Paliativní péče v zařízeních sociálních služeb

ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D.
Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, Ostrava

Cílem předloženého článku je představit v kontextu České republiky možnosti implementace paliativní péče do prostředí pobytových zařízení sociálních služeb. Na základě prostudované relevantní zahraniční i domácí literatury a výstupů zaangažovaných aktérů procesu (především na webových stránkách těchto organizací), se potvrdilo, že implementace na základě konkrétních kroků jak ze strany příslušných ministerstev, tak za podpory odborných organizací, je nejen teoreticky zakotvena, ale již v mnoha zařízeních probíhá, a dokonce se na základě kvalitních evaluačních procesů i vzájemné podpory a sdílení zkušeností posouvá na vyšší úrovně.

Klíčová slova: *paliativní péče, geriatrie, pobytová zařízení sociálních služeb, multidisciplinarita, celostní přístup, zdravotně sociální pomezí, edukace, evaluace*

Palliative care in social service facilities
The aim of the article is to present in the context of the Czech Republic the possibilities of implementing palliative care in the area of residential social service facilities. Based on the studied relevant foreign and czech literature and the outputs of the involved actors of the process (especially on the websites of these organizations), it was confirmed that the implementation based on specific steps by both the relevant ministries and with the support of professional organizations is not only theoretically anchored, but is already underway in many facilities and is even moving to higher levels based on high-quality evaluation processes, mutual support and sharing of experiences.

Key words: *palliative care, geriatrics, residential social service facilities, multidisciplinary, holistic approach, health-social boundary, education, evaluation*

Paliat. med. liec. boles., 2026;19(1e):6-9

ÚVOD

Oblast paliativní péče se v rámci České republiky za posledních dvacet let rozšířila nejen co do kvantity, ale také kvalitativní posun je více než zřetelný. Vývoj se odvíjí od prvopočátků paliativní myšlenky zakládáním lůžkových hospiců přes mobilní hospice až k paliativním ambulancím, konziliárním týmům v rámci nemocnic i poradnám. Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb. v § 7 – 11 (1) zakotvuje rozdělení na paliativní přístup, obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči, precizuje institut dříve vysloveného přání (§ 36) a i v jiných dokumentech se legislativa Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) a Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) této problematice věnuje, jak bude uvedeno dále. Toto vše je podporováno vzdělávacími instituty i nadačními fondy.

Původní vnímání, které zčásti převládá ve společnosti doposud, že totiž paliativní péče se týká pouze onkologických onemocnění, se již také proměňuje a posouvá směrem k jiným diagnózám, především neurologickým, kardiologickým a dalším. V posledních letech se taktéž rozvíjí zcela specifická oblast perinatální a dětské paliativní péče zaměřená na genetické a vrozené vady, náhlá úmrtí kojenců, ale také na péči o děti se střednědobou perspektivou dožití ve smyslu včasné paliativní péče.

PALIATIVNÍ PÉČE V GERIATRII

V kontextu předchozího se taktéž stále intenzivněji dostává do popředí téma paliativní péče v geriatrii, specificky pak v lůžkových zařízeních sociálních služeb (domovy pro seniory).

Geriatrická paliativní péče do sebe zahrnuje a integruje dvě specializace, totiž paliativní medicínu a geriatrii, a to takovým způsobem, aby bylo možno využít poznatků obou medicínských oborů, ale také poskytnout kvalitní multidisciplinární přístup týmem složeným nejen z lékařů, ale také z ostatních profesí, které jsou součástí paliativních týmů (2). V oblasti geriatrie je navíc obzvlášť zřejmá potřebnost práce na sociálně zdravotnickém pomezí. Oproti názoru, který upozorňuje na nebezpečí rozšíření (a tak i rozmělnění) užívání pojmu paliativní péče na všechny uvažované případy, je nutné upozornit na skutečnost, že námi popisovaná oblast si zaslouží paliativní uvažování právě proto, že se jedná o závěr života seniora, kdy je nezbytné podporovat všemi dostupnými způsoby jeho uskutečnění na všech rovinách lidského bytí (fyzické, psychické, sociální i spirituální), a to v návaznosti na etický princip důstojnosti s přihlédnutím k právu klienta na sebevyjádření a sebeurčení (3).

