



## TM 6

# Dobrovolnická činnost na onkologii, v hospicové a paliativní péči

## Tematický manuál k Metodice dobrovolnictví ve zdravotnictví

Srpen 2023

Autorský kolektiv:

MUDr. Ivana Štverka Kořínková,  
MUDr. Věra Chaloupková, Ing. Dagmar Hrubcová, PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D.,  
prof. Ing. Beáta Gavurová, Ph.D., MBA, Ing. Kateřina Cmuntová

## Obsah

ÚVOD	4
<b>1. PŘÍNOSY A SPECIFIKA PDZS NA ONKOLOGII, V HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČI</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Příklad PDZS v oblasti onkologie, hospicové a paliativní péče</b>	<b>5</b>
1.1.1 Přínosy pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, osoby blízké	5
1.1.2 Přínosy pro personál a PZS jako instituci	6
1.1.3 Přínosy pro dobrovolníky	6
1.1.4 Přínosy pro společnost	6
<b>1.2 Specifika PDZS na pracovištích onkologie, hospicové a paliativní péče</b>	<b>6</b>
1.2.1 Specifika pracovišť onkologie, hospicové a paliativní péče	7
1.2.2 Nároky na koordinaci PDZS na pracovištích onkologie, hospicové a paliativní péče	8
1.2.3 Psychologické a etické aspekty při realizaci PDZS	8
<b>2. PODMÍNKY REALIZACE PDZS NA PRACOVIŠTÍCH ONKOLOGIE, HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Proces přípravy a realizace PDZS</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Typy dobrovolnických činností na onkologii, v hospici a v paliativní péči</b>	<b>12</b>
2.2.1 Výběr vhodných typů dobrovolnických činností	13
2.2.2 Písemná dokumentace k vybraným typům dobrovolnických činností	14
<b>2.3 Evidence, hodnocení efektu a plánování PDZS</b>	<b>15</b>
<b>3. VÝBĚR A ŠKOLENÍ DOBROVOLNÍKŮ PRO ONKOLOGII A HOSPIC</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Výběr dobrovolníků pro činnost na onkologii, v hospici a v paliativní péči</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Systém vzdělávání dobrovolníků pro působení na onkologii, v hospici a v paliativní péči</b>	<b>18</b>
3.2.1 Systém školení dobrovolníků pro onkologická pracoviště	18
3.2.2 Systém školení dobrovolníků pro působení na pracovištích hospicové a paliativní péče	21
<b>4. PODPORA DOBROVOLNÍKŮ NA ONKOLOGII, V HOSPICI A V PALIATIVNÍ PÉČI</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Podpora dobrovolníků ze strany KDZS</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Supervize a intervize dobrovolníků</b>	<b>24</b>
<b>5. ZÁSADY KOMUNIKACE A INTERAKCE S PACIENTY NA ONKOLOGII A V HOSPICI</b>	<b>26</b>
<b>5.1 Zásady komunikace s onkologickým pacientem</b>	<b>26</b>
5.1.1 Komunikace s dospělým onkologickým pacientem	26
5.1.2 Komunikace s dětským onkologickým pacientem	27
<b>5.2 Komunikace s pacientem v hospicové péči</b>	<b>27</b>
<b>6. SOUVISEJÍCÍ LEGISLATIVA</b>	<b>29</b>
<b>7. POUŽITÁ LITERATURA</b>	<b>30</b>
<b>8. SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ</b>	<b>31</b>
<b>9. PŘÍLOHA</b>	<b>32</b>

## Přehled používaných zkratek

ADM	Administrativa PDZS
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
EDO	Externí dobrovolnická organizace
KDZS	Koordinátor dobrovolníků ve zdravotních službách
KOC	Komplexní onkologické centrum pro dospělé pacienty
KTPP	Konsiliární tým paliativní péče
K+B PDZS	Kvalita a bezpečí programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
K+B ZS	Kvalita a bezpečí zdravotních služeb
KTPP	Konsiliární tým paliativní péče
PDZS	Program dobrovolnictví ve zdravotních službách
PR	Public Relations (vztahy s veřejností)
PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
TM	Tematický manuál
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZTM	Základní text metodiky

TM1	Organizace a modely řízení programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM2	Fáze realizace programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM3	Výběr, školení a podpora dobrovolníků v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM4	Dobrovolnická činnost pro dětské pacienty
TM5	Dobrovolnická činnost pro dospělé pacienty
TM6	Dobrovolnická činnost na onkologii, v hospicové a paliativní péči
TM7	Dobrovolnická činnost v oblasti péče o duševní zdraví
TM8	Zooterapie v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM9	Firemní dobrovolnictví v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM10	Zapojení dobrovolníků ve zdravotnictví v mimořádných situacích
TM11	Dobrovolnická činnost v podpoře zdraví
TM12	Průvodce kvalitou a bezpečím programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM13	Evaluace a efektivita programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM14	Komunikační strategie v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách
TM15	Integrovaná koordinace podpůrných programů a aktivit ve zdravotnictví

## Úvod

### **Dobrovolnická činnost v oblasti onkologické, hospicové a paliativní péče patří k těm nejnáročnějším.**

Pokud je program dobrovolnictví ve zdravotních službách (PDZS) kvalitně připravený a bezpečně realizovaný, tak mohou dobrovolníci i v takto specializované oblasti doplňovat odbornou péči a poskytovat pacientům významnou podporu. **Do hospicové péče směřují dobrovolníci, kteří citlivě vnímají hodnoty související s kvalitou života v jeho závěru.** Být dobrovolníkem v této oblasti je v zahraničí velmi ceněno a považováno za prestiž [24] [25].

Účelem **paliativní péče** je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí <sup>1</sup> [28]. Paliativní péče je zaměřena na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin, osob blízkých v situaci život ohrožující nemoci. Cílem je komplexní léčba, tlášení bolesti a řešení dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit [17].

**Hospicová péče** v lůžkovém zařízení nebo v domácím prostředí pacienta (mobilní hospic) zahrnuje specializovanou paliativní péči poskytovanou především pacientům v závěrečné fázi nevyлéčitelného onemocnění. Kromě paliativní péče poskytují hospice také péči respitní<sup>2</sup>, odlehčující služby, poradenství a rozvíjejí edukační činnost [7].

Dobrovolnické aktivity v oblasti onkologické, hospicové a paliativní péče mohou být realizovány ve čtyřech programových liniích PDZS (bližší popis viz kap. 2.3. Základního textu metodiky, dále jen ZTM):

- **PDZS v programové linii „A“** je definován jako pomoc dobrovolníků poskytovaná pacientům k podpoře psychické kondice a jako prevence sociální izolace v důsledku nemoci a hospitalizace.
- **PDZS v programové linii „B“** je definován jako pomoc dobrovolníků při realizaci akcí zaměřených na podporu zdraví, při osvětových a informačních kampaních organizovaných PZS a zaměřených na prevenci nemocí a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.
- **PDZS v programové linii „C“** je definován jako pomoc dobrovolníků poskytovatelům zdravotních služeb při řešení následků mimořádných situací a přírodních katastrof.
- **PDZS v programové linii „D“** se týká zapojení pomoci dobrovolníků v administrativně organizační a technické oblasti a při organizaci provozu při poskytování zdravotních služeb v oblastech, které nejsou zahrnuty v liniích „A“, „B“ a „C“.

Tento tematický manuál se věnuje především problematice zapojení dobrovolníků do činností PDZS v programové linii „A“. Realizace PDZS v oblasti onkologické, hospicové a paliativní péče v programové linii „C“ je zmíněna v TM10, linie „B“ pro tuto oblast je rozpracována v TM11.

TM6 je primárně určen:

- **Koordinátorům dobrovolníků ve zdravotních službách (KDZS).**
- **Kontaktním osobám** na onkologických pracovištích, odděleních poskytujících paliativní péči a v hospicích.

Z TM6 mohou čerpat informace:

- **Další členové realizačního týmu PDZS**, zejména garant PDZS a manažer kvality.
- **Koordinátoři dobrovolníků v EDO**, zejména z kapitol, které informují o nastavení parametrů spolupráce mezi PZS a EDO.

<sup>1</sup> Druhy zdravotní péče definuje § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>2</sup> **Respitní péče** je odlehčující službou pro osoby, které v domácím prostředí z různých důvodů trvale pečují o své blízké. Jedná se o dočasné umístění pacienta nebo postiženého do pobytového zařízení nebo stacionáře.

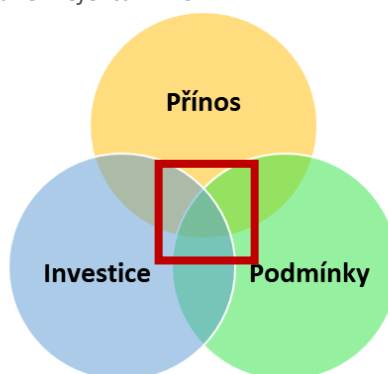
## 1. Přínosy a specifika PDZS na onkologii, v hospicové a paliativní péči

Pro dobrý výsledný efekt dobrovolnických aktivit realizovaných pro pacienty v této oblasti zdravotní péče je důležitá počáteční rozvaha a rozhodnutí o efektivitě realizace PDZS, kterému by mělo předcházet zodpovězení následujících otázek:

1. Jaký **přínos a efekt bude mít konkrétní typ dobrovolnické činnosti** pro danou skupinu pacientů a pro personál, který o pacienty pečuje? Které potřeby pacientů může pomoci naplnit?
2. Jaké **podmínky musí být při realizaci PDZS dodrženy** především z hlediska K+B ZS?
3. S jakými **investicemi do zmapování limitů a rizik, do přípravy a realizace PDZS** je třeba počítat?

Vzhledem k náročnosti cílové skupiny je třeba v PDZS dobře připravit a ošetřit hlavně psychologická rizika. **Na oddělení/pracovišti s onkologickými pacienty, v hospici nebo při poskytované paliativní péči je pro přípravu konkrétní dobrovolnické činnosti důležitý reálný průnik všech tří faktorů**, to znamená, že podmínky jsou realizovatelné a investice do přípravy bude mít konkrétní efekt a přínos (viz obrázek 1).

Obrázek 1: Faktory rozhodování o výsledném efektu PDZS



### 1.1 Přínos PDZS v oblasti onkologie, hospicové a paliativní péče

Správně nastavený a dobře řízený PDZS přináší i v této oblasti benefity pro všechny zúčastněné strany.

#### 1.1.1 Přínosy pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, osoby blízké

Pro celou skupinu těchto pacientů nelze definovat jednotný přínos dobrovolnické činnosti. Obecně lze konstatovat, že hlavní přínosy dobrovolnických aktivit se mohou projevat v následujících oblastech:

- Individuální pozornost ze strany dobrovolníka a podpora pacienta vede ke **zlepšení jeho nálady a k psychickému uklidnění**.
- Pacient, který je **v dobré psychické kondici, lépe zvládá** nutné vyšetřovací a léčebné úkony, lépe snáší bolest a lépe se adaptuje v náročných situacích i v nemocničním prostředí. Také lépe komunikuje a spolupracuje s personálem, lépe snáší vedlejší účinky léčby i dlouhodobou hospitalizaci (tzv. zvyšuje well-being pacienta) [12]. V některých případech může podpora a interakce s dobrovolníkem přispět i k prodloužení života vážně nemocných pacientů [1].
- Vyplněním volného času hospitalizovaných pacientů **je podporována sociální interakce a je udržován jejich zájem o sociální kontakt**.
- **Skupinové dobrovolnické aktivity** mohou pomoci **překlenout fázi uzavření se a deprese** při vyrovnávání se s nemocí. Rozhodnutí pacienta zapojit se do nabízené činnosti už samo o sobě aktivizuje, motivuje, podporuje naději, sebevědomí a sebeúctu pacienta.
- Dobrovolník může **pacientovi přispět i praktickou pomocí**.
- Dobrovolník může **být s pacientem** a poskytnout mu potřebný čas a prostor pro uspořádání myšlenek, pro vyslovení nebo naplnění přání nebo **pro sdílení hlubší osobní zkušenosti související se změnou pohledu na životní hodnoty**.

- **Možnost lidské komunikace s dobrovolníkem** je důležitá především pro pacienty, u kterých je obtížná interakce a emocionální komunikace s rodinou a blízkými, často oboustranně. Dobrovolník je pak zároveň pomocí a odlehčením i pro rodinu a osoby pacientovi blízké a **zvyšuje se jejich spokojenost s poskytovanými službami** [12].
- Dobrovolnické aktivity pro dětské onkologické pacienty znamenají pro jejich rodiny především **psychickou podporu a pocit, že „na to nejsou sami“**.

### 1.1.2 Přínosy pro personál a PZS jako instituci

- Dobrovolník **podporuje důvěru pacienta v ošetřující personál**, což může **zlepšit komunikaci mezi nimi**.
- Dobrovolnická činnost může **podpořit a zlepšit efekt odborné péče** tím, že naplňuje ty potřeby pacientů, které poskytovatel zdravotních služeb nabídnout nemůže nebo nenabízí.
- Dobrovolnictví může přinést PZS **zlepšení celkové atmosféry i nový úhel pohledu na stereotypy v poskytované péči**.
- Dobrovolníci jsou přirozeným PR (public relations) pro daného PZS a přinášejí **prestiž „organizace otevřené lidem“**.

