



# **Standardy hospicové paliativní péče**

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče definuje prostřednictvím standardů požadavky, které by měli poskytovatelé hospicové paliativní péče, sdružení v asociaci splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita.

Říjen 2016

***„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“***

Světová zdravotnická organizace 2002

**Světová zdravotnická organizace stanovila tyto hlavní zásady, podle nichž paliativní péče:**

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces
- neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta
- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co neaktivněji až do smrti
- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci
- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.

# Standardy hospicové paliativní péče

---

## 1. Obsah

1.	Obsah.....	2
1.	Základní východiska hospicové paliativní péče .....	3
1.1	Principy hospicové paliativní péče .....	3
1.2	Cílová skupina hospicové paliativní péče .....	3
1.3	Indikace hospicové paliativní péče.....	4
1.4	Základní organizační formy hospicové paliativní péče.....	4
2.	Hospicová péče.....	4
2.1	Plán péče .....	4
2.2	Péče o tělesný stav a potřeby.....	6
2.3	Psychologická složka péče .....	7
2.4	Sociální složka péče .....	8
2.5	Spirituální péče.....	9
2.6	Etické, právní a kulturní aspekty péče.....	9
2.7	Procesní standardy v hospicové paliativní péči.....	10
2.8	Personální standardy.....	12
2.8.1	Personální standardy pro lůžkový hospic .....	12
2.8.2	Personální standardy pro mobilní hospic.....	13
2.9	Materiálně technické vybavení .....	15
2.9.1	Specifika vybavení pro lůžkový hospic .....	15
2.9.2	Specifika vybavení pro mobilní hospic .....	16
3.	Použitá literatura.....	17

# 1. Základní východiska hospicové paliativní péče

## 1.1 Principy hospicové paliativní péče

Hospicová paliativní péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě rozumného lékařského posouzení kratší než šest měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče, to je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na léčení vlastního závažného onemocnění. Zásadní je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb nemocných a jejich rodin. Časový horizont 6 měsíců do očekávaného úmrtí tak zásadně odlišuje péči hospicovou od péče nemocnic, léčenben dlouhodobě nemocných nebo ošetrovatelských ústavů.<sup>1</sup>

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým<sup>2</sup>.

Paliativní péče

- Chápe umírání a smrt jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně
- Podporuje pacienta a jeho blízké, aby maximálně rozvinuli vlastní potenciál a využili vlastní kapacity při zvládnutí závažné nemoci a závěru života
- Vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority
- Chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života
- Je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty
- Nabízí všestrannou účinnou podporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka

## 1.2 Cílová skupina hospicové paliativní péče

Cílovou skupinu, na kterou je směřována hospicová paliativní péče tvoří: pacient, blízké osoby pacienta, pozůstalí a v rámci edukace též široká odborná i laická veřejnost.

Hospicová paliativní péče je poskytovaná pacientům v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob. Jde zejména o:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- AIDS
- polymorbidita geriatrických pacientů
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění

---

<sup>1</sup> Vize a cíle APHPP

<sup>2</sup> V §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“

### 1.3 Indikace hospicové paliativní péče

K hospicové paliativní péči je indikován pacient, který trpí pokročilým nevléčitelným onemocněním působícím mu tělesné či psychické obtíže a kauzální léčba (směřující k vyléčení nemoci) byla ukončena. Toto rozhodnutí je v kompetenci ošetřujících lékařů všech odborností.

Ošetřující lékař by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče.<sup>3</sup>

Indikace formy hospicové paliativní péče závisí na lokálních možnostech a existenci daných forem, stejně jako na individuálních potřebách pacienta a jeho blízkých.

### 1.4 Základní organizační formy hospicové paliativní péče

Hospicová paliativní péče je v ČR součástí systému zdravotní a sociální péče, nejčastěji se setkáme s těmito typy:

- **Mobilní hospic** poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře, sester, ošetřovatelů, případně dalších odborníků. Garantuje trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je komplexní podpora pacientovy rodiny a jeho blízkých, kteří se obvykle aktivně na péči podílejí. Předpokládá se, že 80% zemřelých bude v domácím prostředí.
- **Lůžkový hospic** je speciální lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným onemocněním a jeho blízkým, především v terminální fázi onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru, maximální soukromí pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.
- **Denní hospicový stacionář.** Formou denních návštěv pacienta ve stacionáři pomáhá řešit zdravotní problémy pacienta a současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta. V zahraničí je obvyklá úzká vazba těchto denních stacionářů na lůžkový hospic.

## 2. Hospicová péče

### 2.1 Plán péče

Plán péče vychází z celkového zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho blízkých osob. Zhodnocení zahrnuje dokumentaci stavu onemocnění včetně diagnózy a prognózy, doprovodných zdravotních a psychických poruch, fyzických a psychologických symptomů, funkčního stavu, sociálních, duchovních a kulturních aspektů a preferencí plánu péče včetně podmínek potřebných pro přijetí do péče zařízení hospicové paliativní péče.

