu moci nadále trvale bydlet na adrese mého dosavadního trvalého bydliště, přeji si, aby byt/dům.....

VI. Závěrečná ustanovení

Toto předběžné prohlášení bylo sepsáno jako projev mé svobodné, nezávislé vůle, na důkaz čehož pod něj připojuji svůj podpis.

Sepsání tohoto předběžného prohlášení byli přítomni a s jeho obsahem jsou seznámeni dva svědkové, kteří na důkaz toho připojují své podpisy.

Datum

Podpisy svědků



# Příloha L

## Dohoda o nápomoci při rozhodování<sup>222</sup>

Podpůrce: (jméno, příjmení, datum narození, bydliště)

Podporovaný: (jméno, příjmení, datum narození, bydliště)

Kontrolní osoba: (jméno, příjmení, datum narození, bydliště)

### I.

Tuto dohodu uzavírají podpůrce a podporovaný. V rámci této dohody se zavazuje podpůrce podporovanému poskytovat službu nápomoci při rozhodování, a to tak, že bude s jeho souhlasem přítomen při jeho právních jednáních, že mu zajistí potřebné informace a že mu bude nápomocen radami. Podpůrce za podporovaného nikdy právně nejedná, ledaže by si strany smlouvy toto upravily jinak.

### II. Uzavření dohody

Tato dohoda byla uzavřena za přítomnosti dvou svědků, kteří rozumějí způsobu komunikace podporovaného a zároveň nejsou osobami, které by z předmětného ujednání mohly mít zisk či jinou výhodu. Řádné uzavření dohody stvrzují svým podpisem.

### III. Další práva a povinnosti stran

Podpůrce se zavazuje na požádání podporovaného být přítomen při jeho právních jednáních či mu jinak poskytovat nápomoc při rozhodování. I bez požádání lze službu nápomoci poskytovat za souhlasu podporovaného, a to i konkludentního. Podpora nesmí být nikdy poskytována proti vůli podporovaného. Podpůrce postupuje při plnění svých povinností v souladu s rozhodnutími a přáními, i ne přímo vyslovenými, podporovaného. Podpůrce se snaží podporovaného vždy informovat s ohledem na jeho postižení tak, aby informacím co nejlépe porozuměl a mohl se na základě nich rozhodnout. Je-li to možné, informuje podpůrce podporovaného i o alternativních řešeních věci.

---

<sup>222</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 76 - 77

Pokud podporovaný právně jedná v písemné formě, může podpůrce připojit svůj podpis vždy s uvedením své funkce, popřípadě i s údajem o podpoře, kterou podporovanému poskytl. Podpůrce má právo namítat neplatnost právního jednání podporovaného. Podpůrce se zavazuje být v kontaktu s podporovaným, za tím účelem mu předá svoje kontakty potřebné pro dohodu o poskytnutí konkrétní podpory. Podpůrce nesmí ohrozit zájmy zastoupeného nevhodným ovlivňováním, ani se na úkor podporovaného bezdůvodně obohatit.

#### IV. Úhrada za službu

Nápomoc při rozhodování se poskytuje bezplatně, bez nároku na náklady s poskytováním služby spojené. Podporovaný je povinen podpůrci poskytnout úhradu za náklady spojené s poskytnutím služby pouze, pokud se na tom strany výslovně dohodnou.

#### VI. Náhradní podpůrce

Pro případ, že by podpůrce nemohl či nechtěl svoji funkci již dále vykonávat, například z důvodu nemoci, smrti, dlouhodobé nezvěstnosti, dlouhodobé nefunkčnosti či jiného důvodu, podporovaný navrhuje, aby se touto osobou stal/-a.....

#### VII. Ukončení smluvního vztahu

Podpůrce i podporovaný mají povinnost nahlásit soudu svůj záměr ukončit tento smluvní vztah. Pokud podporovaná osoba není schopna v dané situaci toto učinit, nesmí jí to být k tíži. Smluvní vztah zaniká, když se podpůrce vzdá své funkce. Tuto skutečnost musí sdělit podporované osobě. Do doby nabytí účinnosti ukončení smlouvy musí podpůrce poskytnout nezbytnou podporu tak, aby nedošlo k poškození práv a zájmů podporované osoby. Stejně tak se smluvní vztah ukončuje, pokud podporovaná osoba projeví vůli již dále nebýt podporována. O tom musí podpůrce neprodleně informovat soud. Smluvní vztah zaniká také dnem, kdy nastane právní moc a vykonatelnost soudního rozhodnutí o odvolání podpůrce.

#### VIII. Doba trvání smlouvy a účinnost

Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou. Smlouva nabývá účinnosti dnem nabytí právní moci usnesení soudu o schválení této smlouvy. Dodatky

ke smlouvě lze činit pouze písemně. K jejich účinnosti je třeba vždy schválení soudu.

V. .... dne. ....

.....  
Podporovaná osoba

.....  
Podpůrce

## Příloha M

### Návrh na omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka<sup>223</sup>

Okresní soud v .....

ulice.....

PSČ a město.....

V ..... dne .....

Navrhovatel: identifikační údaje – u právnické osoby – název, sídlo, IČO, označení osoby oprávněné za posuzovanou osobu jednat (u fyzické osoby, např. osoby blízké posuzovanému – jméno, příjmení, dat. nar., bydliště)

Posuzovaný: jméno, příjmení, dat. nar., bydliště

jméno, nar. dne, bytem jméno, nar. dne, bytem

#### I.

Navrhovatel je zařízením poskytujícím sociální služby – Domov pro seniory ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Na základě dlouhodobé péče o posuzovaného při poskytování sociálních služeb a s odvoláním na níže uvedené skutečnosti dospěl navrhovatel k závěru, že je vhodné k ochraně práv posuzovaného omezit jeho svéprávnost ve smyslu ust. § 55 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a v souladu s ust. § 465 a násl. mu jmenovat opatrovníka. Užití mírnějšího opatření s ohledem na aktuální stav posuzovaného k naplnění tohoto cíle podle přesvědčení navrhovatele nestačí. Navrhovatel proto podává soudu tento návrh.

