



**PLÁNOVÁNÍ PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY**  
**MUDr. Regina Slámová**  
**Brněnská regionální paliativní konference**  
**19.11.2024**



# Osnova



DRUHY PLÁNŮ



PLÁNOVÁNÍ  
PÉČE BUDOUCÍ  
– ADVANCE  
CARE PLANING



PLÁNOVÁNÍ  
PÉČE BUDOUCÍ  
V DPS



DOKUMENTACE  
PLÁNOVÁNÍ  
PÉČE



SHRNUTÍ



# Plánování péče – druhy plánů



INDIVIDUÁLNÍ  
PLÁNOVÁNÍ  
SOCIÁLNÍ SLUŽBY



LÉČEBNÝ PLÁN –  
INDIVIDUÁLNÍ  
LÉČEBNÝ POSTUP



PLÁN PÉČE V ZÁVĚRU  
ŽIVOTA



PLÁNOVÁNÍ BUDOUCÍ  
PÉČE - ADVANCE CARE  
PLANNING



# Individuální plánování sociální služby

Individuálnímu plánování § 88, písm. f) zákona č. 108/2006 Sb., „**Zákon o sociálních službách**“):

„Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni **plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob**, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.“



# Individuální léčebný postup

## Zákon č. 372/2011 Sb. – zákon o zdravotních službách

**§ 5** léčebná péče, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace **individuálního léčebného postupu**, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,

**§ 31** Poskytovatel je povinen

**a)** zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém **individuálním léčebném postupu** a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“),

**§ 46** Poskytovatel je povinen zajistit

**b)** sestavení, koordinaci a realizaci individuálního léčebného postupu a komplexnost, návaznost a koordinovanost poskytovaných zdravotních služeb,



# Plán péče v závěru života

slouží k naplnění přání člověka v kontextu vývoje jeho zdravotního stavu

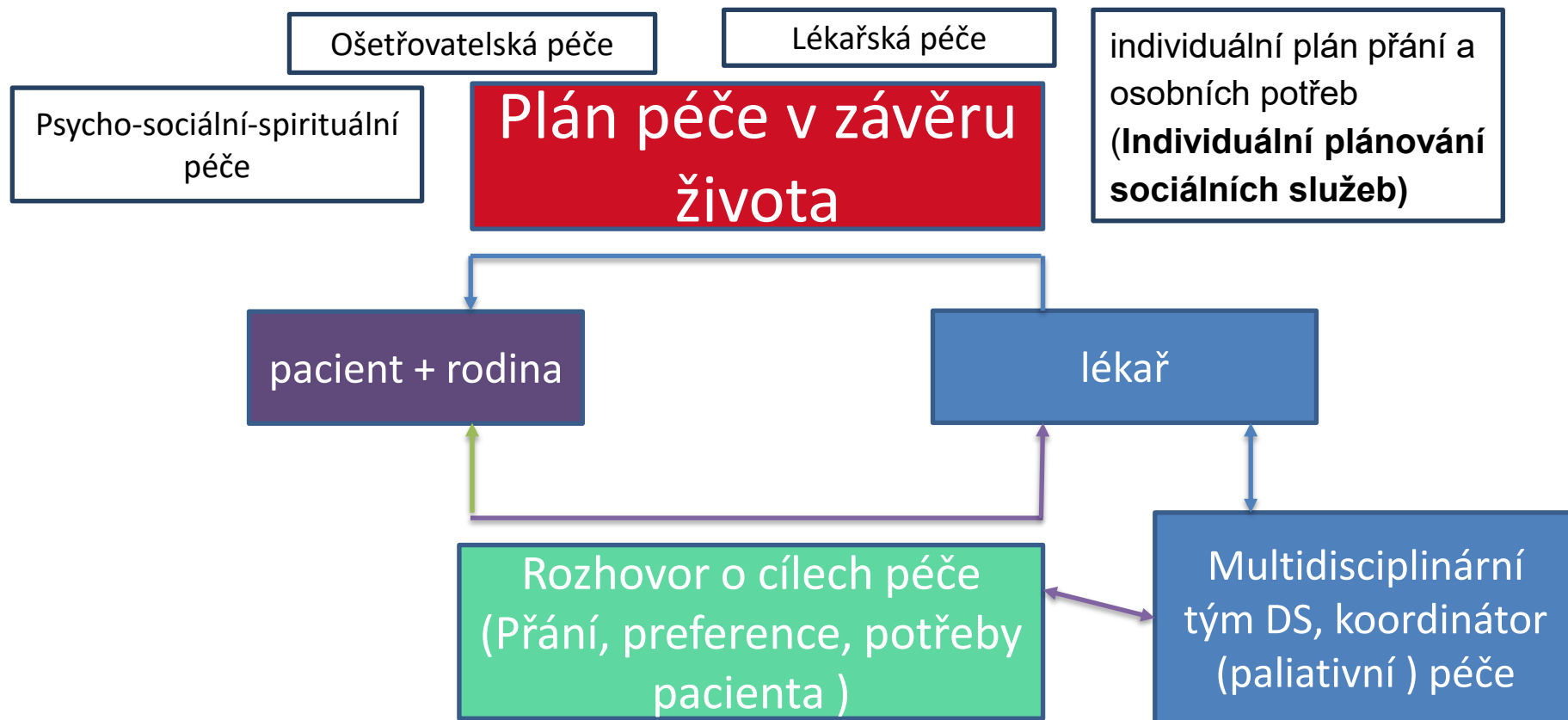
určené cíle a plán postupu, stejně jako s ošetřením rizik péče vyplývajících ze závěru života