### 1.1.3 Přínosy pro dobrovolníky

- Kontakt a zkušenost s onkologicky nemocným nebo umírajícím člověkem je pro dobrovolníky **impulsem k uvědomění a ke změně životních hodnot**, který přispívá jak k **osobnímu rozvoji** [25], tak k **odtabuizování** tématu nevyléčitelné nemoci, umírání a smrti.
- **Přínosem je emocionální obohacení**, pocit užitečnosti, smysluplné využití času, u dobrovolníků s vlastní zkušeností s nemocí pak často pocit **vracení „dluhu“**.
- **Benefitem pro osobní život dobrovolníků je zkušenost se sebereflexí, trénink odolnosti a flexibility**, což může posilovat jejich schopnost vyrovnat se stresem, zotavit se z vlastních zdravotních problémů a podpořit tak prevenci vyhoření v osobním i pracovním životě [23] [6].
- Přínosem jsou také kontakty, nové vztahy, nové dovednosti a sebezkušenostní **příprava na profesionální dráhu i na život**.

### 1.1.4 Přínosy pro společnost

- **Dobrovolnická činnost na uvedených pracovištích má sílu postupně měnit pohled veřejnosti na onkologické diagnózy i na onkologická pracoviště nebo hospice**.
- PDZS pomáhá v **odtabuizování témat souvisejících s umíráním a se smrtí**, činí je přístupnější pro veřejnost.
- **Zvyšující se počet dobrovolníků působících v uvedených oblastech péče přispívá k lepší informovanosti** o problematice nádorových onemocnění a tím i k možnosti **efektivnější prevence**.

Pozitivní zkušenost všech zúčastněných stran s PDZS se vzájemně posiluje a motivuje k udržení dobrovolnické činnosti i k hledání cest pro další zdokonalení a rozvoj. Otevírá se také cesta ke zviditelnění PDZS jakožto prvku, který může mít vliv na zvýšení kvality poskytované péče.

## 1.2 Specifika PDZS na pracovištích onkologie, hospicové a paliativní péče

**Společným jmenovatelem péče o pacienty na onkologických pracovištích, v hospicové a paliativní péči je jejich závažná diagnóza, zdravotní stav a prognóza, která zřetelně ovlivňuje jejich život a limituje jeho délku.**

Dobrovolnické činnosti realizované pro tyto pacienty mají svá specifika, kterými se odlišují od dobrovolnických aktivit pro pacienty na standardních nebo jiných specializovaných odděleních/pracovištích (viz TM4, TM5, TM7). Znalost těchto specifických faktorů je důležitá pro KDZS, který nastavuje pravidla a zasvěcuje do nich dobrovolníky. Týkají se:

- Charakteristiky onkologických oddělení/pracovišť poskytujících hospicovou a paliativní péči, odlišností jejich provozu a také přístupu ze strany zdravotnického personálu.
- Nároků na celkovou koordinaci PDZS.
- Psychologických faktorů souvisejících s typem a prognózou onemocnění u dospělých i dětských pacientů.

### 1.2.1 Specifika pracovišť onkologie, hospicové a paliativní péče

Péče o pacienty v níže uvedených typech zařízení se prolíná, v optimálním případě na sebe plynule navazuje. U dospělých hospicových pacientů se vyskytují nejčastěji onkologická onemocnění. Paliativní péče má uplatnění ve všech oborech, a to jak v dospělé, tak i v dětské medicíně.

Charakteristika oddělení/pracovišť, která se starají o pacienty této cílové skupiny:

- **Onkologická oddělení/pracoviště** patří mezi specializovaná pracoviště u velkých PZS a zahrnují jak lůžková oddělení, tak denní stacionáře a odborné ambulance. V ČR poskytují péči na nejvyšší úrovni:
  - Komplexní onkologická centra pro dospělé pacienty (KOC)
  - Hematoonkologická centra
  - Dětská onkologická centra
- **Hospice** [7] jsou většinou nestátní neziskové organizace registrované jako poskytovatelé zdravotní a sociální péče, kterou realizují buď ve formě lůžkového hospice a/nebo mobilního (domácího) hospice, tzn. pro pacienty, kteří zůstávají ve vlastním sociálním prostředí [28].
- **Paliativní péče** <sup>3</sup> [28] je součástí moderní medicíny [17] a rozvíjí se jak v oblasti specializované paliativní péče poskytované lůžkovými a/nebo mobilními hospici, tak v nemocnicích akutní i následné péče [16], kde může být poskytována v těchto formách:
  - Na lůžkových paliativních jednotkách nebo lůžkách hospicového typu (takzvané „rodinné pokoje“).
  - V paliativních ambulancích.
  - Prostřednictvím multiprofesního konsiliárního týmu paliativní péče (KTPP), který působí napříč různými obory a typy oddělení/pracovišť v nemocnicích.

PDZS může být realizován pro pacienty, kterým je poskytována paliativní péče v různých typech organizací, na různých typech oddělení/pracovišť a v různých oborech zdravotní péče.

Rozdělení pracovišť podle formy poskytované péče je uvedeno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách <sup>4</sup> [28]. Tato typologie je používána všemi PZS bez ohledu na zřizovatele, velikost nebo specifické zaměření poskytované péče. Byla proto využita pro identifikaci zdravotnických oddělení/pracovišť a pro doporučenou jednotnou evidenci dat o realizaci PDZS v interní databázi PDZS (viz TM13, kap. 2.1.), kterou vede KDZS a čerpá z ní podklady pro roční report dat do celostátní databáze ÚZIS (viz kap. 6.2. ZTM a TM13, kap. 1.3.).

Tabulka 1: Typy pracovišť dle formy poskytované péče a lékařských oborů

Zdroj: Vlastní zpracování

Typy pracovišť Obory	Akutní lůžková péče intenzivní (ARO, KARIM, JIP)	Akutní lůžková péče standardní (vč. včasné rhb)	Následná a dlouhodobá lůžková péče (vč. následné rhb, intenzivní péče NIP, DIOP)	Specializovaná ambulantní a stacionární péče
Interní obory*				
Chirurgické obory **				
Interní a chirurgické obory pro dospělé ***				
Specializovaná péče o děti****				
Ostatní *****				

\*Např. interna, neurologie, plicní, hematoonkologie, kožní, infekční.

\*\* Např. chirurgie, kardiochirurgie, ortopedie, ORL, oční.

\*\*\* Interní a chirurgické obory bez rozlišení platí pouze pro pracoviště následné a dlouhodobé péče, např. paliativní lůžka na oddělení následné péče.

<sup>3</sup> Paliativní péče je definována v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, v část druhé, hlava I, paragraf 5 odstavec 2 písm h) jako péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevy léčitelnou nemocí.

<sup>4</sup> § 6 až 9 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

\*\*\*\* *Pediatrická pracoviště poskytující péči o děti ve specializovaných oborech (např. dětská onkologie a hematologie, dětská neurologie).*

\*\*\*\*\* *Jedná se o výše nezařazené klinické obory, pracoviště komplementu.*

## 1.2.2 Nároky na koordinaci PDZS na pracovištích onkologie, hospicové a paliativní péče

Koordinace PDZS na onkologii a v oblasti hospicové a paliativní péče klade vyšší nároky zejména:

- **Na metodické vedení a bezpečnou realizaci na PDZS** související:
  - s nastavením pravidel pro K+B PDZS, především zmapováním a ošetřením rizik,
  - s nastavením kritérií a výběrem vhodného typu pacientů, za jakých podmínek může být zapojení do dobrovolnické činnosti pro ně vhodné a přínosné,
  - s určením vhodných dobrovolnických činností, kdy nezastupitelnou roli v rozhodování, co bude přínosné, realizovatelné a bezpečné hraje zdravotnický personál daných oddělení/pracovišť (viz dále kap. 2.1. B),
  - s potřebou zachovat prostor pro podporující lidský vztah s pacientem při souběžném sledování i méně viditelných psychologických rizik jak u pacientů, tak i u dobrovolníků.
- **Na výběr, přípravu a systematickou práci s dobrovolníky**, což znamená:
  - stanovení kritérií pro výběr vhodných dobrovolníků pro PDZS v této oblasti, kdy by nemělo být přijatelné přijmout do PDZS dobrovolníka s rizikovou motivací (viz TM3),
  - realizaci kvalitního výběru dobrovolníků,
  - důkladné proškolení dobrovolníků ve všech potřebných parametrech (viz dále kap. 2.1. bod E) a kap. 3),
  - zajištění dostatečné podpory i kontroly výkonu dobrovolnické činnosti.
- **Na kapacitu a profesionalitu KDZS** při intenzivnější práci s dobrovolníky, přičemž je žádoucí také zajištění vzdělávání a supervizní podpora pro KDZS.
- **Na vyšší finanční náklady související se zajištěním všech výše uvedených podmínek** (nadstavbová školení, častější supervize, podpora koordinátora atd.).

Předpokladem bezpečného zapojení dobrovolníků do PDZS na uvedených odděleních/pracovištích je důkladná příprava. To se týká zejména první rozjezdové fáze programu (viz kap. 3.3. ZTM a TM2), a také všech variant řízení PDZS (viz kap. 3.2. ZTM a TM1).

Příprava a potřebné zajištění K+B PDZS v procesech popsaných dále v kap. 2.1. předpokládá jak dostatečnou personální kapacitu KDZS, tak i určitou míru zapojení personálu, který hraje významnou roli v rozhodování kdy a za jakých podmínek je vhodné začlenění dobrovolnických aktivit na daném oddělení/pracovišti.

Specifickou situací je zapojení dobrovolníků do podpory pacientů, kteří jsou v péči konziliárního týmu paliativní péče (KTPP). Pokud jsou pacienti hospitalizováni na různých pracovištích, která do PDZS nejsou běžně zapojena, je potřebné dojednat podmínky nejen s KTPP, ale nastavit i systém spolupráce s personálem na daných pracovištích, která doposud nemají s dobrovolníky předchozí zkušenost.

## 1.2.3 Psychologické a etické aspekty při realizaci PDZS

Specifika PDZS u této skupiny pacientů spočívají především v tom, že dobrovolník vstupuje do oblasti, která je často provázena četnými „tabu“. S tím mohou souviset případné obavy a rizika, která se dotýkají všech zúčastněných stran. Je potřeba s nimi v přípravě PDZS počítat a mluvit o nich.

Před vstupem na onkologii nebo do hospice je vhodné, aby dobrovolníci byli připraveni a počítali s následujícími faktory:

- Budou se setkávat s pacienty, u kterých **je téma umírání a smrti stále na pozadí**, i když nemusí být zcela zřetelné.
- **Komunikace s pacientem může být náročná** jak z hlediska obsahu, tak i ve způsobu vedení rozhovoru (viz dále kap. 5.1.).
- Úmrtí pacienta, se kterým byl dobrovolník v kontaktu, může přinášet **„emocionální ztráty“**.

Onkologického nebo hospicového pacienta se kontakt s dobrovolníkem může dotýkat v těchto oblastech:

- Je zde možnost, že se při rozhovoru **otevře citlivé nebo nepříjemné téma**, které pacient nemá dostatečně zpracované.



- **Mohou se objevit obavy, že dobrovolník uvidí do soukromí a zasáhne do citlivých oblastí** (rodinné vztahy, majetkové poměry...). Obavy mohou vznikat jak u **pacienta, tak i jeho rodiny či osob blízkých**.
- Zejména u osamělých pacientů může vzniknout **závislý vztah na dobrovolníky**.
- **Pacient může mít obavy (i stud), jak bude dobrovolník reagovat** na jeho omezení vyplývající ze zdravotního stavu nebo z léčebných a ošetrovatelských úkonů, které se v interakci s dobrovolníkem projeví.

Při realizaci dobrovolnických aktivit, při kterých je dobrovolník v přímém kontaktu s pacienty, je potřebné dodržovat legislativní normy související jak s právy občanů obecně <sup>5</sup> [29] [13] [20] [21] [26], tak s právy pacientů [18] [19] [4] [9] a respektovat související etické principy. K právům osob se zdravotním postižením se vztahuje mezinárodně platný dokument OSN [22] ratifikovaný Českou republikou.

**Mezi práva pacienta garantovaná zákonem <sup>6</sup> [28] patří:**

- Právo na úctu a důstojné zacházení.
- Právo na autonomii rozhodování.
- Právo na náležitou odbornou úroveň.
- Právo na ochranu soukromí.
- Právo na přítomnost osoby blízké.
- Právo přijímat návštěvy u PZS.
- Právo odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka.

Specifika pacientů v hospicové a paliativní péči řeší také dokument Charta práv umírajících [3], jehož český překlad je uveden v Příloze tohoto TM6. Specifikům těžce nemocných dětských pacientů se věnuje Charta práv dětí, jejichž život je v důsledku jejich nemoci nebo stavu zkrácen či ohrožen [8]. Některá další specifická práva jsou formulována v etických kodexech vztahujících se k právům onkologických pacientů, seniorů [5] i pacientů s některými diagnózami [10]. Pacienti se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy mají právo dorozumívat se způsobem pro ně srozumitelným, nevidomí pacienti mají právo na doprovod a přítomnost vodícího/asistenčního psa a pacienti nehovořící česky na přítomnost tlumočnicka, s výjimkou slovenštiny.

V praktické realizaci PDZS to konkrétně znamená:

1. **Pacient by měl být dostatečně a srozumitelně informován o PDZS a o možnosti účastnit se aktivit realizovaných dobrovolníky.** To předpokládá dostatečné a srozumitelné vysvětlení smyslu a účelu dobrovolnických aktivit ze strany personálu a zajištění dostupnosti informačních materiálů pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, zákonné zástupce a osoby blízké.
2. **Pacient má právo volby účastnit se nebo odmítnout účast na aktivitách realizovaných dobrovolníky.** U dospělého pacienta postačuje jeho přímý ústní souhlas. U pacienta, který je omezený na svéprávnosti <sup>7</sup> [29] by se měl souhlas opírat o konsensus mezi pacientem a jeho opatrovníkem, který povahu dobrovolnické činnosti pacientovi také vysvětlí. Pacientův informovaný souhlas je žádoucí u pořizování foto/videodokumentace z dané aktivity nebo akce (viz ADM, kap. 3.5.).