- Plán péče je stanoven a realizován hospicovým týmem na základě individuálních potřeb pacienta a jeho blízkých. V souladu s principy paliativní péče zahrnuje nejen farmakologická a nefarmakologická opatření k tlumení příznaků nemoci, ale také komunikaci s pacientem a rodinou a stanovování a přehodnocování cílů péče.
- V rámci plánu péče jsou využívány léčebné, ošetřovatelské a jiné postupy přiměřené aktuálním potížím a potřebám pacienta a fázi onemocnění.

<sup>3</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 5 a § 31, o zdravotních službách

- O plánu péče je vedena dokumentace, v domácím prostředí je dokumentace dostupná i pacientovi a jeho pečujícím.

**Plán péče vychází z rozpoznaných a vyjádřených potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny.**

**Pacient je podporován, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel.**

Plán péče zohledňuje tři základní roviny:

1. Pojmenování oblastí, které pacient a jeho blízcí považují za determinanty kvality života. Tyto oblasti je třeba pravidelně přehodnocovat a aktualizovat cíle péče.
2. Stanovení pravidelných praktických léčebných a ošetrovatelských postupů pro každodenní péči.
3. Vytvoření plánu řešení krizových situací (např. zhoršení bolesti, akutní krvácení, dušnost, epileptický záchvat, akutní střešní obstrukce, akutní míšní komprese a další) včetně stanovení úkolů a zodpovědností za jejich řešení.

Pacient by se měl na tvorbě plánu péče v mezích možnosti podílet. Podle závažnosti poruch kognitivních funkcí a vnímání můžeme pacienty vyžadující paliativní péči rozdělit na dvě skupiny:

- **pacienti bez poruch vnímání a kognitivních funkcí, kteří si skutečnost život ohrožujícího onemocnění uvědomují**, a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zpracovávají, je důležitým tématem péče. Pacienti se podílejí na tvorbě léčebného plánu a formulují své preference; jejich přání a vůle jsou základním rámcem pro poskytování péče.
- **pacienti s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání**. U těchto pacientů je třeba pečlivě posoudit způsobilost k rozhodování (schopnost zhodnotit přínosy a rizika a schopnost vyjádřit souhlas) s jednotlivými léčebnými postupy i s celkovým plánem péče. V případě pacientovy nezpůsobilosti je třeba plán péče realizovat v pacientově nejlepším zájmu společně s opatrovníkem a v konsenzu s pacientovými blízkými (rodinou).

**Hospicová paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám**

- Součástí plánu péče je zjištění, zda má pacient a jeho rodina specifická přání ohledně místa poskytování péče.
- Při poskytování péče má obecně přednost poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí pacienta.
- Při poskytování péče je pravidelně přehodnocováno, zda je zajištění péče v daném prostředí technicky možné, bezpečné a v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny.
- Kontinuita péče při přechodech mezi různými zařízeními a poskytovateli je zajištěna přímou komunikací mezi poskytovateli a náležitě vedenou zdravotnickou dokumentací, v které jsou popsány základní parametry plánu péče.

**Multiprofesní tým stanoví plán hospicové paliativní péče, zodpovídá za jeho realizaci, koordinaci a změny dle vývoje zdravotního stavu pacienta.**

Členy hospicového týmu jsou lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník a duchovní, popř. pastorační asistent. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci hospicové paliativní péče může být dále psycholog/ psychoterapeut, fyzioterapeut, nutriční specialista a aktivizační pracovník.

- O činnostech hospicového týmu vedou všechny profese dokumentaci.

- V zařízení hospicové paliativní péče se předpokládá 24 hodinová dostupnost zdravotnických členů týmu (zdravotní sestry a lékaře).
- Dostupnost ostatních členů týmu je zajištěna dle individuálních potřeb pacienta.
- Setkávání týmu se koná zpravidla jednou týdně. Účastní se jej všichni členové týmu, kteří se věnují péči o klienty a pacienty na všech úrovních poskytovaných služeb. Rozsah poskytovaných informací o zdravotním stavu pacienta se řídí platnou legislativou.<sup>4</sup>
- Hospicový tým využívá možnosti konzultace odborníků různých profesí, tito mohou být přizváni i na setkání týmu.
- Hospicový tým zajišťuje kontinuitu a koordinaci péče ve spolupráci s jinými ošetřujícími lékaři (např. praktickým lékařem), zvláště při potřebě změny místa poskytování péče (propuštění pacienta domů z nemocnice, nutnost hospitalizace, řešení sociální péče, apod.)
- V rámci domácí hospicové paliativní péče tým spolupracuje s pečujícími osobami – laickými pečujícími.
- Nedílnou součástí práce týmu je dobrá komunikace s pacientem, jeho rodinou, ostatními pečujícími či jinými službami podílejícími se na péči.

### Role lékaře v hospicovém týmu

- Lékař zodpovídá za hodnocení zdravotního stavu a léčbu a koordinuje poskytování péče nemocnému ve všech aspektech péče podle aktuálního léčebného plánu.
- V kompetenci lékaře hospicového týmu je sdělování aktuálního stavu nemoci, jeho vývoje a prognózy nemocnému a jeho blízkým s ohledem na jejich potřeby a možnosti.