momentem spuštění je **okamžik nenadálého akutního zhoršení zdravotního stavu či indikace terminální fáze onemocnění lékařem**

Jde o rozhovor lékaře s pacientem či osobou k zástupnému rozhodování o cílech péče, jehož závěrem je formulace plánu péče v závěru života (v dalším období, v době terminálního stavu).



# Plán péče v závěru života v DS



---

vychází z aktuálních léčebných možností a v jejich rámci z pacientových preferencí a přání

---

zohledňují také preference pacienta jak, kde a s kým si přeje být v závěru života

---

mají být zaznamenány v zdravotnické dokumentaci a mají být dostupné pacientovi

---

**plán péče** je pak souhrn léčebných a ošetrovatelských postupů a opatření, které vedou bezpečně a efektivně k dosažení cíle péče - jedná se o **přiměřenou léčbu**

## Cíle péče





# Přiměřená péče

**přispívá k dosažení cílů, které jsou pro pacienta relevantní** (= přeje si jich dosáhnout) a je spojená se zátěží a nepohodlím, které jsou pro pacienta přijatelné (je ochoten je podstoupit).

**Dostupné léčebné alternativy** pro danou situaci zvažuje jako léčebné možnosti, ze kterých je teprve potřeba vybrat tu, která je indikovaná ve vztahu k cílům léčby a pacient s ní s ohledem na přínosy a rizika souhlasí.

**Limitací léčby** rozumíme záměrné snížení intenzity aktuální anebo budoucí zdravotní péče.



# Plán péče v závěru života v DPS

---

popis cílů klienta a jeho rodiny pro péči a pro péči v závěru života

---

informaci o zástupném rozhodování

---

plán dalšího léčebného postupu – spolupráce všech lékařů

---

obsahuje domluvený rozsah zdravotní péče při předpokládaném průběhu nemoci a očekávatelných komplikacích – rozsah péče, přiměřená péče, limitace péče