<sup>5</sup> Dle § 81 odst. (1) zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů je chráněna osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv. Každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Dle odst. (2) je chráněn zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a jeho projevy osobní povahy.

<sup>6</sup> Práva pacienta při poskytování zdravotních služeb definuje § 28 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>7</sup> Dle § 56 odst. (1) zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů může omezit svéprávnost člověka pouze soud.

## 2. Podmínky realizace PDZS na pracovištích onkologie, hospicové a paliativní péče

### 2.1 Proces přípravy a realizace PDZS

Pro realizaci PDZS na onkologii, v hospicové a paliativní péči platí postup obecně popsáný v kap. 5 ZTM. Je důležité postupovat systematicky v návaznosti jednotlivých procesů a měla být dodržena rozvaha týkající se finálního efektu dobrovolnických činností pro pacienty a jejich zajištění z hlediska K+B PDZS. Při přípravě a realizaci PDZS je třeba, aby KDZS věnoval pozornost zejména těmto procesům:

#### A) Informování personálu a výběr vhodného pracoviště pro PDZS (viz kap. 5.1. ZTM).

Dostatečná informovanost personálu je nezbytná, podstatné je, aby personál porozuměl roli dobrovolníka, smyslu a náplni jeho činnosti. Práce personálu v této oblasti péče je náročná a výběr vhodných oddělení/pracovišť by se proto měl řídit tím, do jaké míry je personál daného pracoviště nakloněn zapojení dobrovolníků, jak vnímá potřeby pacientů a jaký je celkový prostor a podmínky pro začlenění dobrovolnických aktivit.

Personál by měl rozumět tomu, že pokud se pro PDZS na svém oddělení/pracovišti rozhodne, je úzká spolupráce a komunikace s dobrovolníky v zájmu bezpečnosti dobrovolnické aktivity pro pacienta, pro dobrovolníka i personál samotný (viz kap. 1.2.3).

Důležité je, aby byl mezi personálem zaměstnanec motivovaný pro převzetí funkce kontaktní osoby.

#### B) Analýza potřeb a určení vhodného typu pacientů pro účast v PDZS.

Analýza potřeb je základním východiskem pro určení dobrovolnických činností vhodných pro konkrétní typ pacientů. Je třeba ji provést nejen na začátku při rozjezdu PDZS, ale je doporučeno sledovat vývoj a potřeby pacientů průběžně (viz kap. 5.2. ZTM).

Kritéria výběru vhodného typu pacientů pro zapojení do PDZS na daném oddělení/pracovišti je třeba stanovit hned na počátku a měla by se projevit v písemných dokumentech (viz dále kap. 2.2.2.). Do kritérií je vhodné promítnout předpokládanou míru náročnosti interakce se zvoleným typem pacientů ve vztahu k tomu, co by měli dobrovolníci v kontaktu s nimi zvládnout. Konkrétně to znamená popsat, zda je PDZS vhodný např. pro pacienty chodící/ležící, ve stabilizovaném zdravotním stavu, pro pacienty osamělé, za kterými nikdo nedochází, pro pacienty v terminálním stavu nemoci v paliativní péči za definovaných podmínek atd. (viz také dále kap. 2.2.1.)

Určení kritérií je plně v gesci personálu daného oddělení, za tento proces odpovídá kontaktní osoba. Kritéria stanovená na počátku realizace PDZS je vhodné pilotně ověřit a na základě získaných reálných zkušeností s PDZS pozměnit. U pacientů, pro které by zapojení do PDZS bylo vhodné, by finálně měl rozhodovat:

- Jejich aktuální zdravotní a psychický stav.
- Jejich aktuální zájem a souhlas se zapojením do nabídnuté dobrovolnické aktivity (viz kap. 1.2.3).

#### C) Výběr vhodných dobrovolnických činností

Tento proces navazuje na vytipování vhodných oddělení/pracovišť pro zavedení PDZS. Postup a příklady vhodných typů dobrovolnické činnosti jsou uvedeny dále v samostatné kap. 2.2., včetně potřebné písemné dokumentace k vybraným typům dobrovolnických činností.

#### D) Analýza potenciálních rizik při realizaci PDZS a způsob jejich ošetření

Určení situací, které mohou být při realizaci PDZS rizikové, je v gesci realizačního týmu PDZS. V této fázi je nezbytné zapojení manažera K+B ZS (viz kap. 4.5. ZTM) do spolupráce s KDZS na identifikaci zejména u těch rizik, která by mohla mít dopad na K+B ZS. Je třeba nastavit jak systém preventivních opatření, tak systém hodnocení K+B PDZS, včetně potřebné dokumentace (viz kap. 7 ZTM, TM12 a ADM kap. 1.6.2.). Doporučený systém práce s riziky je uveden v TM12 v kap. 4, kde je vysvětlena i návaznost práce s riziky na evaluaci a hodnocení efektivity PDZS (viz kap. 8 ZTM a TM13).

Na uvedených typech oddělení/pracovišť se může jednat především o tyto typy rizik:

- **Zdravotní rizika a limity související s aktuálním fyzickým stavem pacientů** – jedná se např. o infekční rizika, omezení pohybu pacientů, vedlejší účinky léčby, únava pacienta aj.
- **Psychická rizika a limity** zahrnující emocionální nestabilitu pacienta, neadekvátní reakce až projevy agrese, úzkosti, deprese, nečekané situace a reakce v případě otevření citlivého tématu pro pacienta i pro dobrovolníka apod.
- **Sociální rizika a limity**, kdy zejména u osamělých pacientů je vyšší riziko vytvoření příliš silných citových vazeb s dobrovolníkem, mohou se objevovat také různé etické otázky související např. se společenským postavením pacienta.

**Stanovení možných rizikových situací souvisejících s dobrovolnickými aktivitami a jejich prioritizace je součástí přípravné fáze PDZS a mělo by vést k promyšlenému naplánování celého procesu realizace dobrovolnických aktivit a jeho pilotnímu otestování v praxi.**

Nemusí se jednat o složitý a dlouhý proces, jde především o vyzkoušení toho, jak budou jednotlivé procesy v praxi na sebe navazovat a zda jsou finálně dobře realizovatelné. Vyhodnocení a následná úprava částí programu vyžadujících změnu může zabránit větším problémům, ušetřit čas i případné zklamání.

Při volbě a přípravě dobrovolnických činností pro dospělé pacienty na onkologických pracovištích, v hospicích nebo na odděleních/pracovištích poskytujících paliativní péči je potřeba počítat i s některými dalšími limity a omezeními:

- Limitem u pravidelných dobrovolnických aktivit může být určitá nestabilita daná přirozenou výměnou dobrovolníků a možnými výpadky činnosti. To znamená, že nemusí být k dispozici vhodný dobrovolník pro danou činnost vždy v potřebný okamžik. Tento faktor se projevuje v různé míře v různých fázích vývoje PDZS (viz kap. 3.3. ZTM a TM2) a personál oddělení/pracoviště by měl počítat s tím, že dobrovolnická činnost je pouze doplňkovou aktivitou k procesu poskytování zdravotní péče.
- Je třeba počítat s dostatečnými personálními kapacitami na organizaci PDZS, hlavně na přípravu jednorázové akce.
- Při realizaci skupinových aktivit se mohou vyskytnout omezení související s provozními a prostorovými podmínkami, kterým je potřeba se na pracovišti přizpůsobit.

#### **E) Stanovení požadavků na dobrovolníky a plán práce s dobrovolníky**

Určení kritérií pro výběr dobrovolníků pro činnost s pacienty na onkologii a v hospici se odvíjí od typu vybraných dobrovolnických činností a od definovaných rizik. Preventivní opatření k rizikům (viz předchozí bod D) by se měla do těchto kritérií promítnout.

Práce s dobrovolníky je v gesci KDZS, případně koordinátora dobrovolníků EDO, pokud s ní PZS na realizaci PDZS spolupracuje. Do procesu by mělo být zahrnuto:

- Definování kritérií pro výběr vhodných dobrovolníků, které vychází ze základních kritérií způsobilosti pro výkon dobrovolnické činnosti (viz kap. 2.2 ZTM a TM3). Základní kritéria je možné doplnit dle specifických potřeb odpovídajících typu pracoviště a vybraným dobrovolnickým činnostem (viz dále kap. 3). Např. pro výběr dobrovolníků pro činnosti u hospitalizovaných pacientů v paliativní péči je doporučeno, aby se nejprve osvědčili v běžné pravidelné činnosti u méně náročných pacientů a prokázali i odpovídající komunikační schopnosti.
- Stanovení způsobu výběru dobrovolníků je na realizačním týmu PDZS, který určí:
  - Kdo bude výběr dobrovolníků provádět, zda KDZS samostatně a/nebo ve spolupráci s psychologem, případně oba v součinnosti.
  - Metody výběru a jejich kombinace (např. motivační dotazník pro zájemce, vstupní pohovor, psychologické testy dle volby psychologa aj.).
- Potřebný rozsah a obsah školení dobrovolníků pro vybrané typy činnosti je podrobněji rozpracován dále v kap. 3. Je třeba počítat s tím, že potřebný rozsah přípravy a školení dobrovolníků působících v interakci s těmito pacienty je podrobnější a zahrnuje větší spektrum informací a tréninku pro výkon dané činnosti.

- Nastavení a udržení kontinuální komunikace dobrovolníků s určenou kontaktní osobou a s personálem oddělení pracoviště. Tento trvalý zpětnovazebný proces je jedním z klíčových bezpečnostních prvků v PDZS na onkologii, v hospicové a paliativní péči. Jedná se zejména o dodržování stanoveného postupu od vstupu dobrovolníka na oddělení až po jeho odchod od pacienta, včetně interakce dobrovolníka s personálem a potřebných administrativních činností (viz kap. 5 v ZTM).
- Systém podpory dobrovolníků, ať už formou skupinové nebo individuální supervize dobrovolníků nebo intervize a konzultace s KDZS, případně s psychologem nebo dalším odborníkem, je důležitým faktorem, který může působit motivačně a dobrovolníky v PDZS dlouhodobě udržet (viz kap. 4 a TM3).

#### **F) Propagace a nábor dobrovolníků do PDZS**

Propagace PDZS by měla vycházet a navazovat na výše uvedené přípravné kroky, které poskytnou podklady pro vytvoření jasné a srozumitelné náborové informace směrem k veřejnosti, zejména:

- Jaký je smysl a účel připravovaného PDZS.
- O jaký typ dobrovolníků má PZS zájem.
- Do jakého typu dobrovolnických aktivit se bude možné zapojit.

Celý systém a plán komunikační strategie PDZS je podrobněji popsán v tematickém manuálu TM14.

#### **G) Nastavení komunikace a spolupráce mezi všemi skupinami podílejícími se na realizaci PDZS**

Pro udržení bezpečného rámce PDZS je podstatná fungující komunikace, která umožní okamžité řešení nejasností nebo problematických situací. To se týká se především:

- Zdravotnického personálu, který zodpovídá za zdravotní stav pacientů vybraných pro zapojení do dobrovolnických aktivit (tzn. lékaři, ošetrovatelský personál, psycholog, fyzioterapeut a další dotčené profese).
- KDZS, který zajišťuje celkové organizační podmínky, přípravu a podporu dobrovolníků. Koordinátor by měl spolupracovat s psychologem daného oddělení/pracoviště a s externím supervizorem dobrovolníků při řešení zásadních problematických situací.
- Kontaktní osoby daného oddělení/pracoviště, která zodpovídá za bezpečnou dobrovolnickou činnost realizovanou v souladu se zásadami poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče.
- Dobrovolníků vybraných pro činnost na daném oddělení, kteří musejí znát na koho a s čím se mají obracet.

Je vhodné, aby personál dobrovolníkům nabídl možnost konzultovat náročnou situaci v případě aktuální potřeby (více viz dále kap. 4). Spolupráce všech zúčastněných je důležitá především pro situace, kdy je dobrovolník vyžádán personálem za konkrétním účelem a ke konkrétnímu pacientovi.

#### **H) Komplexní příprava vybraných dobrovolnických aktivit by měla zahrnovat také následující oblasti:**

- Zvážení a zajištění prostorových nároků na realizaci aktivity. To se týká např. zvládnutí bariér pro přesun pacientů na vozíku nebo na posteli, realizace skupinových aktivit nebo podmínek na provozování zooterapie v rámci PDZS na lůžkových odděleních nebo zajištění prostoru pro vedení citlivých rozhovorů apod.
- Materiální přípravu a nákup pomůcek dle vybraného typu aktivit (např. karetní a deskové hry, výtvarné potřeby apod.).
- Stanovení jasných pravidel, za jakých mohou aktivity na konkrétním pracovišti probíhat.
- Stanovení vhodného časového harmonogramu aktivit respektujícího daný provoz oddělení v návaznosti na diagnostické a terapeutické úkony (tzn. co je vhodný a nevhodný čas pro dobrovolnické aktivity).
- Popis potřebné spolupráce mezi dobrovolníkem a personálem (např. spolupráce při přesunech pacientů na vozík, jejich přesun do místa konání akce apod.).

## **2.2 Typy dobrovolnických činností na onkologii, v hospici a v paliativní péči**

Základní kategorizace typů dobrovolnických činností je uvedena v kap. 6.1. ZTM a platí i pro realizaci PDZS v oblasti péče o onkologické, hospicové a paliativní pacienty.