Přesto, že v obecném povědomí společnosti stále panuje předsudek, že paliativní péče se týká pouze onkologických pacientů, zároveň se alespoň u odborné veřejnosti stále více dostává do povědomí skutečnost, že tomu tak nemusí být, jak jsme již uvedli výše. V souvislosti s lůžkovými zařízeními sociálních služeb sice výzkum Craiga a Vlčkové potvrzuje 26% výskytu klientů s onkologickým onemocněním (4), ovšem u velké většiny klientů se jedná spíše o přítomnost polymorbidity s diagnostikovaným syndromem geriatrické křehkosti (frailty syndrom) (2), který je typickým a častým modelem multimodálního souboru chronických onemocnění. Frailty ve velké většině případů nestojí samostatně, ale je kombinována nejčastěji se syndromy demence – Alzheimerovy nemoci (60 – 80%), vaskulární demencí (10 – 20%) a ostatními (2). Na základě výše uvedeného je doporučena indikace geriatrické paliativní péče v případě, kdy se vzájemně kombinují geriatrické syndromy (imobilita, instabilita, frailty, závislost na péči) s přítomností výrazné symptomové zátěže (bolest, dušnost, delirantní stavy, úzkost) a s pozdními fázemi některých onemocnění (onkologická, kardiální selhávání, centrální mozková příhoda, demence) (2).

PŘEDPOKLADY PRO PALIATIVNÍ PÉČI V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Všechny aspekty geriatrických preterminálních a terminálních stavů, které byly výše zmíněny, vedly velmi často a také bohužel stále vedou k hospitalizacím a rehospitalizacím klientů. Jak sami zaměstnanci lůžkových zařízení sociálních služeb potvrdili ve výzkumu provedeném Pechovou a Loučkou (5), spatřují v takovémto síťování nesporné výhody, jimiž jsou přístrojové a diagnostické vybavení nemocnic, lepší medikace, přítomnost lékaře a průběžné monitorování stavu na velmi vysoké úrovni. Velmi důležitou roli v tomto přístupu hraje také ochrana před stížnostmi rodinných příslušníků na kvalitu poskytované péče, jak potvrzuje i Tomiczek s kolegyněmi (6). Tato pozitiva jsou ovšem překryta nespornými negativy, která vycházejí z nedostatečné reflexe a aplikace paliativních principů na péči o klienta v závěru života (7).

Je potřeba ovšem zdůraznit, že i v těchto obtížných etických rozhodováních existují řešení, která se personálu v rámci komunikace s klientem v závěru života a s jeho blízkými nabízejí. Základní možností je formalizovat například plán péče v závěru života, který může být zpracován ve spolupráci s klientem a jeho rodinou už nedlouho po přijetí do zařízení (6), či dokonce využít Institut dříve vysloveného přání (1), jenž vychází z evropské legislativy a v rámci českého právního systému je velmi kvalitně formulován. Tyto postupy by zcela jistě zabránily, nebo alespoň výrazně omezily, konfliktní situace, k nimž dochází především z důvodu nekvalitní komunikace mezi pracovníky zařízení, rodinnými příslušníky a personálem nemocnice, popřípadě Zdravotnickou záchrannou službou (ZZS) (5).

Obecným východiskem pro diskurz na téma péče o klienta v závěru jeho života, jak se domníváme, je jednoduchá úvaha, že totiž většina obyvatelstva si přeje zemřít doma, i když realita je zcela odlišná. Klient má ovšem své „doma“ v lůžkovém zařízení sociálních služeb, a to se vším, co toto „doma“ obnáší, tedy nejen délka pobytu, ale také prostředí a hlavně vztahy. Pak se nejen předpokládá, ale mnohdy i sám klient toto verbalizuje, že totiž chce strávit poslední chvíle života v domově pro seniory. Tento požadavek je potřeba nejprve vůbec (často mimochodem) zaslechnout a následně mu přizpůsobit individuální plán péče, to vše ovšem bez obav z neadekvátních reakcí nejen rodinných příslušníků klienta, ale také mnohdy managementu zařízení (8).

Této skutečnosti si je vědomo i MZČR, které v dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035 (7), popisuje výhody péče o klienta v závěru života v domově pro seniory charakteristikami, jimiž jsou známé prostředí, kontinuita péče, sociální aspekt, dostupnost péče, nižší náklady a mezioborová spolupráce. Zároveň však také upozorňuje na rizika, mezi něž řadí nedostatky v personálním zajištění specializované paliativní péče, omezené zdravotnické vybavení, kapacitní omezení, nedostatek odborné (lékařské) podpory, financování a oblast nedostatku vzdělání personálu (7).