---

plán řešení akutních komplikací, medikaci při potížích

---

plán péče v závěru života, při umírání

---

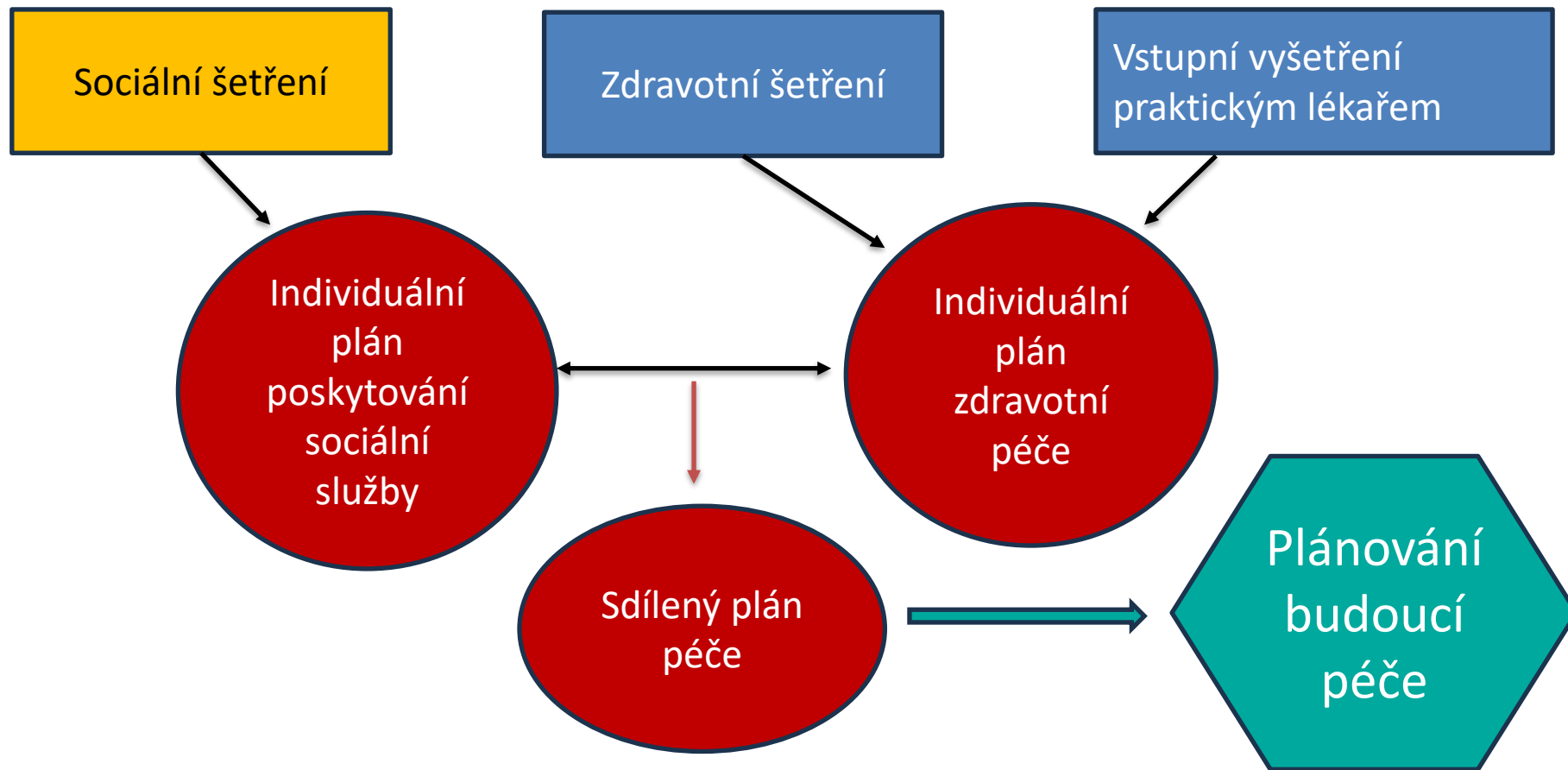
rozsah ošetřovatelských intervencí, monitorace příznaků a jejich vyhodnocení

---

popis péče v oblasti obslužné péče, sociálních, psychických a duchovních potřeb



# Interdisciplinární zajištění a plánování péče



# Plánování budoucí péče - advance care planning

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 – LÉKAŘ (plán péče v závěru života)**

**Co je pro Vás důležité při budoucí péči? Jakou péči si přejete? Jakou nepřejete? Kdo má rozhodovat o péči za Vás, pokud Vy nebudete schopni rozhodování?**