## 2.2 Péče o tělesný stav a potřeby

**Součástí hospicové paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě.**

- Vzájemné zastoupení kauzálních (ovlivňujících základní onemocnění) a symptomatických postupů je indikováno dle aktuálního klinického stavu, předpokládané prognózy a přání pacienta, vždy však s ohledem na jejich dopad na kvalitu života.
- Součástí paliativní péče je komplexní léčba symptomů (s využitím nefarmakologických, farmakologických i invazivních metod), nutriční péče (včetně enterální a parenterální výživy), hematologická péče (včetně např. transfúzní léčby a léčby tromboembolické nemoci), antimikrobiální léčba (včetně podávání antibiotik, antimykotik a virostatik) a dalších kauzálních léčebných postupů.

**Bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy<sup>5</sup> a moderního ošetřovatelství<sup>6</sup>**

- U pacientů v pokročilých stádiích onemocnění jsou nejčastějšími příznaky dyskomfortu bolest, dušnost, únava a slabost, nevolnost a zvracení, úzkost a deprese, zácpa a střevní obstrukce, nechutenství, kognitivní poruchy a deliria, lymfedém.

<sup>4</sup> Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 31, odst. 6

<sup>5</sup> Doporučené postupy pro paliativní léčbu nejčastějších symptomů jsou popsány např. v materiálu Světové zdravotnické organizace *Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Technical Report Series. No 804, Ženeva, 1990.* dále Skála, B., Sláma O. et al, *Paliativní péče o pacienta v terminální fázi nemoci. Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: SVL. 2005. Dále Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. *Paliativní medicína pro praxi.* Praha. Galén. 2007.

<sup>6</sup> Ošetřovatelské postupy v paliativní péči jsou popsány např. v *O'Connor, M., Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Praha: Grada. 2005. Dále *Markova, M. Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada. 2010.

- Tělesné symptomy jsou hodnoceny komplexně z hlediska jejich příčiny, intenzity a celkového vlivu na kvalitu života. Hodnocena je také souvislost tělesných symptomů s psychologickými, sociálními a spirituálními faktory prožívání a zvládnání nemoci.
- Cílem je bezpečná a včasná úleva od bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich zmírnění na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za pravidelné hodnocení a léčbu tělesných symptomů.
- Ošetřující lékař je zodpovědný za zajištění léků a pomůcek potřebných k mírnění tělesných a psychických obtíží. Pokud není ošetřující lékař z objektivních důvodů schopen potřebné léky zajistit, měl by pacienta odeslat k jinému poskytovateli zdravotních služeb, který potřebné léky, pomůcky nebo péči zajistí.

Druhy a množství pomůcek a přístrojů v zařízení specializované paliativní péče závisí na velikosti zařízení (počtu pacientů a jejich diagnózách) a funkčním stavu. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce. Materiálně technické vybavení zpracovává speciální kapitola těchto standardů.

### **Ošetřovatelské postupy jsou aplikovány s ohledem na potřeby, funkční zdatnost a přání pacienta a jeho rodiny v souladu s nejnovějšími poznatky moderního ošetřovatelství**

- Sestra v hospicové paliativní péči předvídá a eliminuje rizika vzniku komplikací zejména zajištěním vhodného a bezpečného prostředí, polohováním, přiměřenou hydratací, kontrolou fyziologických funkcí a naplňováním stanoveného plánu péče.
- Nejčastější ošetřovatelské intervence u pacientů v hospicové paliativní péči jsou: monitoring a léčba bolesti, dušnosti, nevolnosti, zvracení, zácpy, únavy, nespavosti a dalších tělesných obtíží dle ordinací a ve spolupráci s ošetřujícím lékařem; psychická, emocionální a sociální podpora nemocného a jeho blízkých.
- Sestra pracuje v rámci svých kompetencí ve spolupráci s ostatními členy týmu, nemocným a jeho rodinou.

## **2.3 Psychologická složka péče**

**Odborná psychologická péče usiluje o přiměřenou podporu pacienta a jeho blízkých v obtížné situaci pokročilého onemocnění. Psychologická podpora je nabídnuta i pozůstalým. Systematická psychologická péče a podpora je poskytována všem členům týmu.**

Psychický stav pacienta a jeho rodiny je pravidelně vyhodnocován a jsou včasné aplikovány nefarmakologické a farmakologické léčebné postupy v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy<sup>7</sup> a moderního ošetřovatelství.

Členem hospicového týmu může být kvalifikovaný psycholog, který usiluje o přiměřenou podporu pacienta i jeho blízkých a může být účinnou oporou pro paliativní tým.

Psychologická složka hospicové paliativní péče obsahuje:

- Hodnocení psychického stavu, psychických reakcí (úroveň porozumění situaci a příznakům, stres, míru adaptace na situaci a prostředí aj.), přítomnost a míra psychických symptomů a jevů (deprese, úzkost, kognitivní poruchy, suicidální tendence, delirantní stavy) jak u nemocného, tak u doprovázejících, dle potřeby v součinnosti s dalšími specialisty.