### 2.2.1 Výběr vhodných typů dobrovolnických činností

Na výběru vhodného typu činností a specifikaci toho, pro jaký typ pacientů jsou dobrovolnické aktivity vhodné, se **musí podílet kontaktní osoba, personál daného oddělení/pracoviště a koordinátor dobrovolníků**. Při rozhodování o vhodnosti určitých typů dobrovolnických činností je potřeba jejich posouzení z několika hledisek:

1. Zda jsou vhodné individuální nebo skupinové aktivity, případně obojí.
2. Zda je zájem o pravidelnou dobrovolnickou činnost nebo budou postačovat pouze občasné jednorázové akce.
3. Pro jaké typy pacientů budou aktivity určeny:
  - Pro pacienty bez zásadnějších limitů z hlediska léčebné a ošetrovatelské péče.
  - Pro pacienty imobilní na lůžku.
  - Pro pacienty mobilní, kteří se mohou přesunout do jiné místnosti, tzn. jsou chodící, případně je nutné jim pomoci s přesunem na vozíku nebo jejich přesun je možný pouze na posteli.
  - Pro pacienty, kteří jsou limitovaní léčebnými nebo ošetrovatelskými úkony, např. jsou připojení na infuzi, mají zavedený centrální nebo močový katetr, pro pacienty se stomií<sup>8</sup>, s tracheostomií<sup>9</sup>, pro ty, kteří jsou závislí na kyslíkové podpoře apod.
4. Zda se jedná o specifické dobrovolnické činnosti, které budou realizované na specializovaných odděleních/pracovištích a vyžadují přizpůsobení se pacientům i specifickým podmínkám provozu oddělení/pracoviště. Při realizaci PDZS zde platí nutnost důkladné přípravy a úzké spolupráce s personálem.
5. Vzhledem k vysoké míře závislosti na aktuálním zdravotním stavu pacientů může nastat situace, že mezi přítomnými pacienty nemusí být v danou chvíli nikdo vhodný pro zapojení do dobrovolnické činnosti. Proto je vhodné počítat také s alternativními variantami zapojení přítomného dobrovolníka.

#### Specifické dobrovolnické činnosti na onkologii, v hospicové a paliativní péči

Základ a obsah dobrovolnických aktivit na těchto typech odděleních/pracovištích je obdobný jako u nespécifické dobrovolnické činnosti. **Specifický je ale zejména přístup, způsob interakce a komunikace dobrovolníků s onkologickými či hospicovými pacienty, který je nutno respektovat při všech aktivitách** (viz dále kap 5).

Jsou také určité rozdíly mezi činnostmi a pravidly přístupu dobrovolníka k pacientovi na onkologickém pracovišti, na paliativních lůžkách a v hospicích. V hospicích je např. benevolentnější přístup k pacientům kuřákům, je jim např. umožňováno vyjet s dobrovolníkem na určené místo si zakouřit. Dobrovolnické aktivity pro uvedený typ pacientů nemusí být pouze vyplněním volného času pacientů, ale svým zaměřením mohou přispívat např. ke zvýšení efektu léčby bolesti a kvality života konkrétního pacienta.

Dobrovolnické aktivity na onkologii i v hospici mohou být realizovány:

#### a) Ve formě skupinových aktivit

- Pravidelné skupinové aktivity mohou zahrnovat např. hraní společenských her ve skupině, skupinové zpívání a hraní na drobné rytmické nástroje, promítání filmů, posezení při čaji nebo kávě, pravidelně opakované „tvořivé nebo výtvarné dílny“.
- Jednorázové akce mohou být realizovány buď přímo na oddělení/pracovišti nebo ve vhodných společných prostorách PZS, případně v letních měsících i venku (zahrady, atriové prostory, kaple). Jako příklad lze uvést výtvarné dílny většího rozsahu, kulturní akce (výstavy, divadla, koncerty, promítání filmů, přednášky) nebo účast na bohoslužbách, kdy dobrovolníci pomáhají se svozem a dopravou pacientů.

#### b) Ve formě individuálního kontaktu s pacientem

Jedná se o dobrovolnickou roli pacientova společníka a hodí se pro ty pacienty, kteří potřebují individuálnější péči (např. pacient bez podpory rodiny či osob blízkých a bez přirozených sociálních kontaktů) a pro pacienty dlouhodobě hospitalizované.

<sup>8</sup> **Stomie** (z lat.) je uměle vytvořený vývod střeva nebo močové trubice přes břišní stěnu.

<sup>9</sup> **Tracheostomie** (z lat.) je zajištění průchodnosti dýchacích cest, kdy je průdušnice uměle vyústěna na povrch těla.

Příklady různých náplní společně stráveného času:

- Činnosti na pokoji u lůžka pacienta: rozhovory, čtení, hraní společenských her, luštění křížovek, drobné výtvarné činnosti.
- Činnosti mimo nemocniční pokoj v areálu PZS: doprovod na vycházku po areálu (v případě pacienta na vozíku předchází souhlas a příprava pacienta ve spolupráci s ošetřujícím personálem).

Do kategorie specifických dobrovolnických činností na onkologických pracovištích lze zařadit i některé další aktivity, u kterých je potřeba postupovat individuálně dle potřeb a zdravotního stavu jednotlivých pacientů. Může se jednat např. o tyto typy činností:

- Dobrovolnické činnosti zaměřené na aktivizaci onkologických pacientů.
- Dobrovolnické činnosti podporující sebeobsahu a rozvoj jemné motoriky u onkologických pacientů.
- Specifickou dobrovolnickou aktivitou na těchto typech oddělení může být také canisterapie (podrobněji viz TM8).

Při nastavení podmínek realizace konkrétní aktivity se lze inspirovat v TM5 v kap. 3.2.2 - Specifické dobrovolnické činnosti na standardních odděleních a kap. 4.2 - Typy dobrovolnických činností na specializovaných odděleních. Podmínky realizace dobrovolnických aktivit na pracovištích dětské onkologie jsou popsány v TM4, kap. 3.2.1.

Specifickou oblastí onkologie i hospicové péče, kde mohou dobrovolníci také působit, jsou také tato pracoviště (bližší popis činností viz TM5, kap. 5.1.):

- **Onkologické nebo hospicové stacionáře.**
- **Čekárny onkologických ambulancí.**

Při realizaci všech specifických dobrovolnických aktivit je **nezbytná úzká spolupráce dobrovolníků s odborným personálem**. Nutné je proškolení všech dobrovolníků v tom, jak postupovat při realizaci konkrétní aktivity vzhledem ke zdravotnímu stavu a limitům pacientů a provozním podmínkám na pracovišti/oddělení (viz dále kap.3).

## 2.2.2 Písemná dokumentace k vybraným typům dobrovolnických činností

### a) „Zakázkový list“

Do tohoto formátu (viz ADM, kap. 3.1. a formulář v příloze ADM) by měl být kontaktní osobou zpracován přehled zvolených typů dobrovolnických aktivit. Vyplněním Zakázkového listu je dokončen proces Analýza potřeb (viz kap. 5.2. ZTM) a KDZS tím dostává tyto konkrétní informace:

- Jaký typ dobrovolnických aktivit a akcí personál na oddělení/pracovišti akceptuje.
- Co je očekáváno od konkrétní dobrovolnické činnosti.
- Jaká jsou možná rizika spojená s dobrovolnickými činnostmi a způsob jejich ošetření.
- Požadavky na dobrovolníky, např. specializované proškolení, požadavky na zdravotní stav a bezinfekčnost dobrovolníka, ochranné pomůcky atd.

Zakázkové listy je vhodné cca 1x ročně vyhodnotit a aktualizovat, optimálně v rámci evaluačních schůzek koordinátora dobrovolníků s kontaktními osobami jednotlivých pracovišť zapojených do PDZS.

**Podle činností uvedených na Zakázkovém listu pak může probíhat cílený nábor vhodných dobrovolníků pro žádanou činnost**. Toto platí pro oba modely řízení PDZS a toto zadání od personálu by měl znát a respektovat také koordinátor v EDO (v případě, že PZS s EDO spolupracuje).

### b) „Popis a charakteristika dobrovolnické činnosti“

Dokument je souhrnem konkrétních informací o činnosti, kterou bude dobrovolník vykonávat (viz ADM, kap. 3.2.) a každý dobrovolník by ho měl dostat před zahájením své dobrovolnické činnosti.

Tento písemný dokument je zároveň komunikačním nástrojem mezi KDZS, dobrovolníkem a kontaktní osobou na daném oddělení/pracovišti. Dokument by měl obsahovat:

- Stručně formulovaný smysl a cíl dobrovolnické činnosti na daném oddělení/pracovišti.
- Podmínky, za kterých může dobrovolník na daném oddělení/pracovišti působit a vykonávat dobrovolnickou činnost – např. věk dobrovolníka (pokud je považován za zásadní z hlediska právní zodpovědnosti u dané činnosti), požadavky na zdravotní stav (pokud by u dané činnosti mohl být problémem – např. v souvislosti s nároky na fyzickou zdatnost pro bezpečnou

manipulaci s invalidním vozíkem), potřebná školení, podepsané dokumenty a další související požadavky (viz dále kap. 3.1.).

- Popis činností, které dobrovolník může vykonávat na konkrétním oddělení/pracovišti v dané programové linii a co se od něho očekává, včetně popisu konkrétního postupu (podrobněji je uvedeno v ADM, kap. 3.2.).
- Vymezení toho, co dobrovolník na daném oddělení/pracovišti nemůže dělat (více viz ADM, kap. 3.2.).
- Provozní podmínky pro dobrovolnickou činnost (např. místo, dny a časové rozmezí pro dobrovolnické aktivity).
- Výčet problematických a rizikových situací souvisejících s dobrovolnickou činností na daném oddělení/pracovišti a návod, jak by měl dobrovolník postupovat.
- Kontakty (jména a telefony) na osoby, na které se dobrovolník může a má obrátit při řešení problematické situace, tzn. jméno a plný kontakt na koordinátora dobrovolníků a jméno kontaktní osob na daném oddělení/pracovišti (event. i jméno vrchní sestry oddělení).

Popis konkrétní činnosti na daném oddělení/pracovišti by měli dostat od koordinátora **všichni dobrovolníci ještě před prvním vstupem na oddělení**. Dokument může být přílohou **Informačního manuálu** nového dobrovolníka (viz ADM, kap. 3.3.)

Zpracováním tohoto dokumentu je zajištěno, že kontaktní osoba i personál vědí, že přicházející dobrovolník je obeznámen s tím, co může a nemůže s daným typem pacientů dělat a jak se má chovat. Důležitá je především srozumitelnost a přehlednost informací (viz TM14). Při změně podmínek nebo výskytu nových informací o provozu by měl být dokument aktualizován.

### 2.3 Evidence, hodnocení efektu a plánování PDZS

Hodnocení efektu dobrovolnických aktivit by mělo být **součástí pravidelně prováděné evaluace PDZS**. Evaluace je důležitá i pro udržení již zavedených dobrovolnických činností v chodu a v dostatečné pravidelnosti, protože umožní optimální plánování činností pro další období (viz kap. 8 ZTM a TM13). V praxi to znamená zejména:

- Průběžně zjišťovat a vyhodnocovat spokojenost s dobrovolnickými aktivitami, a to u pacientů, jejich rodinných příslušníků dobrovolníků, zákonných zástupců a osob blízkých, i zdravotnického personálu.
- Zjišťovat efekt a přínosy konkrétní dobrovolnické činnosti na oddělení/pracovišti od kontaktní osoby a u personálu.
- Průběžně zajišťovat a udržovat informovanost personálu (především u nově nastupujících zaměstnanců PZS) o dobrovolnických aktivitách probíhajících na oddělení (zajišťuje kontaktní osoba daného oddělení) (viz kap. 5.1. ZTM).

**Pro realizaci pozitivně hodnocených dobrovolnických aktivit je podstatné, aby KDZS byl schopen zajistit dostatečný počet dobrovolníků.** Proto potřebuje:

- a) počítat s nezbytným časem na provedení náboru a proškolení nových dobrovolníků, přičemž je vhodné vést v patrnosti i sezónní vlivy (školní rok a prázdniny, chřipkové období), zkoušková období apod.,
- b) vědět, zda stávající dobrovolníci počítají se setrváním v programu (případně jak dlouho) a s dostatečným předstihem zařazovat poptávku po nových dobrovolnících pro konkrétní činnost dle analýzy potřeb do náborových akcí (viz kap. 5.2, 5.3. a 5.4. ZTM).

**Nezbytným krokem pro vyhodnocení efektu PDZS je nastavení evidence potřebných údajů podle jednotného třídění.** Typy dat a způsob jejich průběžně prováděné evidence (tzv. Interní databáze PDZS) jsou v kompletní podobě uvedena v TM13 v kap. 2.1.

Podstatná jsou zejména data, jejichž přehled KDZS potřebuje nejen k internímu řízení PDZS, ale také k ročnímu reportu informací o PDZS do statistických formulářů ÚZIS a jsou následně využívána pro vyhodnocení PDZS v celostátním měřítku (více viz kap. 8 ZTM a TM13). Proto by následující údaje měly být tříděny podle typů pracovišť uvedených výše v tabulce 1 v kap. 1.2.1.:

- **Počet dobrovolníků a počet jimi odpracovaných hodin** na daných odděleních/pracovištích, odděleně dle nespécifické a specifické činnosti, pravidelné činnosti skupinové a individuální, jednorázových akcí, zooterapie, firemního dobrovolnictví.
- **Počet kontaktovaných pacientů**, kteří se účastnili jednotlivých typů dobrovolnických aktivit<sup>10</sup>.
- **Individuální specifická dobrovolnická činnost** (tzn. interakce dobrovolníka s jedním pacientem) na onkologii a v hospicové a paliativní péči by měla být evidována jako pravidelná, i když kontakty dobrovolníka s konkrétními pacienty mohou být realizovány v nepravidelných intervalech (viz kap. 6.1. ZTM).
- Dalším důležitým podkladem pro evaluaci PDZS je výsledek pravidelně zjišťované **spokojenosti s dobrovolnickými aktivitami** na konkrétních odděleních/pracovištích, a to z pohledu pacientů, rodinných příslušníků, personálu a dobrovolníků.
- Pokud má PZS zájem na **sledování efektu vybrané konkrétní dobrovolnické činnosti u konkrétního pacienta**, může kromě „docházkového listu dobrovolníků“ použít také individuálně nastavený způsob dokumentace obsahu a frekvence dobrovolnických návštěv. Informace z takto vedené dokumentace mohou sloužit jako podklad pro vyhodnocení specifického efektu a přínosu dobrovolnické aktivity u vybraného typu pacientů (viz příklad indikátorů a Indikátorové karty v Příloze TM13).