# Postup plánování budoucí péče v DS

vedení rozhovoru s člověkem anebo jeho blízkými ke zjištění přání a představ o budoucí zdravotní péči , kvalitě života

vtažení rodin do procesu rozhodování

začátek - nejpozději v době diagnostikování onemocnění, které může vést ke ztrátě schopnosti o sobě rozhodovat

**kontinuální proces** formulace jedincových priorit a komunikace o nich

rozhovor s lékařem



# Proces plánování budoucí péče v DS

**Průběžné rozhovory** – sbírání informací relevantních k péči v závěru života přirozeně v rámci každodenních rozhovorů všemi členy MDT

## **Shrnující rozhovory**

připravené a domluvené rozhovory na téma závěru života vedené s klientem a jeho blízkými  
co lze společně udělat pro klienta, aby byl zajištěn důstojný závěr života - přání a představy  
klienta a rodiny o budoucí péči

slouží jako podklad pro plán péče v závěru života (pro lékaře)

je prováděn zápis rozhovorů



# Přínosy plánování budoucí péče

- důležitý prostředek k vyjádření hodnot, preferencí, postojů osoby, tak i k posílení autonomie a zvýšení kvality života
- pomáhá k rozhodování o rozsahu péče a léčby v pokročilých a terminálních fázích chronických chorob
- vtažení rodin do procesu rozhodování
- pokud jsou známy preference klientů i rodin, mají se pracovníci v době, kdy je potřeba rozhodnutí o intervenci, o co opřít. Tím pociťují vyšší jistotu
- díky průběžné komunikaci dochází k navázání důvěryplného vztahu mezi personálem, členy rodiny a obyvateli domovů



# Výstup plánování budoucí péče

**Dříve vyslovená přání** (§ 36 Zákona o zdravotních službách)

**Jmenování osoby k zástupnému rozhodování** (§ 33 Zákona o zdravotních službách)

**Předběžné prohlášení** (§ 38 až § 44 NOZ)

## **Plán budoucí péče s cíli péče a rozsahem péče - LÉKAŘ**

S ohledem na skutečnost, že přibližně čtvrtina obyvatel pobytových sociálních služeb pro seniory každý rok umírá, má jako součást paliativního přístupu tento nástroj své místo i zde. Cílem snah by mělo být, aby se PPZZ stalo běžnou součástí poskytované péče v domovech pro seniory.





# Průvodce budoucí péčí



Pro efektivní plánování péče v závěru života je klíčové nejen umět správně vést rozhovor o cílech péče, ale také hodnoty a preference člověka správně dokumentovat, aby tyto informace byly dobře dostupné pro všechny, kdo je budou potřebovat.



**CENTRUM  
PALIATIVNÍ  
PÉČE**



# Proces plánování budoucí péče v DS

[https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/Proces\\_planovani\\_budouci\\_pe\\_\\_e\\_15.11.2021.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/Proces_planovani_budouci_pe__e_15.11.2021.pdf)



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



**Proces plánování budoucí péče v domově pro seniory**



# Závěr

1. **Není plán jako plán**
2. Plánování budoucí péče je proces
3. Multidisciplinární spolupráce –**koordinátor péče**
4. **Sdílená dokumentace a její dostupnost**
5. Komunikace s klientem a rodinou
6. Vzdělávání v plánování péče a paliativní péči, mentor „**nového procesu**“
7. **Spolupráce s lékařem**
8. **Spolupráce se specializovanou paliativní péčí**
9. Osvěta



## Talking About Healthcare Wishes

*Do's and Don'ts*

**DO** let your loved ones know what matters to you, and the decisions you would want them to make.

Here's what's important to me...



**DON'T** start the conversation at an inconvenient time.

Happy Birthday to you... Is now a bad time to talk about my medical wishes?



**DO** write down your healthcare wishes and who can advocate for you if you are unable.

Feels good to finally do this.



**DON'T** keep putting it off.

The best time to discuss this is... far in the future!

Wrong!



Visit [landmarkhealth.org](http://landmarkhealth.org) to learn more about advance directives and documenting your healthcare wishes.





**Děkuji za pozornost. MUDr. Regina Slámová**



[www.paliativnipecebrno.cz](http://www.paliativnipecebrno.cz)



[www.polza.cz](http://www.polza.cz)