Při zvážení všech pozitiv a negativ implementace paliativní péče do lůžkových zařízení sociálních služeb je potřeba vzít do úvahy i konfliktní situace, které mohou vyvstat a také vyvstávají, když se potkají tři „světy“, totiž (spíše sociálně zaměřený) domov pro seniory, zdravotnické zařízení – nemocnice (především geriatrická interní oddělení) a na akutní stavy zaměřená ZZS. Jejich vzájemná kompatibilita je na dosti nízké úrovni, proto často dochází ke konfliktním situacím a vzájemným neporozuměním, což by jistě do značné míry mohly eliminovat nastavené systémy a postupy lůžkových zařízení sociálních služeb. Mnohé se již děje spíše na podnět mobilních hospiců, které řeší podobný problém u rodin, jenž, byť jsou v této věci edukovány, velmi často ke svým umírajícím v domácím prostředí volají ZZS (6). Spojitost mezi touto situací a situacemi v domovech pro seniory je více než zřejmá a jistě je možné použít již zavedené postupy mobilních hospiců i v prostředí lůžkových zařízení sociálních služeb.

KOMUNIKACE S KLIENTEM A RODINOU V KONTEXTU PALIATIVNÍ PÉČE

V péči o klienty v závěru života hraje neodmyslitelnou roli jejich rodina a nejbližší. S vědomím toho, že ne všude jsou rodinné vztahy optimální, komunikace s blízkými a jejich zapojení, spoluodpovědnost a empowerment v rámci péče se stává nezbytnou součástí činnosti paliativních týmů v pobytových službách a je nezbytné, aby k ní docházelo už od počátku přijetí klienta do příslušného domova pro seniory, popřípadě ještě tehdy, kdy je klient lucidní a schopen se vyjádřit a zapojit do plánu péče (4).

Pro pracovníky jednotlivých organizací je ovšem nutné rozlišovat mezi informovaností a komunikací. Informovanost je chápána v tomto kontextu jako soubor jednosměrně předaných dat a informací, komunikaci chápeme jako samotný proces, tedy to, co se „děje“ mezi tím, kdo sděluje a kdo přijímá, což v sobě zahrnuje mnoho aspektů, které ovšem nemohou být v rámci tohoto textu plně reflektovány. Obecně také můžeme říci, že záleží na samotných rodinách, jelikož některé chtějí být informovány o závěru života jejich blízkého, jiné ovšem nikoli.

Tomiczek et al. (6), co se týče informovanosti, identifikovali její dvě roviny. Tou první je rovina konkrétní, postavena na předání praktických informací. Vzhledem k tomu, že ve většinové populaci obecně panuje malá informovanost o těchto službách, jedná se ze strany organizace o konkrétní informace o péči, jakými jsou představení daného domova pro seniory, srozumitelné vysvětlení paliativního přístupu, jeho fází, nejen zdravotních změn v závěru života, ale také změn v celé šíři celostního prožívání osoby klienta. Potřebné je také vysvětlení důležitosti komplexního přístupu a s tím spojených kompetencí jednotlivých aktérů procesu (včetně klienta a rodiny), popřípadě nabídka letáčků nebo informačních webů z důvodu možné zahlcenosti prvotními informacemi a jejich možnému následnému ověření.

Druhá rovina informovanosti a s ní spojené komunikace se týká mnohem hlubších a náročnějších témat. Jedná se zde především o otázku nakládání s informacemi, jelikož klienti často nechtějí komunikovat o svém stavu s rodinou ani blízkými. Na personál je mnohdy veden silný tlak ze strany klienta ale i rodin, aby zatajil informace o zdravotním stavu druhé straně. V této souvislosti následně vyvstává etické dilema, kam až sahá naše „moc“ říct nebo neříct pravdu a také to, jakým způsobem do komunikačního procesu vstupuje lékař.

Více než zřejmá tedy je potřeba přijetí diagnózy a prognózy rodinou. Zde mohou ale narážet na sebe odlišné přístupy, představy nemocného totiž nemusí být (a často nejsou) kompatibilní s představami blízkých. V otázce, jak komunikovat náročná témata, zaznívá také potřebnost využití prvků krizové intervence a základních znalostí a dovedností v jejich aplikaci na konkrétní situaci, která může vyvstat. Nezbytnými se tak stávají rodinné konference, které v bezpečném prostředí a s dostatečným časovým komfortem mohou mezi jiným pomoci otevírat náročná témata. Zde se může člen paliativního týmu stát mediátorem v komunikaci mezi klientem a jeho rodinou v závěru klientova života, kdy tito mají také prostor sdělit si navzájem důležité věci, na něž nebyl čas v běžných situacích. Jak potvrzují Pechová a Loučka (5), produktem takovýchto rodinných konferencí by mohl být formalizovaný plán péče v závěru života, podepsaný zúčastněnými stranami, který by sloužil jako vodítko a jakási forma konsenzu i „pojistky" personálu proti případným stížnostem na nedostatečnou péči v procesu umírání.