<sup>7</sup> Management nejčastějších psychiatrických symptomů je přehledně zpracován např. v *Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha. Galén. 2007.*



- Mapování hlavních potřeb nemocného a jeho blízkých a aktivní hledání prostoru pro jejich naplnění. Pomoc při vyrovnávání se s proměnlivou, zátěžovou situací.
- Věnování pozornosti komunikaci ve vztahu pacienta a rodiny i ve vztahu pacienta, rodiny a hospicového týmu.
- Vytváření prostoru pro bilancování a vyrovnávání se s aktualizovanými traumaty.
- Vedení dokumentace, ve které zaznamenává vývoj psychického stavu pacienta.
- Poskytování psychologické podpory a pomoci truchlícím, a pozůstalým.

**Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována rodinám pacientů v rozsahu, který vychází z jejich potřeb**

- Součástí péče o pacientovu rodinu je podpůrná komunikace s rodinou pacienta před pacientovou smrtí a bezprostředně po ní.
- Při projevech závažných psychických reakcí po úmrtí pacienta ošetřující lékař zprostředkuje náležitou pomoc (psycholog, speciální poradce).
- Péče o truchlící je považována za nedílnou součást služeb specializované paliativní péče.
- Péči pro truchlící a pozůstalé zajišťují: koordinátor péče o truchlící (psycholog, sociální pracovník, poradce pro pozůstalé), další členové týmu, eventuelně proškolení dobrovolníci.
- Péče pro truchlící a pozůstalé může zahrnovat: podporu před i po smrti blízkého, poradenství jednotlivci a rodině, naplánované dopisování, telefonní rozhovory, návštěvy, vzpomínkové ceremoniály a pohřby, duchovní a pastorační služby, práci s podpůrnými skupinami a odkazy na příslušné sociální organizace.

## 2.4 Sociální složka péče

Hospicová paliativní péče se orientuje na vážně nemocného člověka z hlediska jeho individuálních potřeb i z hlediska jeho vztahové sítě. Reflektuje psychosociální potřeby pacienta i jeho rodiny, klade důraz na zachování lidské důstojnosti.

**Sociální složka hospicové paliativní péče se zaměřuje na:**

- Vyhodnocení psychosociální situace pacienta (identifikování individuálních potřeb pacienta, identifikování potřeb pacienta z hlediska jeho vztahové sítě a rodiny, vyhodnocení ekonomického zajištění a potřeb) a jeho rodiny.
- Plánování péče za spolupráce hospicového multiprofesního týmu, účast na poradách. posilování, podporu a vytváření sociální sítě klienta, zajištění či zprostředkování komunikace.
- Case management.
- Edukaci, psychosociální podporu a podpůrnou péči o pacienta/pečující blízké, doprovázení blízkých osob.
- Vedení sociální dokumentace pacienta obsahující plán sociální složky i péče a jeho průběh, hodnocení a změny s ohledem na vývoj psychosociální situace pacienta a jeho rodiny.
- Sociální poradenství, administrativní spolupráci s úřady, správou finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních hospicové péče, případně zastupování pacienta.
- Zajištění respitní péče a koordinace této služby s cílem prevence vyčerpání rodinných pečujících.
- Krizovou intervenci a podporu při řešení konfliktů.
- Péči o pozůstalé, poradenství a asistenci při přípravě pohřbů, podporu truchlícím rodinám.
- Účast na výběru a školení dobrovolníků, supervizi.
- Koordinace péče v případě propuštění pacienta.

## 2.5 Spirituální péče

**U pacienta je provedeno zhodnocení jeho duchovních potřeb při zvládnání závažného onemocnění. Plán hospicové paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat.**

- Duchovní péče je nedílnou součástí hospicové paliativní péče.
- Členem hospicového týmu je kvalifikovaný pracovník v oblasti duchovní péče (duchovní, kaplan nebo pastorační pracovník).
- Hospicová paliativní péče respektuje pacientovu názorovou, hodnotovou a případně náboženskou orientaci a příslušnost. Pomoc a péče jsou nabízeny způsobem odpovídajícím individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám.
- V rámci péče jsou citlivě zjišťovány duchovní a existenciální názory (včetně názorů na život a smrt, nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život, odpuštění a otázek spojených s koncem života) s cílem identifikace duchovního a existenciálního zázemí, a s tím spojených rituálů a praktik pacienta a jeho rodiny.
- Na základě přání pacienta nebo jeho rodiny je zprostředkován kontakt s duchovními jejich vlastní víry či jejich náboženskými komunitami.
- Pokud to lze, je pacientům umožněno účastnit se bohoslužeb či jiných rituálů dle preference pacienta.
- Hospicový tým respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny v okamžiku úmrtí.
- Přiměřeným způsobem a na základě zájmu je poskytována duchovní péče také rodinným příslušníkům či blízkým pacienta a pozůstalým.

## 2.6 Etické, právní a kulturní aspekty péče

**Hospicová paliativní péče je poskytována v souladu s profesními etickými kodexy a národními a mezinárodními úmluvami o právech pacientů a zákonnými normami, které upravují péči o pacienta v závěru života.**

V případě eticky sporných či nejednoznačných situací využívají etického konzilia.

- **Potřeby pacienta a jeho rodiny jsou hodnoceny a řešeny kulturně citlivým způsobem.**

Plán hospicové paliativní péče je realizován tak, aby respektoval spektrum kulturních, sociálních, jazykových, stravovacích a rituálních praktik pacientů a jejich rodin.