#### II.

Posuzovaný je na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb ze dne ..... klientem navrhovatele. Posuzovaný je v současné době zcela závislý na péči a pomoci druhých, a to při zvládání všech základních životních potřeb, včetně pohybu a komunikace a dále při rozhodování o jakýchkoliv osobních záležitostech. Posuzovaný není schopen pečovat o sebe ani o své záležitosti, ani

---

<sup>223</sup> PECHOVÁ, LEJSAL, *Paliativní péče v rezidenčních službách*, 78 - 81

v základní rovině, když není schopen se samostatně pohybovat a dobře komunikovat s jemu neznámými osobami, a také není schopen objektivně vyhodnotit situaci, která vyžaduje určité jednání, ledaže mu je situace předestřena a zvlášť vysvětlena některým z rodinných příslušníků posuzovaného, zejména synem posuzovaného panem *J. Novákem*, popř. snachou posuzovaného paní *A. Novákovou*, kteří jsou s ním v pravidelném kontaktu. Zejména v posledních dvou měsících posuzovaný navíc odmítá činit jakákoliv rozhodnutí sám a zcela spoléhá na rozhodnutí jemu blízkých osob, zejména obou shora uvedených. S majetkovými poměry posuzovaného navrhovatel není obeznámen. S ohledem na shora uvedené je navrhovatel přesvědčen o tom, že není vhodné předvolávat posuzovaného na jednání soudu a navrhuje, aby soud zhlédl posuzovaného v sídle navrhovatele, kde je mu na základě uzavřené smlouvy o poskytování sociálních služeb dlouhodobě poskytována ubytovací služba.

Důkaz: Smlouva o poskytování sociálních služeb, Seznam poskytovaných sociálních služeb – příloha smlouvy, Výpověď pečujícího sociálního pracovníka – jméno, příjmení, dat. nar., adresa bydliště, Výpověď ošetřujícího lékaře MUDr. ...., sídlo....., Výpověď svědka – *J. Novák*, nar....., bydliště.....

### III.

S ohledem na shora uvedené skutečnosti a navržené důkazy je navrhovatel přesvědčen, že je v zájmu posuzovaného, aby soud zvážil omezení jeho svéprávnosti, neboť za současného stavu objektivně není schopen samostatně právně jednat, a to v žádné své záležitosti – tedy zejména není schopen uzavírat smlouvy, upravovat jejich obsah ani ukončovat jejich platnost, uplatňovat svá práva z nich, podávat návrhy a žádosti, využívat opravné prostředky proti rozhodnutí úřadů a soudů, udělovat souhlasy a vydávat pokyny ohledně péče o své zdraví ani zplnomocnit či jinak pověřit jinou osobu, aby za něj v těchto věcech jednala. Se znalostí zdravotního i psychického stavu posuzovaného a dále s vědomím nebezpečí z prodlení, které hrozí posuzovanému, zejména v případě nemožnosti získat jeho souhlas s poskytnutím zdravotní služby - ....., a dále v případě opožděného podání žádosti o .....na úřad nebo nemožnosti provést úpravy nebo výpověď dříve uzavřených smluv, včetně smlouvy o poskytování sociálních služeb, je navrhovatel přesvědčen, že při zachování stávajícího stavu hrozí posuzovanému závažná újma, v podobě

možných zdravotních komplikací, když není schopen reagovat bez prodlení na aktuální změny ve svém zdravotním stavu a rovněž újma materiální, která může vzniknout z prodlení nebo v důsledku ztráty jeho schopnosti jednat samostatně při správě svých dalších záležitostí.

#### IV.

Navrhovatel prohlašuje, že není obeznámen s žádnou skutečností, která by svědčila o tom, že posuzovaný dříve vyjádřil svou vůli, jak mají být spravovány jeho záležitosti v případě, že toho sám nebude schopen, popř. o tom, kdo má být jmenován jeho opatrovníkem. S odvoláním na shora uvedené skutečnosti a se znalostí aktuálních osobních poměrů posuzovaného však navrhovatel považuje za nejprospěšnější pro posuzovaného, aby byl opatrovníkem posuzovaného jmenován jeho syn, pan *J. Novák*, nar. ...., bydliště..... (dále jen „*J. Novák*“). *J. Novák* je s posuzovaným v trvalém a pravidelném kontaktu, zpravidla 2-3x týdně, a o záležitosti posuzovaného se už v současné době běžně stará. Posuzovaný má k *J. Novákovi* hluboký vztah a chová k němu plnou důvěru. Sám posuzovaný se obrací prakticky výhradně na *J. Nováka*, pokud je třeba zařídit jakoukoliv záležitost.

Důkaz: Zhlédnutím posuzovaného, Výslechem *J. Nováka*, nar. ...., bydliště....., Výpovědí ošetřujícího lékaře MUDr.....sídlo....., Výpovědí pečujícího pracovníka poskytovatele sociální služby....., nar....., bydliště.....

#### V.

S odvoláním na všechny shora uvedené skutečnosti a navržené důkazy navrhovatel navrhuje, aby soud rozhodl v souladu se zákonnými podmínkami o omezení svéprávnosti posuzovaného a dále, aby jmenoval opatrovníkem posuzovaného pana *J. Nováka*, nar. .... bydliště.....

.....

podpis navrhovatele/osoby oprávněné jednat za navrhovatele