LEGISLATIVNÍ PODPORA

Efektivní implementace paliativní péče v domovech pro seniory vyžaduje v českém prostředí překonání resortní fragmentace prostřednictvím důsledné aplikace tří základních právních norem. Tyto normy tvoří provázaný systém, který definuje etický rámec, personální legitimitu a ekonomickou udržitelnost paliativních procesů.

Základním kamenem pro poskytování paliativní péče v sociálních službách je Zákon o sociálních službách (9), který v § 2 explicitně definuje jako cíl služby zachování lidské důstojnosti a podporu nezávislosti. V kontextu paliativy je klíčové naplňování Standardů kvality sociálních služeb, zejména standardu č. 1 (Cíle a způsoby poskytování služeb) a č. 5 (Individuální plánování).

Aby mohl paliativní tým v domově pro seniory legálně vyvíjet svou činnost, musí se opírat o Zákon o zdravotních službách (1). Ten v § 5 odst. 2 písm. f definuje paliativní péči jako formu zdravotní péče zaměřenou na zmírnění utrpení a zachování kvality života. Zásadním ustanovením je § 11 odst. 2 písm. bd, který dává domovům pro seniory status poskytovatele sociálních služeb oprávněného poskytovat zdravotní služby. Tento legislativní „most" tvoří nezbytný právní podklad pro existenci zdravotnických pozic (včetně lékaře-specialisty) přímo v organizační struktuře sociálního zařízení, čímž legitimuje jejich odborné intervence u lůžka klienta.

Ekonomická stabilita paliativních týmů je v konečném důsledku závislá na Zákonu o nemocenském pojištění (10). Ten určuje pravidla pro úhradu zdravotních výkonů z prostředků zdravotních pojišťoven. Pro domovy pro seniory je klíčové nasmlouvání odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách).

Zásadním posunem v posledních letech je možnost vykázání výkonů paliativní medicíny, jako je například signální kód pro paliativní konzilium. Tyto úhrady jsou však podmíněny striktním splněním požadavků na personální a technické vybavení (např. dostupnost lékaře s příslušnou atestací a materiální zajištění pro symptomatickou léčbu). Právě schopnost zařízení naplnit tyto podmínky a uzavřít smluvní vztah s pojišťovnou je dnes dělícím prvkem mezi zařízením poskytujícím pouze základní ošetřovatelskou péči a moderním domovem s plnohodnotným paliativním programem.

V rámci nastavování legislativních procesů a jejich implementace Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky je zřetelný zájem o podporu paliativní péče včetně domovů pro seniory, který se opírá o zjištění mezirezortního informačního systému propojujícího populační a komplexní data ze zdravotních i sociálních služeb. Toto je také důvod pro vznik dokumentu pod názvem Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035, o němž jsme se zmiňovali již výše. V dokumentu je predikováno, že se stárnutím populace se bude v dalších zhruba 20 letech zvyšovat potřeba následné a dlouhodobé péče. Tvrdí, že potřebné kapacity sociálnězdravotních služeb jsou predikovatelné a platí to zejména o péči o seniorní pacienty v závěru života. Více než 60 % ročních úmrtí je očekávatelných a 60 % z nich proběhne na akutním nemocničním lůžku. Pacientů s chronickým onemocněním a očekávaným úmrtím, kteří zemřeli na akutním lůžku a neměli žádnou paliativní péči, bylo v roce 2021 přes 43 000. Pokud nedojde ke změně, zvýší se za deset let toto číslo na 150 000. Celý systém včetně paliativní péče v domovech pro seniory je tedy třeba dimenzovat v návaznosti na zjištění analýz a prediktivních modelů demografického vývoje (7).

PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE

To, že implementace paliativní péče do lůžkových zařízení sociálních služeb není jen teoretickým konceptem, ale má již konkrétní praktické výstupy, potvrzuje projekt „program rozvoje paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory", který se uskutečnil ve 30 zařízeních napříč Českou republikou od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2024. Projekt byl financován z fondu Abakus (www.abakus.cz) za odborného partnerství Centra paliativní péče (www.paliativnicentrum.cz) a organizace Sue Ryder (www.sue-ryder.cz). Evaluační zpráva tohoto projektu (11) potvrzuje dvanáct tvrzení dokládajících pozitivní dopad programu. Z těchto tvrzení bychom zdůraznili především podporu kompetencí zaměstnanců, zavedení zcela nové pozice koordinátora paliativní péče, zavedení nástrojů pro dokumentaci plánů péče v závěru života, zavedení mentoringu a prohloubení spolupráce poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb v regionech. Nezanedbatelnou roli také hraje skutečnost, že program má udržitelné výsledky.