**Pacientova přání a preference jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákonnými normami.**

- Při tvorbě plánu specializované paliativní péče je třeba zjistit pacientova přání a preference v řadě oblastí a zhodnotit preference pacienta v těchto oblastech:
  - **volba místa, kde bude péče probíhat** (domácí nebo jiné vlastní sociální prostředí, lůžkové zařízení akutní nebo dlouhodobé péče)
  - **volba lékaře** nebo poskytovatele zdravotních služeb
- cíle léčby a z toho plynoucí přiměřené diagnostické a léčebné postupy

**Eutanázie (usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost) ani asistovaná sebevražda nejsou přípustné.**

**Součástí tvorby plánu hospicové paliativní péče je diskuse mezi lékařem a pacientem o rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů.**

- Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě, se souhlasem pacienta.
- U každého diagnostického a léčebného postupu je zvažován přínos pro pacienta a riziko a dyskomfortu, které jsou s postupem spojené. Pacienta je třeba o přínosu a riziku náležitě informovat.
- Důležitou součástí plánu paliativní péče je zjištění pacientova postoje k zahájení léčebných postupů, které mohou prodloužit život v situaci, kdy pacient nebude schopen vyslovit své přání. Tato tzv. „dříve vyslovená přání“ je třeba dokumentovat v souladu s platným právním řádem<sup>8</sup>.
- Při poskytování paliativní péče jsou pacienti podporováni, aby svá přání a preference vyjádřili, a tato přání jsou respektována.

## 2.7 Procesní standardy v hospicové paliativní péči

**Hospicová paliativní péče je zahájena s pacientovým souhlasem, po náležitém poučení a společném zvážení možných rizik a přínosů.**

Počáteční spolupráce probíhá podle standardizovaného schématu, jehož klíčovými kroky jsou:

- Úvodní osobní či telefonický rozhovor zaměřený především na pochopení a objasnění situace pacienta a jeho blízkých osob, jejich potřeb a představ o péči
- Srozumitelné formulování možností a limitů nabízené péče – vysvětlení kritérií, podmínek, informování o platbách a dalších podmínkách péče
- Informování o dalších možnostech podpůrných služeb a pomoc při jejich koordinaci
- Obdržení písemné žádosti o přijetí, jejíž součástí je vyjádření ošetřujícího lékaře pacienta
- Navázání kontaktu zástupce hospicového týmu s ošetřujícím lékařem pacienta
- Rozhodnutí o zahájení poskytování péče
- Přijetí pacienta do péče (vedoucí lékař nebo pověřený zástupce zařízení)
- Uzavření smlouvy o poskytování hospicové paliativní péče
- Zpracování plánu péče, včetně plánu na řešení nečekaných krizových situací (např. zhoršení bolesti, akutní krvácení, zvracení, delirantní stav, epileptický záchvat, vyčerpanost pečující osoby atd.) zahrnujícího stanovení úkolů a zodpovědností jednotlivých osob za jejich řešení.

**Smlouva o poskytování hospicové paliativní péče podepsaná oběma stranami obsahuje:**

- Označení smluvních stran
- Popis toho, čeho chce pacient prostřednictvím péče dosáhnout
- Popis poskytované péče (průběh, podmínky, rozsah, případně délka trvání péče)
- Způsoby a podmínky pro ukončení služby (pacient může dohodu vypovědět kdykoli, zařízení jen za podmínek stanovených v dohodě)
- Postupy při nedodržování podmínek poskytované služby
- Způsob, jímž lze dohodu měnit

<sup>8</sup> Dříve vyslovené přání podle §36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

## **Dokumentace služby**

**Je vedena jednotná přehledná dokumentace o pacientovi, která odráží stanovený plán péče a poskytované léčebné a ošetrovatelské postupy a intervence, stejně jako intervence dalších členů týmu.**

Poskytovatel hospicové paliativní péče má systém řízené dokumentace zaznamenávající veškeré léčebné, ošetrovatelské a pečovatelské postupy, včetně poskytované podpory psychologické a sociální. Tato dokumentace je průběžně aktualizována. Obsah zdravotní i sociální dokumentace, přístup pacienta a dalších osob k dokumentaci a další aspekty zaznamenávání a uchovávání dokumentace se řídí platnými předpisy<sup>9</sup>.

### **Vnitřním předpisem je stanoven:**

- obsah dokumentace vedené o pacientovi,
- formální úprava dokumentace vedené lékařem, zdravotními sestrami, pečovatelkami, sociálním pracovníkem, psychologem, terapeutem a dalšími členy multiprofesního týmu včetně způsobu identifikace osoby a času
- frekvence zápisů všech profesních skupin, které o pacienta pečují
- způsob uložení a archivace a likvidace dokumentace
- přístup k dokumentaci

Specifikem zdravotní dokumentace je zachycení sociálních vazeb pacienta a záznamy o procesu vyrovnávání se s nemocí a blízkostí smrti. Součástí zdravotnické dokumentace je písemný informovaný souhlas pacienta s poskytovanou péčí.