**Celkové vyhodnocení efektu PDZS je důležitým podkladem pro další plánování rozvoje PDZS** v závislosti na jeho vývojové fázi (viz kap. 3.3 ZTM a TM2). Je to zásadní pro stabilizaci a udržení již zavedených dobrovolnických aktivit, protože KDZS musí být schopen plánovat dobrovolnické činnosti v delším časovém horizontu i s ohledem na zajištění potřebných finančních zdrojů.

---

<sup>10</sup> **Jeden konkrétní/unikátní pacient je započítán opakovaně, pokud je dobrovolníky opakovaně kontaktován a zapojen do několika různých dobrovolnických aktivit.** V případě překlady pacienta na jiné pracoviště PZS, se tento pacient započítává na všech pracovištích, kterými projde a kde se účastní dobrovolnických aktivit. Do databáze jsou počty kontaktů s pacienty získávané z „Docházkových listů dobrovolníků“ (viz ADM, kap. 3.4. a formulář v příloze ADM).



### 3. Výběr a školení dobrovolníků pro onkologii a hospic

**Dobrovolníci vstupující do PDZS zaměřeného na onkologické pacienty a pacienty v hospicové a paliativní péči by měli být vybíráni s ohledem na nároky, které na ně budou kladeny.** Adekvátně tomu je potřeba jim zajistit takové proškolení a podporu, které zajistí co možná nejvyšší efekt činnosti a minimalizuje rizika spojená s výkonem tohoto typu služby.

#### 3.1 Výběr dobrovolníků pro činnost na onkologii, v hospici a v paliativní péči

Z hlediska nároků na výkon dobrovolnické činnosti v této oblasti PDZS platí základní pravidla jako na jiných specializovaných odděleních/pracovištích (viz TM5, kap. 3.2.1.).

Pokud má KDZS jasné zadání pro zapojení dobrovolníků do konkrétního typu činnosti, které vychází z analýzy potřeb, musí tomu následně přizpůsobit kritéria pro výběr dobrovolníků pro požadovanou činnost. Zde už nejde jenom o základní kritéria výběru dobrovolníka (viz TM3), ale koordinátor se musí zaměřit více na ty schopnosti a dovednosti, které budou potřebné pro činnost na onkologii nebo v hospici. Podstatné jsou následující parametry:

- **Psychická odolnost dobrovolníka.**
- Schopnost dobrovolníka **vyrovnávat se s emocionálně náročnými situacemi.**
- **Zvládání nepříjemných vizuálních nebo jiných senzorických vjemů.**
- Výhodou je **osobnostní zralost** dobrovolníka a **znalost vlastních možností a hranic.**
- Výhodou je **předchozí zkušenost dobrovolníka s dobrovolnickou činností ve zdravotnictví.**
- **Pokud má dobrovolník vlastní zkušenost s rolí pozůstalého,** pak pro vstup do role dobrovolníka v hospici je podstatný **minimální časový odstup jednoho roku od této doby.**
- **Pokud je dobrovolník bývalým onkologickým pacientem** a má zájem o působení na onkologickém pracovišti, je také doporučen **minimální časový odstup jednoho roku od této doby.**

V TM3 („Výběr, školení a podpora dobrovolníků v dobrovolnickém programu ve zdravotnictví“ je popsán systém několikastupňového „bezpečnostního filtru“, který by měl minimalizovat přijetí „rizikového dobrovolníka“ do PDZS:

1. Stupeň: vstupní pohovor se zájemcem o dobrovolnictví
2. Stupeň: vstupní školení pro nové zájemce o dobrovolnictví
3. Stupeň: zkušební doba a prověření v praxi

První posouzení vhodnosti zájemce o dobrovolnickou činnost probíhá ve **vstupním pohovoru**. Při rozhovoru je výhodou, pokud mohou být u pohovoru dvě osoby (tzn. KDZS a např. psycholog), protože je důležité se zaměřit na několik oblastí:

- **Zjistit vstupní motivaci potenciálního dobrovolníka [2]:**
  - Zda uchazeč nepatří do některé ze skupin „rizikových dobrovolníků“, např. zda jeho očekávání od dobrovolnické činnosti nepředstavuje nevládnutou touhu „někoho zachraňovat“ (tzv. „spasitelský komplex“), což znemožňuje navázání rovnocenné komunikace a vztahu zejména v individuálním kontaktu s pacientem (více viz TM3).
  - Zda má/nemá vlastní zkušenost s onkologickou nebo jinou závažnou nemocí a nakolik ji má zvládnutou. U bývalých pacientů může být větší tendence řešit v komunikaci se stávajícím pacientem vlastní zkušenosti s nemocí. V případě, že tato motivace dobrovolníka není na počátku otevřeně probrána, může být taková komunikace pro stávajícího pacienta rizikem. Zde je třeba odlišit působení pacientů/členů patientských organizací specializovaných na pomoc a podporu onkologickým pacientům a specifikovat jejich náplň činnosti dle pravidel popsanych v TM11.
  - Zda zájemce má/nemá nedořešená individuální nebo rodinná traumata související s nevládnutou nemocí nebo úmrtím blízké osoby a jak dlouhá doba od traumatického zážitku uplynula. Zájemce o dobrovolnictví s touto zkušeností nemusí být zcela nevhodným dobrovolníkem, ale je potenciálně rizikovým dobrovolníkem právě pro náročná specializovaná oddělení/pracoviště, pokud se jedná o relativně čerstvou a nezpracovanou životní událost.

- **Schopnost vést komunikaci s onkologickým nebo hospicovým pacientem:**
  - Je důležité odhadnout, zda a nakolik je zájemce připraven na tabuizovaná témata umírání a smrti. Pokud zájemce počítá s nutností s touto oblastí pracovat, jeho dovednosti se mohou zlepšit; přispět by k tomu mělo vzdělávání, kde by toto téma nemělo chybět (viz dále kap. 3.2.).
  - Přípravenost respektovat odlišné názory, kdy se v rozhovoru mohou otevírat otázky a postoje z oblasti filozofické, náboženské, životního stylu apod.
- **Přípravenost na přímé setkání se smrtí** (týká se hlavně hospice), kdy se jedná:
  - O schopnost dobrovolníka doprovázet pacienta i v posledních okamžicích jeho života.
  - O zvládnutí možného „pocitu ztráty“ spojené s úmrtím konkrétního pacienta.
- **Přípravenost zvládat emocionálně vypjaté situace a reakce pacienta** by měla být v pohovoru zjišťována dotazováním na dosavadní zkušenosti zájemce s náročnými situacemi, např.:
  - Nebrat osobně pacientovy změny nálad, afekty, agresi, emocionální nátlak.
  - Udržet si odstup v situacích hraničících s citovým vydíráním ze strany pacienta.
  - Stanovit si a udržet funkční hranice v kontaktu s pacientem.
- **Přípravenost přijmout vyšší nároky a pravidla PDZS pro onkologii a hospic.**

**Výběr vhodných dobrovolníků pro onkologickou, hospicovou a paliativní péči je náročnou částí práce KDZS, která ovlivňuje efekt PDZS i jeho pověst mezi pacienty, rodinnými příslušníky i personálem.**

Je proto na místě postupovat obezřetně a využít všechny nástroje, které má KDZS k dispozici (viz TM3, kap. 3.1.). Proces výběru dobrovolníků je proto možné a vhodné doplnit i posouzením ze strany psychologa, případně psychologickými testy.

### 3.2 Systém vzdělávání dobrovolníků pro působení na onkologii, v hospici a v paliativní péči

Základem přípravy na dobrovolnickou činnost je **vstupní školení** (viz TM3), které poskytne budoucím dobrovolníkům informace o roli, pravidlech a způsobu fungování dobrovolníka ve zdravotnictví. Zároveň se při skupinovém školení v rámci interakce mohou ukázat detaily motivace a představy dobrovolníků o PDZS. Vstupní školení je tak druhým „bezpečnostním filtrem“ pro finální výběr vhodných dobrovolníků.

Na základní školení by měla navazovat série **nadstavbových školení a seminářů** (viz TM3), které jsou zaměřené detailněji na témata, potřebná pro bezpečné fungování dobrovolníka při činnosti v kontaktu s onkologickým pacientem nebo s pacientem v hospici či na paliativním lůžku v nemocnici.

Zaměření vzdělávání dobrovolníků se odvíjí také od požadavků personálu:

- Na informovanost a znalosti dobrovolníků, na co by dobrovolníci při realizaci dobrovolnických činností měli být připraveni.
- Na dovednosti dobrovolníků, které budou pro výkon konkrétního typu činnosti potřebovat (např. manipulaci s invalidním vozíkem, komunikaci s pacienty s omezenými komunikačními schopnostmi, činnost se skupinou pacientů apod.).

Systém vzdělávání dobrovolníků by měl respektovat určité rozdíly mezi onkologickým pracovištěm a hospicem (podrobněji viz dále kap. 3.2.1 a 3.2.2). V kontextu PDZS se rozdíly týkají zejména:

- a) **Obsahové zaměření informací**, které potřebují znát dobrovolníci na onkologických odděleních/pracovištích je odlišné oproti informacím potřebným pro působení v hospici.
- b) **Přístup dobrovolníka k pacientovi** s onkologickým onemocněním v léčbě se v některých aspektech liší od přístupu k pacientovi, který je v nemocniční paliativní léčbě nebo v lůžkovém hospici.
- c) **Organizační uspořádání vstupního školení** nových dobrovolníků pro onkologické oddělení v nemocnici je odlišné od školení nových dobrovolníků pro působení v hospici.

#### 3.2.1 Systém školení dobrovolníků pro onkologická pracoviště

##### Vstupní školení pro nové dobrovolníky

Uspořádání vstupního školení pro dobrovolníky směřující na onkologii se může lišit v závislosti na modelu řízení PDZS:

- a) V interním modelu řízení PDZS se noví zájemci po absolvování vstupního pohovoru s KDZS většinou účastní skupinového vstupního školení, které je určené i pro dobrovolníky pro jiné typy pracovišť PZS.
- b) V modelu spolupráce PDZS s EDO nebo kombinovaném modelu řízení, ve kterém je zapojena specializovaná EDO na oblast onkologie, mohou absolvovat noví dobrovolníci specializované vstupní školení přímo u EDO.

V obou případech by na vstupním školení měli dobrovolníci získat tyto důležité informace:

- **Jaký je smysl a očekávaný přínos** dobrovolnických aktivit pro onkologické pacienty; to posiluje pocit zodpovědnosti dobrovolníka při výkonu činnosti, zdůrazňuje význam pozitivního psychického nastavení, aktivity a podpory tvořivosti u pacientů jako podstatného prvku v uzdravovacím procesu.
- **Obsah dobrovolnické činnosti, jasné stanovení hranic činnosti a role dobrovolníka:**
  - ve vztahu k pacientovi a k jeho rodině a osobám blízkým,
  - ve vztahu k odbornému personálu, který o pacienta na oddělení pečuje.
- **Pravidla PDZS pro fungování dobrovolníků:**
  - obecně platná pravidla PDZS,
  - pravidla PDZS u konkrétního PZS.
- **Základní informace o přístupu a způsobu komunikace dobrovolníka s pacientem**, které se týkají především:
  - Dodržování závazku mlčenlivosti, Etického kodexu dobrovolníka a Etického kodexu PDZS (viz ADM, kap. 2.2. a 1.1.1.).
  - Respektování práv a svobodné volby pacienta v souvislosti s účastí v dobrovolnických aktivitách (viz kap. 1.2.3.).
  - Je vhodné upozornit také na rozhraní povinné mlčenlivosti a oznamovací povinnosti ze zákona<sup>11</sup> [27].
- **Základní pravidla týkající se K+B PDZS:**
  - Pravidla bezpečného pohybu v prostorách PZS.
  - Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu ve všech prostorách PZS.
  - Přehled hlavních potenciálních rizik a vysvětlení postupu pro řešení nestandardních situací, tzn. na koho se obracet, jak, s kým a kdy komunikovat.
- **Způsob spolupráce a komunikace dobrovolníků s personálem oddělení:**
  - Komunikace dobrovolníků s kontaktní osobou.
  - Předávání informací od zdravotnického personálu o vhodných pacientech pro dobrovolnické aktivity, o aktuálních omezeních a limitech pacientů ve vztahu ke konkrétnímu typu dobrovolnické činnosti, způsob sdělování zpětných vazeb na průběh dobrovolnické činnosti u konkrétního pacienta.
- **Vysvětlení významu evidence docházky dobrovolníků** se týká především vyplňování „Docházkového listu“ (viz ADM, kap. 3.4.) pro sledování efektu dobrovolnické činnosti a vyhodnocení K+B PDZS.
- **Vysvětlení významu identifikace dobrovolníka při pohybu v areálu PZS** souvisí s pravidly bezpečnosti PDZS, se snadnější orientací a identifikací dobrovolníka ze strany pacientů i personálu (viz ADM, kap. 2.4.).