Úspěšnost implementačního programu dokazují také data poukazující na snížení úmrtí klientů v nemocnicích v prvním běhu programu o 27%, ve druhém běhu o 12%. Důkazem úspěšné implementace je i to, že v místě dle svých preferencí zemřelo v roce 2024 přibližně 70 % klientů organizací prvního i druhého běhu programu (11).

ZÁVĚR

Paliativní péče v závěru života člověka není omezena pouze na akutní lůžkovou péči, ale má mnohem širší možnosti implementace, aniž by ztratila nebo rozmělnila svá vlastní východiska a specifika. Tento přehledový článek se snažil poukázat na skutečnost, že v českém prostředí se tomu tak již děje mimo jiné i v rámci pobytových zařízení sociálních služeb.

Publikační výstupy, informační letáky i konkrétní zkušenosti jednotlivých zařízení mohou v návaznosti na podporu ze stra-

ny ministerstev i zapojených odborných organizací poskytnout sdílení dobré praxe i motivaci pro změnu pro další zájemce. Jen tímto způsobem je možné, aby klient za podpory svých rodinných příslušníků i edukovaných a aktivních zaměstnanců prožil poslední chvíle svého života v prostředí zaměřeném na posilu jeho důstojnosti a s jedinečným individuálním přístupem.

Autor deklaruje, že nemá žiadny potenciálny konflikt záujmov.

ThLic. Václav Tomiczek, Ph.D.
Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií,
Českobratrská 16, 702 00 Ostrava
vaclav.tomiczek@osu.cz

Literatura

1. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. In: Sbírka zákonů České republiky, 2011, částka 131. Dostupné z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2011/372/2025-04-01?zalozka=text [cit. 2026-05-27].
2. Sláma O, Kabelka L. Paliativní medicína pro praxi. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022.
3. Novotný R, Novotná Z, Andraščíková Š, et al. Dignity of individuals with dementia, palliative care, and futile treatment. Online. Ethics & Bioethics. 2023;13(1-2):38-50. Dostupné z: https://doi.org/10.2478/ebce-2023-0009 [cit. 2026-05-27].
4. Craig S, Cao Y, McMahon J, et al. Exploring the Holistic Needs of People Living with Cancer in Care Homes: An Integrative Review. Online. Healthcare. 2023;11(24):3166. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/healthcare11243166 [cit. 2026-05-27].
5. Pechová K, Loučka M. Factors Influencing Decision Making in Terminal Hospitalization of Nursing Home Residents: A Qualitative Study of the Perspective of Nurses, Social Workers, and General Practitioners. Online. Journal of Gerontological Social Work. 2023;66(7):942-959. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/01634372.2023.2199796 [cit. 2026-05-27].
6. Tomiczek V, Dvořáková T, Hanyášová H. Možnosti implementace paliativní péče v rámci sociálních služeb. Online. PAL.MED.CZ. 2024;5(3):41-46. Dostupné z: https://www.palmed.cz/pm/article/view/215 [cit. 2026-05-27].
7. MZČR. Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035: analytická část. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2025. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/04/Analyticka-cast-Strategie-rozvoje-paliativni-pece-v-CR-do-roku-2025.pdf [cit. 2026-05-27].
8. Bavelaar L, Visser M, Walshe C, et al. The impact of the mySupport advance care planning intervention on family caregivers' perceptions of decision-making and care for nursing home residents with dementia: pretest-posttest study in six countries. Online. Age and Ageing. 2023;52(3). Dostupné z: https://doi.org/10.1093/ageing/afad027 [cit. 2026-05-27].
9. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Online. In: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 37. Dostupné z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2006/108?zalozka=text [cit. 2026-05-27].
10. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Online. In: Sbírka zákonů České republiky, 2006, částka 64. Dostupné z: https://e-sbirka.gov.cz/sb/2006/187?zalozka=text [cit. 2026-05-27].
11. ABAKUS nadační fond. Program rozvoje paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory, 2021–2024. Online. Praha: Abakus nadační fond, 2024. Dostupné z: https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Evaluacni-zprava-2025-online.pdf [cit. 2026-05-27].