Informace o pacientovi jsou mezi jednotlivými členy hospicového týmu předávány písemnou i ústní formou. Probíhají pravidelná setkání hospicového týmu, při kterých je všemi členy týmu hodnoceno naplňování plánu péče, jsou reflektovány poskytované intervence, přehodnocován a znovu stanovován plán péče. Z těchto setkání je pořizován zápis.

## **Komunikace**

Komunikace v paliativní péči je v kompetenci hospicového týmu. Jedná se o komunikaci členů týmu s pacientem, jeho rodinou a blízkými osobami, komunikaci mezi členy týmu a také komunikaci s okolními spolupracujícími subjekty.

Komunikace členů hospicového týmu je nezbytným terapeutickým nástrojem. Kompetentní a empatická komunikace vytváří atmosféru spolupráce, naděje a bezpečí pro pacienta a jeho blízké a snižuje jejich stres v období vážné nevyléčitelné nemoci či v době umírání.

V rámci komunikace hospicového týmu s pacientem a jeho rodinou by měli všichni jeho členové porozumět rodinnému systému konkrétního pacienta. V komunikaci akceptují rodinné názory a zvyky a podporují spolupráci v rodině. Užitečné je také zohlednit aktuální fázi prožívání nemoci pacienta i všech zúčastněných.

Sdělování aktuálního stavu nemoci, jeho vývoje a prognózy s ohledem na potřeby a možnosti nemocného je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Je důležité, aby byl lékař odborně i lidsky připraven na interpretaci medicínských výsledků i emoční podporu pacienta a jeho rodiny. Na základě

---

<sup>9</sup> Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, Zákon 372 o zdravotních službách, Vyhláška 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

komunikace s pacientem a jeho rodinou se léčebný plán vytváří s ohledem na autonomii pacienta, ale také na jeho potřebu zorientovat se v životní situaci. Součástí léčebného plánu je i plán poskytování dalších služeb a podpory ostatních členů hospicového týmu. Zápis o léčebném plánu je k dispozici v dokumentaci pacienta.

Lékař dbá i na vhodnou a empatickou komunikaci s rodinou pacienta, dle pacientových přání a preferencí. Rodina tak situaci snáze porozumí a dokáže být nemocnému oporou. Při tvorbě léčebného plánu je s výhodou využít společného setkání s pacientem a současně s členy rodiny, pokud s tím pacient souhlasí.

Při komunikaci s pacientem a jeho blízkými osobami berou všichni členové hospicového týmu ohled na kulturní tradice a odlišnosti týkající se způsobu sdělování informací.

## Ukončení péče

### Předčasné ukončení hospicové péče

- Ukončení hospicové paliativní péče probíhá na základě dohody pacienta, rodiny a hospicového týmu, přičemž je vždy respektováno přání nemocného a možnosti jeho rodiny. Pokud se toto neshoduje, snaží se hospicový tým najít řešení přijatelné pro obě strany.

### Ukončení péče úmrtím pacienta

- Zařízení má písemně stanovená závazná pravidla pro zacházení s tělem zemřelého, pozůstalostí a další péči o pozůstalé.
- **Péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého a kulturním a náboženským zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu s platnými zákony**
- **Po úmrtí pacienta je rodině pacienta poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení.**

## 2.8 Personální standardy

### 2.8.1 Personální standardy pro lůžkový hospic

Minimální požadavky na personální zabezpečení **lékaři v lůžkovém zařízení hospicové paliativní péče** (lůžkový hospic) vyjádřený formou počtu pracovních úvazků pro zařízení s **kapacitou 30 lůžek**:

**Lékaři** celkem 1,7 úvazků, z toho:

- vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti, nebo odborností stanovenou vyhláškou<sup>10</sup> s minimálním úvazkem 0,2
- lékař s odbornou způsobilostí 1,5
- další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24hodin denně 7 dnů v týdnu.
- V pracovních dnech mimo osmihodinovou pracovní dobu a dále v sobotu, v neděli a ve svátek je zajištěna nepřetržitá dostupnost lékaře, a to minimálně formou pohotovosti na telefonu, pokud je v případě potřeby zajištěna fyzická přítomnost lékaře na oddělení do 30 minut.

---

<sup>10</sup> 99/2012 Sb. VYHLÁŠKA ze dne 22. 3. 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kapitola 4

Minimální požadavky na personální zabezpečení **nelékařskými profesemi v lůžkovém zařízení hospicové paliativní péče** (lůžkový hospic) vyjádřené formou počtu pracovních úvazků pro zařízení s kapacitou 30 lůžek:

- všeobecná sestra (ZPBD) celkem 11,0 úvazků, z toho:
  - všeobecná sestra S2 – 9,0 úvazků
  - všeobecná sestra S3 – 2,0 úvazky
- sanitář nebo ošetřovatel (ZPOD – bez maturity) – 5 úvazků, pracovník v přímé obslužné péči (PSS dle 108/2006) 10,0 úvazků
- sociální pracovník 1,0 úvazků
- duchovní, kaplan nebo pastorační asistent (0,2 úvazku nebo jiná forma působení v minimálním rozsahu DPP)

**Doporučené profese:**

- psycholog/psychoterapeut
- nutriční terapeut
- aktivizační pracovník

### 2.8.2 Personální standardy pro mobilní hospic

**Personální zabezpečení týmu mobilního hospice působícího v jednom místě do 35 km od provozovny**

Minimální požadavky na personální zabezpečení **mobilní hospicové paliativní péči s aktuální kapacitou 15 a více pacientů**, zajišťující trvalou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí vyjádřené formou počtu pracovních úvazků:

- Lékař 1,2 úvazků, z toho vedoucí lékař nebo lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti nebo dle vyhlášky s minimálním úvazkem 0,2; další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24 hodin denně 7 dnů v týdnu.
- V pracovních dnech mimo osmihodinovou pracovní dobu a dále v sobotu, neděli a ve svátek je zajištěna nepřetržitá dostupnost lékaře formou pohotovosti na telefonu.