Znalost a přijetí pravidel pro bezpečný pohyb a působení nových dobrovolníků v rámci PDZS je předpokladem pro porozumění a osvojení dalších specifických informací týkajících se onkologie, které si dobrovolníci potřebují doplnit v nadstavbových školeních.

### **Nadstavbové vzdělávání dobrovolníků pro onkologii**

Plán, obsah a forma nadstavbového školení dobrovolníků pro činnost na onkologických odděleních/pracovištích by měl být předem promyšlený a připravený. **Zodpovědnost za přípravu a**

<sup>11</sup> **Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů;** § 367 se týká nepřekážení trestného činu, § 368 se týká povinnosti oznámit podezření, přípravu nebo páchaní trestného činu.

**realizaci těchto specializovaných školení má KDZS a kontaktní osoba daného oddělení/pracoviště, kteří zároveň spolupracují s manažerem K+B ZS.**

Je vhodné, aby specializované zaškolení dobrovolníků prováděla osoba z onkologického oddělení/pracoviště (kontaktní osoba pro PDZS nebo odborný pracovník na danou tematiku), případně ve spolupráci se specializovanou EDO nebo patientskou organizací. Nadstavbové vzdělávání dobrovolníků pro působení na onkologických odděleních se do určité míry liší v závislosti na tom, zda se jedná o dospělé nebo dětskou onkologii.

#### A. Nadstavbové vzdělávání pro dobrovolníky na onkologii pro dospělé pacienty

Součástí nadstavbového systému školení mohou být semináře zaměřené např. na následující témata:

- **Prevence přenosu infekčních onemocnění, zahrnující:**
  - Instruktaž k hygienicko-epidemiologickému režimu provedená v prostoru daného oddělení/pracoviště (hygienu rukou, používání ochranných pomůcek apod.).
  - Význam protiepidemických opatření souvisejících s oslabenou imunitou pacientů v důsledku léčby, včetně významu prohlášení dobrovolníka o bezinfekčnosti před každým vstupem na oddělení na „Docházkovém listu“ (viz ADM, kap. 3.4.).
- **Zásady komunikace dobrovolníka s onkologickým pacientem** (podrobněji viz kap. 5.1.1.).
- **Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou** [13] [24], emocionální stavy a jejich vývoj u pacienta s onkologickou diagnózou a u jeho blízkých.
- **Jak přistupovat k možným rizikovým situacím**, které mohou nastat při dobrovolnických aktivitách s pacienty. Jedná se např. o nácvik správné reakce dobrovolníka např. na akutní změnu zdravotního stavu pacienta, na nepřiměřenou emocionální reakci pacienta apod.
- **Zvládání vlastních emocí, citové vazby a význam hranic v interakci s pacientem** – seminář na toto téma vedený např. psychologem je pro dobrovolníky velmi cenný a umožní jim se včas orientovat v náročných situacích.
- **Systém psychosociální podpory onkologického pacienta a jeho rodiny** na daném pracovišti, tzn. kdo z odborného personálu se o pacienta stará (lékař, sestra, psycholog, zdravotně sociální pracovník, pracovníci poskytující spirituální péči), pozice a kompetence dobrovolníka ve vztahu k výše uvedeným profesím (viz kap. 2 ZTM).
- **Zásady komunikace dobrovolníka s rodinnými příslušníky a blízkými osobami pacienta s onkologickým onemocněním, pokud se s nimi setká.** Optimálně by měl dobrovolníky v tomto tématu proškolit psycholog onkologického oddělení/pracoviště. Podstatné je, aby dobrovolníci dostali jasné instrukce, jak nakládat s informacemi, které rodinný příslušník či osoba blízká sdělí důvěrně pouze dobrovolníkovi, pokud se s ním v průběhu dobrovolnické aktivity setká. V obecné rovině lze využít doporučení popsána dále v kap. 5.1.1.

**V případě, že PZS spolupracuje s EDO, která se specializuje na vysílání dobrovolníků na pracoviště dospělé onkologie a má vypracovaný systém vzdělávání dobrovolníků pro tuto specifickou oblast, může být postup proškolení dobrovolníků zčásti obrácený:**

1. EDO proškolí dobrovolníky v tématech týkajících se: role dobrovolníka ve zdravotnictví, jeho kompetencí a hranic, zásad komunikace a přístupu k onkologickému pacientovi.
2. PZS, resp. KDZS a kontaktní osoba na onkologickém oddělení/pracovišti provede doškolení a instruktaž dobrovolníků v konkrétních provozních a bezpečnostních pravidlech PDZS, včetně řešení konkrétních rizikových situací.

## B. Nadstavbové vzdělávání pro dobrovolníky pro dětskou onkologii

Je vhodné, aby nadstavbová školení dobrovolníků, kteří budou docházet na dětskou onkologii zahrnovala:

- **Informace o prevenci přenosu infekčních onemocnění:**
  - Instruktaž k hygienicko-epidemiologickému režimu provedená v prostoru daného oddělení (hygienu rukou, používání ochranných pomůcek).
  - Vysvětlení významu protiepidemických opatření souvisejících s oslabenou imunitou pacientů v důsledku chemoterapie a radioterapie (např. používání pomůcek, hraček a her a jejich dezinfekce), význam písemného prohlášení dobrovolníka o bezinfekčnosti před každým vstupem na oddělení (viz „Docházkový list“ v ADM, kap. 3.4.).
- **Jak přistupovat k možným rizikovým situacím**, které mohou nastat při dobrovolnických aktivitách s pacienty. Jedná se o nácvik správné reakce dobrovolníka např. na akutní změnu zdravotního stavu pacienta, na nepřiměřenou emocionální reakci pacienta.
- **Systém psychosociální podpory dětského onkologického pacienta a jeho rodiny** na daném pracovišti, tzn. kdo z odborného personálu se o pacienta stará (psycholog, herní specialista, speciální pedagog, zdravotně sociální pracovník, pracovníci poskytující spirituální péči...), pozice a kompetence dobrovolníka ve vztahu k výše uvedeným profesím (viz kap. 2 ZTM).
- **Zásady komunikace dobrovolníka s dítětem s nádorovým onemocněním v závislosti na jeho věku** (optimálním školitelem je zde psycholog se znalostí problematiky dětské onkologie):
  - V obecné rovině lze využít doporučení popsaná dále v kap. 5.1.2. a TM4.
  - Pro porozumění specifikům dětské onkologie je podstatné vysvětlení terminologie léčby, kterou děti na oddělení používají a kterou mohou používat i v komunikaci s dobrovolníkem (včetně slangových výrazů).
  - Vhodné komunikační obraty, které může dobrovolník použít, pokud dítě otáčí téma hovoru na svou nemoc, její důsledky a prognózu.
- **Zásady komunikace dobrovolníka s rodinnými příslušníky a zákonnými zástupci dítěte s onkologickým onemocněním** (optimálním školitelem je zde psycholog se znalostí problematiky dětské onkologie):
  - V obecné rovině lze využít doporučení popsaná dále v kap. 5.1.2. a v TM4.
  - Pro dobrovolníky na dětské onkologii je podstatné dále vědět:
    - jak nakládat s informacemi, které rodinný příslušník či zákonný zástupce sdělí důvěrně pouze dobrovolníkovi,
    - jak reagovat a komunikovat s rodinnými příslušníky a zákonnými zástupci dětí, jejichž onemocnění má nejistou prognózu nebo jejichž dítě je převedeno na paliativní péči, případně je v terminální fázi onemocnění [8] (viz dále kap. 5.1.2).
- **Práce s vlastními emocemi, citové vazby a význam hranic v interakci s pacientem** – seminář na toto téma vedený např. psychologem, je pro dobrovolníky velmi cenný a umožní jim se včas orientovat v situacích, které mohou být náročnější, než očekávali.

### 3.2.2 Systém školení dobrovolníků pro působení na pracovištích hospicové a paliativní péče

Pro pozici dobrovolníka působícího v hospicové péči o terminálně nemocné a umírající pacienty, platí v základu totéž, co pro dobrovolníky na onkologických odděleních, jsou zde ale určité rozdíly:

- **Kontakt s pacienty probíhá v jiné fázi nemoci a života:**
  - s pacienty, kterým byla léčba onemocnění ukončena a spějí ke konci života,
  - s pacienty v preterminálním a terminálním stadiu života.
- **Příprava dobrovolníka v hospici je více zaměřená:**
  - na specifika související se zdravotním stavem a potřebami pacientů v hospici,
  - na nároky kladené na hospicové dobrovolníky.

## Vstupní školení pro působení nových dobrovolníků na pracovištích hospicové a paliativní péče

Dobrovolníci, kteří se chystají zapojit do dobrovolnické činnosti v hospici, většinou absolvují vstupní školení organizované přímo hospicem, které je zaměřené pouze na dobrovolnickou činnost v hospicové péči. **Proto už tato základní část školení může být více specificky zaměřená, zároveň by ale měla obsahovat všechny základní parametry popsané u základního vstupního školení dobrovolníků ve zdravotnictví** (viz TM3).

Je vhodné, aby vstupní školení nových hospicových dobrovolníků zahrnovalo:

- **Vysvětlení smyslu a očekávaného přínosu** dobrovolnických aktivit pro hospicové pacienty, se zvýšenou orientací na potřeby a aspekty psychosociální podpory a kvalitu závěrečné fáze života.
- **Vysvětlení a stanovení hranic činnosti a role dobrovolníka v hospici:**
  - ve vztahu k pacientovi a k jeho rodině a osob blízkým,
  - ve vztahu k odbornému personálu, který se o pacienta stará.
- **Význam dobré spolupráce a komunikace dobrovolníků s personálem hospice** pro přijetí dobrovolníků ze strany personálu a jejich začlenění do systému hospicové péče.
- **Přehled pravidel PDZS a základní pravidla týkající se K+B PDZS:**
  - Pravidla bezpečného pohybu dobrovolníků v prostorách hospice.
  - Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v hospici, včetně pravidel souvisejících s kouřením pacientů závislých na nikotinu (v hospici je v tomto směru větší benevolence, která umožňuje pacientům kouřit na vyhrazených místech, doprovod pak může zajistit dobrovolník).
  - Pravidla při polohování a přemísťování pacientů – změny polohy na lůžku i přesuny pacientů na vozík jsou možné jen se souhlasem a za přítomnosti ošetřujícího personálu.
  - Vysvětlení možných rizik a postupu pro řešení nestandardních situací, tzn. na koho se obracet, jak, s kým a kdy komunikovat.
- **Vysvětlení významu evidence docházky dobrovolníků** se týká především vyplňování „Docházkového listu“ (viz ADM, kap. 3.4.) pro sledování efektu dobrovolnické činnosti a vyhodnocení K+B PDZS.
- **Základní zásady přístupu a způsobu komunikace s hospicovými pacienty související** zejména s respektem k osobnosti pacienta/klienta, jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a psychickému rozpoložení (viz kap. 1.2.3.).
- **Informace o supervizi dobrovolníků** (více viz kap. 4):
  - Informace o podpůrné funkci supervize pro dobrovolníky, proč je supervize pro dobrovolníky důležitá, v čem jim může být nápomocná (viz TM3).
  - Informace o tom, jaký typ témat je vhodné a potřebné na skupinové supervizi otevřít, k ujasnění vlastního postoje dobrovolníka, který situaci zažil nebo jako zdroj informace pro ostatní dobrovolníky.

## Nadstavbové vzdělávání dobrovolníků na pracovištích hospicové a paliativní péče

Obsah potřebného nadstavbového proškolení dobrovolníků v hospici by měl vycházet a řídit se potřebami pacientů a nároky kladenými na dobrovolníky. Nadstavbová školení by měl plánovat, zajišťovat a realizovat KDZS společně s odborníky na dané téma. Je na zvážení PZS, zda některá z níže uvedených témat zařadí už do základního vzdělávání dobrovolníků. Zároveň je vhodné vzít v úvahu, že nadstavbové semináře a vzdělávací akce, které dobrovolníkům poskytnou nové informace a umožní, aby se ve své činnosti cítili kompetentně, působí také motivačně a jsou jedním z faktorů, které dobrovolníky udržují v dlouhodobé dobrovolnické činnosti [2] [23] [25].

Vhodná témata nadstavbových seminářů pro dobrovolníky v hospicích jsou např.:

- **Praktická instruktáž dobrovolníků** např. v manipulaci s invalidním vozíkem, zácvik v ohleduplném a citlivém překonávání bariér (dveře, výtahy...).
- **Specifická témata související s používanými ošetřovatelskými postupy a s tím souvisejícími omezeními**, která potřebuje dobrovolník znát a brát na ně ohled při činnosti s pacientem:
  - léčba bolesti (náplasti a jiné léčebné prostředky),

- vizuální změny a senzorické (čichové) vjemy (např. u pacientů s mnohočetnými dekubity, viditelnými národovými změnami na různých částech těla apod.),
- katetry, stomie, PEG<sup>12</sup> aj.
- **Emocionální stavy a jejich vývoj u pacientů s nevyléčitelnou nemocí a jeho blízkých**, např. seznámení s pěti fázemi vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou (pět fází smutku dle modelu Elizabeth Kübler-Rossové) [13] [24].
- **Specifika komunikace a interakce s hospicovými pacienty** se odvíjí od typu a důsledku onemocnění (např. nádorové onemocnění mozku a nervové soustavy, demence, smyslové postižení), věkové struktury pacientů, emocionální fáze vyrovnání se se situací u pacienta. Dobrovolník potřebuje zvládat základní dovednosti v oblasti verbální i neverbální komunikace, případně i komunikace s využitím speciálních pomůcek (podrobněji viz kap. 5). Efektivní je zařadit do vzdělávání i konkrétní modelové situace pro nácvik vhodné reakce.
- **Etické a existenciální otázky**, které se mohou objevit v interakci dobrovolníka s pacientem a je vhodné na ně zaměřit pozornost se mohou týkat např. postoje k umírání a smrti, osobní zkušenosti, vývoje a změny hodnotových systémů, přístupu a přijetí rozdílnosti a jinakosti, otázky spirituální podpora pacientů v hospici.
- **Seberozvojová témata**, která pomohou dobrovolníkům uspořádat nabrané zkušenosti z dobrovolnické činnosti. Mezi ně patří např.:
  - Práce s vlastními emocemi, citové vazby a význam hranic v interakci s pacientem – seminář na toto téma vedený např. psychologem umožní dobrovolníkům včas se orientovat v situacích, které mohou být náročnější, než očekávali.
  - Psychický a osobnostní potenciál člověka.