Minimální požadavky na personální zabezpečení **nelékařskými profesemi v mobilní hospicové paliativní péči s aktuální kapacitou 15 pacientů**, která zajišťuje trvalou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí vyjádřené formou počtu pracovních úvazků:

- všeobecná sestra, ZPBD, 5,0 úvazků
- sociální pracovník 1,0 úvazků
- duchovní, kaplan nebo pastorační asistent

**Doporučené profese:**

- pracovník v sociálních službách
- psycholog/psychoterapeut

**Minimální personální zabezpečení mobilní hospicové paliativní péče s okamžitou kapacitou menší než 15 pacientů** je zajištěno v souladu s požadavkem trvalé dostupnosti zdravotní sestry a lékaře při dodržování všech zákonných předpisů.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> 99/2012 Sb. VYHLÁŠKA ze dne 22. 3. 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

- Lékař, vlastní nebo smluvní, ambulantní specialista pro zajištění návštěvní služby.
- Lékaři pro zajištění nepřetržité pohotovosti na telefonu.

**Minimální personální zabezpečení nelékařskými profesemi v mobilní hospicové paliativní péči s okamžitou kapacitou menší než 15 pacientů**, která zajišťuje trvalou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí vyjádřené formou počtu pracovních úvazků.

Pro stanovení personální kapacity v mobilním hospici s okamžitou kapacitou menší než 15 pacientů se velikost úvazků vypočítává přímo úměrně počtu pacientů, **nejméně** však:

- všeobecná sestra, ZPBD, nejméně 1,5 úvazku. Sestry musí zajistit fyzickou dostupnost u pacienta 24 hodin.
- sociální pracovník min. 0,5 úvazků
- duchovní, kaplan nebo pastorační asistent

**Doporučené profese:**

- psycholog/psychoterapeut
- pracovník v sociálních službách

### **Péče o personál a profesionální rozvoj**

Členové hospicového týmu jsou vystaveni stresovým situacím a silné psychické i fyzické zátěži. Zátěž vychází ze samotné podstaty náročnosti onemocnění pacientů, se kterým se setkávají a zacházejí, z komplexnosti potřeb pacientů, ze vznikajících mezních situací, z náročné komunikace mezi všemi zúčastněnými a mimo jiné s vyrovnáváním se s faktem vlastní smrtelnosti. Je nutné, aby pracovníkům byla zajištěna odpovídající podpora a umožněn jejich další profesní rozvoj.

Pravidelná setkání týmu s pečlivou diskusí všech aspektů péče u jednotlivých pacientů jsou zcela zásadní podporou pro jednotlivé členy týmu. Standardní jsou také vzájemné intervize členů týmu.

Členové týmu mají k dispozici pravidelnou podporu ve formě případové a týmové supervize. Je jim vytvářen bezpečný, důvěrný prostor pro sdílení (nejen) negativních prožitků spojených s poskytováním péče a pro udržování týmové koheze.

**Všichni členové hospicového týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvářeny podmínky.**

### **Dobrovolníci**

Součástí hospicového týmu mohou být dobrovolníci. V případě, kdy je zřízeno akreditované dobrovolnické centrum dle zákona, je s dobrovolníky uzavřena písemná smlouva o dobrovolnické činnosti (stanoveny pracovní kompetence), dohoda o mlčenlivosti a prohlášení o bezpečnosti práce a činnost dobrovolníků je pak realizována v souladu se zákonem.<sup>12</sup> Požadavky na osobnostní předpoklady pro výkon práce dobrovolníka jsou stejné jako u pracovníků. Dobrovolník, který pracuje v přímém kontaktu s pacientem, musí být právně bezúhonný. Dobrovolníky školí, hodnotí, koordinuje jejich činnost a provádí nad nimi dohled řádně vyškolený a zkušený člen pracovního týmu – „koordinátor dobrovolníků“.

<sup>12</sup> Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě

## 2.9 Materiálně technické vybavení

Optimální věcné a technické vybavení odpovídá specifickým potřebám jednotlivých typů hospicové péče. Materiálně technické vybavení lůžkových hospiců a mobilních hospiců vyplývá ze zákona o minimálním povinném vybavení zdravotnických zařízení<sup>13</sup>. Poskytovatel hospicové paliativní péče musí naplňovat tyto další podmínky.

Smyslem je, aby prostředí umožňovalo pracovnímu týmu hospicovou paliativní péče:

- uskutečňovat první i další následující kontakty s pacienty, blízkými osobami a pozůstalými v dostupném a vlídném prostředí, přičemž je zajištěno soukromí;
- poskytovat péči a léčbu a další služby pro pacienty a jejich blízké osoby při zajištění bezpečí, soukromí, pohodlí a dalších požadavků;
- pružně reagovat na aktuální zdravotní stav pacienta s použitím vhodné zdravotnické techniky a vhodných postupů; vyřizovat administrativní práce, listinnou i elektronickou poštu
- vést telefonické konzultace
- uskutečňovat setkání týmu
- skladovat dokumentaci v souladu s legislativními normami
- skladovat léky a další zdravotnický materiál
- skladovat opiáty a další sledované léky v souladu s legislativními normami
- skladovat zdravotnické pomůcky a provádět jejich očištění a dezinfekci

Druh a množství pomůcek a přístrojů pro hospicovou paliativní péči jsou odvislé od počtu pacientů a jejich diagnózy. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce. Pracovníci oprávnění k používání zdravotnických přístrojů a zařízení jsou náležitě seznámeni se způsobem jejich obsluhy. Některé služby si zařízení zajišťuje smluvně - např. laboratoř, rtg, likvidace odpadu apod.

### 2.9.1 Specifika vybavení pro lůžkový hospic

**Přehled nezbytných pomůcek a přístrojů (pro 30 pacientů):**

- elektrické polohovací lůžko (dle počtu pacientů + 2 náhradní lůžka)
- antidekubitní a polohovací pomůcky
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (pro každé lůžko alespoň jeden z režimů)
- injekční dávkovače pro parenterální i enterální výživu (min. 2 ks)
- lineární dávkovač léků (min. 5 ks)
- odsávačky (min. 2 ks nebo režim centrálního odsávání)
- mobilní (min. 6 ks oxygenátor nebo centrální rozvod kyslíku)
- glukometr (1 ks)
- přenosné EKG (1 ks)
- základní vybavení pro neodkladnou resuscitaci
- koupelna s vanou a se zvedacím zařízením, případně mycí lůžko
- WC židle pojízdné a stabilní k lůžku (min. 10 ks), chodítka pojízdné nízké a vysoké (min. 1 ks), mechanické pojízdné křeslo (min. 5 ks)
- pojízdný vozík do sprchy (min. 3 ks)
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem
- signalizační zařízení (rozvod ke každému lůžku) a další drobné pomůcky

Vzhledem ke specifikům hospicové paliativní péče je dále doporučováno další vybavení.

<sup>13</sup> Předpis č.92/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče



### **Prostředí pracoviště:**

- je uzpůsobené k zajištění podmínek pro poskytování komplexní péče jak v oblasti zdravotní, tak i sociální, psychologické a duchovní (kaple)
- je vybaveno vhodným nábytkem a polohovacím lůžkem, je umožněn aktivní i pasivní antidekubitní režim
- umožňuje návštěvy pacienta 24 hodin denně
- umožňuje pobyt blízké osoby u pacienta, včetně možnosti přenocování pro 50 % kapacity lůžek
- většinu lůžkové kapacity tvoří jednolůžkové pokoje
- je v optimálním případě vybaveno samostatnou koupelnou a WC, min. 1 hygienickou bezbariérovou jednotkou (WC a koupelna s umyvadlem a sprchou) pro max. 4 nemocné
- umožňuje pacientovi užívat vlastních předmětů, mít své vlastní oblečení (pak je nutné zajistit dle domluvy pacientem a jeho blízkými kvalitní praní), bezpečně uložit finance a cennosti

### 2.9.2 Specifika vybavení pro mobilní hospic

#### **Přehled nezbytných pomůcek a přístrojů (na každých 5 pacientů v péči v okamžité kapacitě):**

- elektrické polohovací lůžko (1 ks)
- antidekubitní a polohovací pomůcky
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (3 ks, pro každé pacienta alespoň jeden z režimů)
- pumpa pro podávání parenterální i enterální výživy
- lineární dávkovač léků (1 ks)
- odsávačky (1 ks)
- oxygenátor (1 ks)
- prostředky pro celkovou koupel
- WC židle, chodítka, mechanické pojízdné vozíky
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem
- dopravní prostředek pro přepravu k pacientovi
- brašnu se zdravotnickými potřebami a ampuláři (1 sestra/1 brašna)
- telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou

### 3. Použitá literatura

- Návrh standardů kvality lůžkové a domácí hospicové péče byl zpracován pracovní skupinou v rámci Programu švýcarsko – české spolupráce, realizovaný Tři, o.p.s (2015)
- Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům - O organizaci paliativní péče
- National care standards – hospice care, National Care Standards Committee, 2002 IRL
- Koncepce paliativní péče v ČR
- Standardy hospicové paliativní péče APHPP – červen 2006
- Standardy paliativní péče 2013 – Česká společnost paliativní medicíny
- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- Listina základních práv a svobod (publikována pod č. 2/1993 Sb.)
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod (publikována pod č.209/1992 Sb.)
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách
- Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

**Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče**  
**Karlovo náměstí 317/5, Praha 2, PSČ 128 01**  
**IČO: 270 02 659**