Významná část dobrovolníků působí v PDZS delší dobu, často i několik let. Postupem času nabývají cenné zkušenosti v komunikaci s pacienty v preterminální fázi života, řada dobrovolníků je schopna i doprovázení pacientů v terminální, závěrečné fázi života.

**Zkušenosti dlouhodobě působících dobrovolníků v hospicové péči jsou velmi cenné a je velmi vhodné je předávat nově nastupujícím dobrovolníkům. Z toho důvodu by zkušení dobrovolníci měli být přizváni ke vstupním školením nebo do nadstavbových seminářů.**

---

<sup>12</sup> PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) – jedná se o výživu pacienta sondou zavedenou do žaludku přes břišní stěnu v situaci, kdy není možný příjem stravy ústy, např. z důvodu poruchy polykání.

## 4. Podpora dobrovolníků na onkologii, v hospici a v paliativní péči

**Onkologie, nádorové onemocnění, hospicová a paliativní péče jsou ve společnosti citlivá a stále ještě často tabuizovaná témata. Supervize dobrovolníků, kteří se odvážili do této oblasti vstoupit, je často jedinou možností a prostorem, kde mohou sdílet své zkušenosti a otevřeně o nich mluvit a ptát se. Supervize je důležitým nástrojem pro uvolnění vnitřního napětí a slouží k ventilaci a zpracování často dlouhodobých a nevyslovených emočních zátěží.**

Kontinuální podpora dobrovolníků docházejících za onkologicky nemocnými pacienty nebo do hospice je nezbytnou fází procesu, se kterou musí KDZS počítat a bez níž by realizace PDZS mohla dostat vážné trhliny (viz kap. 5.10. ZTM).

Podpora dobrovolníků může mít dvě formy:

1. **Průběžná podpora ze strany KDZS.**
2. **Supervize a/nebo intervize dobrovolníků.**

### 4.1 Podpora dobrovolníků ze strany KDZS

KDZS je pro dobrovolníky klíčovou osobou, na kterou se mají obracet, pokud se dostanou do situace, s níž si nevědí rady nebo je pro ně zatěžující. Obzvláště pro dobrovolníky působící na onkologii a v hospici, kde se vyskytuje řada situací, které by měl KDZS dobrovolníkům pomáhat řešit je proto důležité, aby pro ně byl důvěryhodnou a respektovanou osobou. Důvěra dobrovolníků v KDZS se zvyšuje, pokud koordinátor adekvátně reaguje na sdělované problémy a potřeby dobrovolníků.

Podpora dobrovolníků ze strany KDZS může být realizována:

- Formou individuálních konzultací s jednotlivými dobrovolníky, které mohou být jednorázové v případě potřeby nebo je lze nastavit pravidelně vždy po několika měsících a mohou tak zároveň plnit i evaluační funkci (tzn. KDZS pak tímto způsobem zároveň sleduje i spokojenost dobrovolníků s PDZS – viz kap. 2.3.).
- Další formou podpory ze strany KDZS může být realizace pro dobrovolníky zajímavých nadstavbových seminářů nebo společných dobrovolnických setkání teambuildingového charakteru (viz kap. 5.10. ZTM).

Nároky kladené na osobu KDZS z hlediska zajišťování kontinuální podpory dobrovolníků je třeba zohlednit v jeho časové kapacitě pro tuto část práce. Koordinátor samotný by měl mít také možnost využívat pravidelné individuální nebo skupinové supervize pro koordinátory dobrovolníků (viz kap. 4.2.3. ZTM).

### 4.2 Supervize a intervize dobrovolníků

Supervize dobrovolníků je pro dobrovolníky podpůrným prvkem a zároveň má zpětnovazebnou kontrolní funkci pro KDZS (viz kap. 5.10. ZTM).

**Supervizní podpora pro dobrovolníky na onkologii nebo v hospicové a paliativní péči je potřebná a nutná. Pro dobrovolníky působící v této oblasti by měla být nastavena vyšší frekvence skupinových supervizí než pro dobrovolníky na standardních odděleních/pracovištích a těch, kteří jsou zapojeni pouze v nespécifických dobrovolnických činnostech.**

**Výběr a role supervizora dobrovolníků na onkologii a v hospici:**

- Supervizor by měl rozumět roli dobrovolníka, podporovat jeho potenciál a také automaticky nepředpokládat, že dobrovolník na onkologii nebo v hospici „musí mít problém“.
- Je velkou výhodou, pokud je supervizor schopen věcně pracovat s náročnými tématy a zároveň takovým způsobem, aby dobrovolníky podpořil ve schopnosti získat nadhled a zpracovat nabyté zkušenosti tak, aby z nich mohli vytežit co nejvíce pro svůj další život a osobní růst.

Mezi témata, kterým by měl supervizor věnovat pozornost u dobrovolníků působících na onkologii nebo v hospici patří např.:

- **Úmrtí pacienta, přímé setkání dobrovolníka se smrtí.**
- **Citové vazby, překročení hranic vztahu s pacientem ze strany dobrovolníka.**



- **Setkání a kontakt s náročným pacientem** – může se jednat o nečekanou individuální náročnou situaci související např. s věkem pacienta, s příběhem a osudem pacienta, s obdobnou situací v paměti a osobním příběhu dobrovolníka (např. dobrovolník je konfrontován s pacientem v mezní životní situaci, který je stejné věkové skupiny).
- **Zvládání vypjatých emocionálních situací** v interakci s pacientem (negativní, arogantní a nepřátelsky laděný pacient, vydírající a manipulující pacient nebo jeho rodina či blízcí).
- **Zvládání nepříjemných smyslových vjemů** souvisejících s kontaktem s pacientem nebo prostředím oddělení.
- **Kvalita komunikace a spolupráce s personálem.**
- **Dobrovolníkovo vnímání kvality péče a interakce mezi pacientem a personálem.**

Témata, která jsou pro KDZS podstatná a na která chce zaměřit pozornost supervizora při supervizích, je vhodné zakomponovat do **kontraktu se supervizorem** (viz ADM, kap. 1.4.).

Podporu dobrovolníků lze realizovat také **formou intervizí**<sup>13</sup>. Tento typ podpůrných setkání (neformálních supervizí) neprobíhá pod vedením externího odborníka, intervizorem může být i někdo z **řad zaměstnanců PZS**. Může se jednat o psychologa nebo krizového interventu, který poskytuje i podporu pracovníkům a pracovním týmům v rámci PZS. Výhodou spolupráce s intervizorem může být jeho znalost provozu oddělení/pracoviště či hospice (viz kap. 5.10. ZTM a kap. 6.1.4. TM3). V případě potřeby a pokud k tomu má dostatečné kompetence, může vést intervizi i KDZS.

**Z pohledu frekvence supervize/intervize dobrovolníků je vhodné, aby dobrovolníci, kteří jsou v přímém kontaktu s onkologickými nebo hospicovými pacienty, měli vyšší frekvenci skupinových supervizí** (viz TM3, kap. 6.1.3.). Zejména u individuální formy pravidelného kontaktu s jedním pacientem je doporučená frekvence cca 6 supervizních setkání za rok, přičemž mohou být setkání rozdělena na supervize s externím supervizorem a na intervize. Je zároveň vhodné, aby dobrovolníci působící v oblasti onkologické a hospicové péče měli **možnost v případě akutní potřeby využít také individuální supervize.**

**Spolupráce koordinátora dobrovolníků se supervizorem, systematická práce s tematickými zápisy ze supervize** (viz ADM, kap. 3.7.1.) a **se zpětnými vazbami** od dobrovolníků, pacientů i personálu jsou zároveň **součástí řízení K+B PDZS** (viz kap. 7 ZTM a TM 12) a zároveň i **podklady pro celkovou evaluaci PDZS** (podrobněji viz kap. 8 a TM13).

<sup>13</sup> **Intervize** je méně formální forma supervize ke sdílení zkušeností, názorů a vzájemné podpory v rámci interní skupiny, bez vedení nezávislým externím pracovníkem.

## 5. Zásady komunikace a interakce s pacienty na onkologii a v hospici

Interakce a komunikace s pacienty PZS nemusí být zejména pro mladé dobrovolníky jednoduchá, proto by noví dobrovolníci měli být v rámci vstupního školení alespoň rámcově informováni o základních zásadách a pravidlech pro navazování kontaktu a komunikaci s dospělými pacienty. O komunikaci s pacienty s onkologickou diagnózou a s pacienty v hospici to platí o to více. Téma komunikace s pacienty se často objevuje na supervizích v různých podobách a také tam je možné na konkrétních situacích pod vedením supervizora se z diskuzí a sdílení praktických zkušeností dozvědět něco o funkčním přístupu k pacientům (viz kap. 5.10. ZTM).

Pro navazování prvního kontaktu a komunikaci dobrovolníka s pacientem na onkologii nebo v hospici je vhodné, aby byla nastavena tato univerzální pravidla:

- **Personál by měl pacienty předem informovat o možnosti zapojit se do činnosti s dobrovolníky.** Při posouzení aktuální potřeby pacientů z hlediska jejich fyzického a psychického stavu pak zjistit jejich zájem o kontakt s dobrovolníkem a dle toho udělat selekci, pro koho je konkrétní aktivita v danou chvíli vhodná a pro koho ne.
- **Dobrovolník by měl nabídnout konkrétní činnost pacientům doporučeným personálem.** Může je k zapojení motivovat, ale **činnost nevnucovat a respektovat pacientovo právo odmítnout** účast v nabízené dobrovolnické aktivitě (viz kap. 1.2.3.).
- Při vstupu do pokoje a při oslovení pacientů by se měl **dobrovolník vždy představit a vysvětlit svou pozici a roli dobrovolníka v rámci PDZS** (podrobněji viz TM3, modelové situace).
- **Dobrovolník by měl vždy postupovat a chovat se v souladu s Etickým kodexem dobrovolníka** (viz ADM, kap. 2.1.2. body 1 až 4). To znamená, že v komunikaci s pacientem/s pacienty je např. nepřijatelný manipulativní typ chování dobrovolníka. Vyloučení takového chování by mělo být předmětem pozornosti KDZS při vstupním výběru dobrovolníků i předmětem průběžné kontroly kvality činnosti dobrovolníků při kontaktu s pacienty.
- **Dobrovolník by měl respektovat místní provozní řád a zvyklosti.** To se týká např. vymezení času pro dobrovolnickou činnost dle doporučení zdravotníků nebo přizpůsobení tématu hovoru aktuálnímu prostoru, pokud pacient není sám na pokoji a rozhovor probíhá za přítomnosti dalších osob.

Některé faktory ovlivňující komunikaci s pacienty jsou stejné jako u jiných typů onemocnění. Zásady pro komunikaci s dospělými pacienty jsou podrobně popsány v TM5, kap. 5. Zásady pro komunikaci s dětskými pacienty různého věku a s jejich rodinnými příslušníky a zákonnými zástupci jsou podrobně zpracovány v TM4, kap. 4. Komunikace dobrovolníka s onkologickým a hospicovým pacientem má však svá další specifika, která jsou popsána v následujících kapitolách.

### 5.1 Zásady komunikace s onkologickým pacientem

V komunikaci s pacienty s onkologickým onemocněním je třeba brát zřetel na věk pacienta. Komunikace s dospělým onkologickým pacientem je odlišná od komunikace s dítětem i adolescentem, u kterých může do komunikace ještě vstupovat jejich rodinný příslušník/zákonný zástupce.

#### 5.1.1 Komunikace s dospělým onkologickým pacientem

V komunikaci dobrovolníka s dospělým onkologickým pacientem je třeba zohlednit především faktory specifické pro onkologické onemocnění a jeho léčbu, které mohou v komunikaci bránit nebo ji limitovat:

- **Emocionální nevyrovnanost s onemocněním**, s léčbou a s tím související úzkost a strach z dalšího vývoje nemoci, případně ze smrti.
- **Stud pacienta z důvodu vizuálních změn**, např. při ztrátě vlasů při léčbě, stav po amputaci končetiny, prsu apod.
- **Kognitivní porucha nebo smyslové postižení** přichází v úvahu např. po neurochirurgické operaci.
- **Omezená hybnost** a nutnost používat vozík nebo protězu končetiny.

Ze strany dobrovolníka je důležité být vnímavý a porozumět výše uvedeným faktorům a projevit to v přístupu a v postoji k pacientovi. Zejména:

- Respektovat jeho stav, situaci a rozhodnutí, případně poskytnout pacientovi potřebný čas se rozhodnout.
- Nevnucovat pomoc, být trpělivý.
- Neotevírat násilně témata hovoru, pokud pacient sám na dané téma nezačne hovořit.

### 5.1.2 Komunikace s dětským onkologickým pacientem

V komunikaci dobrovolníka s dětským onkologickým pacientem je potřeba respektovat především věk dítěte nebo adolescenta, protože věk významně ovlivňuje téma hovoru.

Psychosociální podpora dítěte i rodiny je na dětské onkologii zcela zásadní, proto v týmech odborného personálu jsou zastoupeni psychologové, herní terapeuti, zdravotně sociální pracovníci i pracovníci poskytující spirituální péči. Nasměrování činnosti dobrovolníka a informace o důležitých prvcích v komunikaci s konkrétním pacientem by měla vzejít ze spolupráce s těmito pracovníky.

**Před vstupem do kontaktu s dítětem s nádorovým onemocněním by dobrovolník měl být alespoň rámcově informován odborným personálem o míře a úrovni informovanosti dítěte.**

U dětí s onkologickým onemocněním je třeba počítat s tím, že často už mají nebo mohou mít nějaké informace o svém onemocnění a svou situaci určitým způsobem vnímají. Proto by měl být dobrovolník předem personálem informován, jak na tom dítě v tomto ohledu je, aby při hovoru s ním nebyl zaskočen a nepřipraven. **Pokud k takové situaci přece jen dojde, měl by tuto zkušenost konzultovat s KDZS nebo s kontaktní osobou a zároveň také může tuto svou zkušenost otevřít na supervizi. Pokud nemá dobrovolník možnost takovou situaci prodiskutovat a zpracovat, může to být pro něho traumatizující zkušenost a významně demotivující prvek pro další setrvání v PDZS (viz kap. 3.2.2.).**

Pro komunikaci dobrovolníka s rodinným příslušníkem či zákonným zástupcem dítěte s onkologickým onemocněním obecně platí, že by se dobrovolník neměl nechat vtahovat do hovoru o nemoci a její léčbě. Takové téma se může otevřít, když např.:

- Rodinný příslušník/zákonný zástupce zpochybňuje práci personálu.
- Rodinný příslušník/zákonný zástupce chce od dobrovolníka rady, ke kterým dobrovolník nemá žádné kompetence (např. ujištění, že „určitě všechno dobře dopadne“).
- Rodič/zákonný zástupce se dobrovolníka ptá např. „Co byste dělal na mém místě vy“? V takovém případě může dobrovolník odpovědět, že neví a současně vyjádřit pochopení (např. sdělením, že „je to určitě hodně těžké“).

## 5.2 Komunikace s pacientem v hospicové péči

Komunikaci s pacientem, který je hospitalizován v hospici nebo na paliativním lůžku u PZS, ovlivňují specifika, která mohou konkrétně souviset:

- **S mírou informovanosti pacienta o tom, kde se nachází** (pacient často neví nebo nechce vědět, že je v hospici a popírá to).
- **S mírou informovanosti pacienta o jeho situaci a stavu** a s fází přijetí a vyrovnání se s nemocí [13] [24], která významně ovlivňuje pacientovo chování a přístup k okolí.
- **S fyzickým zdravotním stavem**, např. zda je u pacienta přítomné smyslové nebo kognitivní postižení.
- **S podporou rodiny a blízkých**, zda pacient má nebo nemá někoho, kdo za ním pravidelně chodí na návštěvu.

Příklady konkrétních situací, které patří v komunikaci dobrovolníků s hospicovými pacienty mezi náročné:

- Situace, ve kterých je **dobrovolník konfrontován s popíráním ze strany pacienta.**
- **Pacient vyžaduje konkrétní informace** o svém zdravotním stavu a prognóze.
- Pacient stále opakuje **otázky typu: „Proč zrovna já?“**
- Komunikace s **pacientem s výrazně negativními emocionálními projevy** (např. negativismus, zlobné projevy, odmítání až agrese vůči dobrovolníkovi).

Obecně pro komunikaci dobrovolníka s pacientem v hospici platí:

- Dobrovolník by pacientovi **neměl nic vyvracet a neměl by ho přesvědčovat o opaku**, i když ví, že sdělení pacienta neodpovídají skutečnosti.

- V případě, že pacient na dobrovolníka vznáší **otázky týkající se jeho zdravotního stavu, prognózy atd., dobrovolník by měl pacienta nasměrovat na zdravotnický personál**. Obecně není doporučeno podporovat u pacienta nerelevantní naději. Na způsobu komunikace s konkrétním pacientem v této citlivé oblasti by měl být dobrovolník domluven s KDZS a s personálem, aby všichni postupovali koordinovaně.
- **Dobrovolník nesmí sdělovat zásadní informace o pacientovi rodinným příslušníkům či osobám blízkým**, ani v osobním kontaktu ani telefonicky, zejména pokud se jedná o informace o vývoji pacientova zdravotního stavu nebo informace o případném úmrtí pacienta. I zde platí, že s tímto typem dotazů dobrovolník odkazuje pacienta nebo rodinného příslušníka či osobu blízkou na personál, v případě komplikované situace řeší postup s KDZS.
- **Náhle vzniklé emočně vypjaté situace** v interakci s pacientem, ve kterých se dobrovolník přestane cítit dobře, by měl dobrovolník řešit na místě **s přítomným personálem**.
- **O setrvání v dlouhodobém individuálním kontaktu s negativně laděným pacientem rozhoduje dobrovolník**, podle svého vlastního uvážení. Pro rozbor náročné situace je dobrovolníkovi k dispozici individuální a skupinová supervize, v urgentním případě by měl situaci konzultovat s KDZS,
- Jakékoli **nové nebo nečekané prvky, které se v komunikaci dobrovolníka s konkrétním pacientem objeví**, by měl dobrovolník **oznámit personálu**. Dobrovolník by měl počítat s tím, že stav pacienta v hospici může být i delší dobu stabilizovaný, ale také se může změnit v průběhu dobrovolnickovy návštěvy. Informace o změnách v komunikaci a v chování pacienta při návštěvě dobrovolníka mohou být pro personál důležité.

**V péči o pacienty v hospici má významné místo individuální přístup ke každému pacientovi. Proto je nezbytná úzká spolupráce dobrovolníků s personálem, která je prospěšná pro všechny zúčastněné strany.**

**Dobry vztah a oboustranné předávání informací mezi dobrovolníky a odborným personálem v hospici vytváří společně fungující tým a je v zájmu pacienta i všech zúčastněných.**

## 6. Související legislativa

### Mezinárodní smlouvy, které jsou součástí českého právního řádu:

- **Úmluva o právech dítěte**, publikovaná ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb. jako sdělení o sjednání Úmluvy o právech dítěte [20].
- **Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod**, publikovaná ve Sbírce zákonů pod č. 209/1992 Sb. jako sdělení o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících [26].
- **Úmluva o lidských právech a biomedicíně**, publikována ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 96/2001 Sb. m. s. jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně [21].
- **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením**, publikovaná ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s. jako sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením [22].

### Prameny práva Evropské unie:

- **Listina základních práv Evropské unie** [13].

### Zákony ČR:

- **Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů** [27].
- **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů** [28].
- **Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů** [29].

### Věstníky MZ:

- **Věstník MZ č. 6/2009:** Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů [13].
- **Věstník MZ č. 4/2022:** Metodický pokyn MZ k činnosti konziliárních týmů paliativní péče v rámci poskytovatele lůžkové zdravotní péče [16].

### Další mezinárodní dokumenty s vazbou na PDZS:

- **Charta práv hospitalizovaných dětí, tzv. Charta EACH** (1988) (European Association for Children in Hospital) [4]. Český překlad [9].
- **Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících")** [3].
- **Charta práv dětí, jejichž život je v důsledku jejich nemoci nebo stavu zkrácen či ohrožen** (2018) [8].
- **Evropská charta práv starších pacientů s potřebou dlouhodobé péče a asistence** (EU, 2010) [5].

## 7. Použitá literatura

Tento tematický manuál byl zpracován na základě dlouholetých zkušeností autorského týmu s vývojem dobrovolnických programů ve zdravotnictví v oborech onkologie a hospicové péče. Základ textu vychází z „Metodického doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů“ uveřejněného ve Věstníku MZ č. 6/2009 [13], ve kterém byly využity zkušenosti a náměty členů realizačního týmu a zástupců poskytovatelů zdravotních služeb s realizací dobrovolnických aktivit na pracovištích pro dětské i dospělé onkologické pacienty, kteří v roce 2008 spolupracovali na projektu MZ. Do zpracování finálního textu se dále promítly zkušenosti a náměty poskytovatelů zdravotních služeb a organizací zapojených v projektu MZ „Efektivizace systému nemocniční péče v ČR prostřednictvím dobrovolnické činnosti, reg. č. CZ.03.3.X/0.0/0.0/15\_018/0007517, spolufinancovaného Evropskou unií z Evropského sociálního fondu v rámci Operačního programu Zaměstnanost v letech 2019-2023. V pilotní části projektu bylo zapojeno třicet poskytovatelů zdravotních služeb. Zpracovány byly i podněty od skupiny 170 organizací, kteří se účastnili dotazníkových šetření a diskuzních workshopů/kulatých stolů v rámci tohoto projektu.

### Dále byly využity zdroje:

- [1] CASIDAY, R., KINSMAN, E., BAMBRA, C. (2008): Volunteering and Health: What Impact Does It Really Have? Report to Volunteering England 2008, University of Wales.
- [2] DOLNICAR, S.; RANDLE, M. (2007): What Motivates Which Volunteers? *Voluntas* No. 18, p. 135-155, Springer 2007.
- [3] Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících"). Dostupné online [.cestadomu.cz/res/archive/001/000130.pdf?seek=1586849882](http://cestadomu.cz/res/archive/001/000130.pdf?seek=1586849882).
- [4] EACH Charter. Dostupné online <https://each-for-sick-children.org/each-charter/>.
- [5] Evropská charta práv starších pacientů s potřebou dlouhodobé péče a asistence; [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/22495\\_guide\\_accompagnement\\_EN\\_low.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/22495_guide_accompagnement_EN_low.pdf)
- [6] GRIMM, R.; SPRING, K.; DIETZ, N. (2007). The Health Benefits of Volunteering: A Review of Recent Research. Corporation for National and Community Service, Office of Research and Policy Development, Washington DC 2007.
- [7] Hospicová péče. Dostupné online <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/hospic-a-mobilni-hospic>.
- [8] Charta práv dětí, jejichž život je v důsledku jejich nemoci nebo stavu zkrácen či ohrožen. Dostupné online <https://detska.paliativnimedicina.cz/detska-paliativni-pece-vice-informaci-6-6-2018-charta-prav-prav-deti-jejichz-zivot-je-v-dusledku-jejich-nemoci-nebo-stavu-zkracen-ci-ohrozen-international-childrens-palliative-care-network-ic/>.
- [9] Charta práv hospitalizovaných dětí – český překlad Charty EACH. Dostupné online <https://detska.paliativnimedicina.cz/charter/>.
- [10] Charta práv pacientů se stomií, <https://www.ilco.cz/charta-prav-stomiku/>.
- [11] Když jde do nemocnice dítě. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné online: <https://www.nzip.cz/clanek/275-kdyz-jde-do-nemocnice-dite>.
- [12] KESS (2020). The role of the hospice volunteer in community settings [https://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/knowledge\\_exchange/briefing\\_papers/series3/draper060214.pdf](https://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/knowledge_exchange/briefing_papers/series3/draper060214.pdf).
- [13] KÜBLER-ROSS, E. (2015): O smrti a umírání. Z angl. originálu přeložil Jiří Královec, Portál, 2015, Vyd. druhé, přepracované; ISBN 978-80-262-0911-9.
- [14] Listina základních práv Evropské unie. Dostupné online z [http://data.europa.eu/eli/treaty/char\\_2012/oj](http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2012/oj).

- [15] Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů, Věstník MZ č. 6/2009; dostupné online <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-6-2009/>.
- [16] Metodický pokyn MZ k činnosti konziliárních týmů paliativní péče v rámci poskytovatele lůžkové zdravotní péče, Věstník MZ č. 4/2022; <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-4-2022/>.
- [17] Paliativní péče. Dostupné online <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.
- [18] Práva a povinnosti pacientů. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z <https://www.nzip.cz/clanek/1075-prava-a-povinnosti-pacientu>.
- [19] Práva dítěte. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z <https://www.nzip.cz/clanek/239-prava-ditete>.
- [20] Sdělení č. 104/1991 Sb., o sjednání Úmluvy o právech dítěte; další informace viz: Úmluva o právech dítěte a související dokumenty. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>.
- [21] Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
- [22] Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.
- [23] SKOGLUND, A. G. (2006): Do Not Forget About Your Volunteers: A Qualitative Analysis of Factors Influencing Volunteer Turnover. *Health & Social Work* Vol. 31 No. 3, p. 217-220, ProQuest Psychology Journals 2006.
- [24] SVATOŠOVÁ M. (2008): Hospice a umění doprovázet, str. 124, ISBN 978-80-7195-307-4, 6. vydání 2008.
- [25] SZULC, M., and PARCHEM, K. (2014). The structure of values and sense of coherence hospice volunteers. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, Vol. 6, No. 2, pp. 89-94.
- [26] Usnesení č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- [27] Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- [28] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- [29] Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

## 8. Seznam tabulek a obrázků

Tabulka 1: Typy pracovišť dle formy poskytované péče a lékařských oborů	7
Obrázek 1: Faktory rozhodování o výsledném efektu PDZS.....	5

## 9. Příloha

### Charta práv umírajících

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, "že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel." V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že "prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení."
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících.
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:



- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení atd.).
  - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
  - Umírání o samotě a v zanedbání.
  - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží.
  - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
  - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) Že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
  - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
  - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
  - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
  - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
  - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající.
  - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
  - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
  - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
  - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.
  - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.
- b) Tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.
  - aby měla každá nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.
  - aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.
  - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevů vůle (living will), v "pořízení" nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
  - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.
  - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- c) Že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že "nikdo nemá být úmyslně zbaven života".
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

*Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 "O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících" ("Charta práv umírajících").*

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

*Z anglického originálu © Cesta domů přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický*