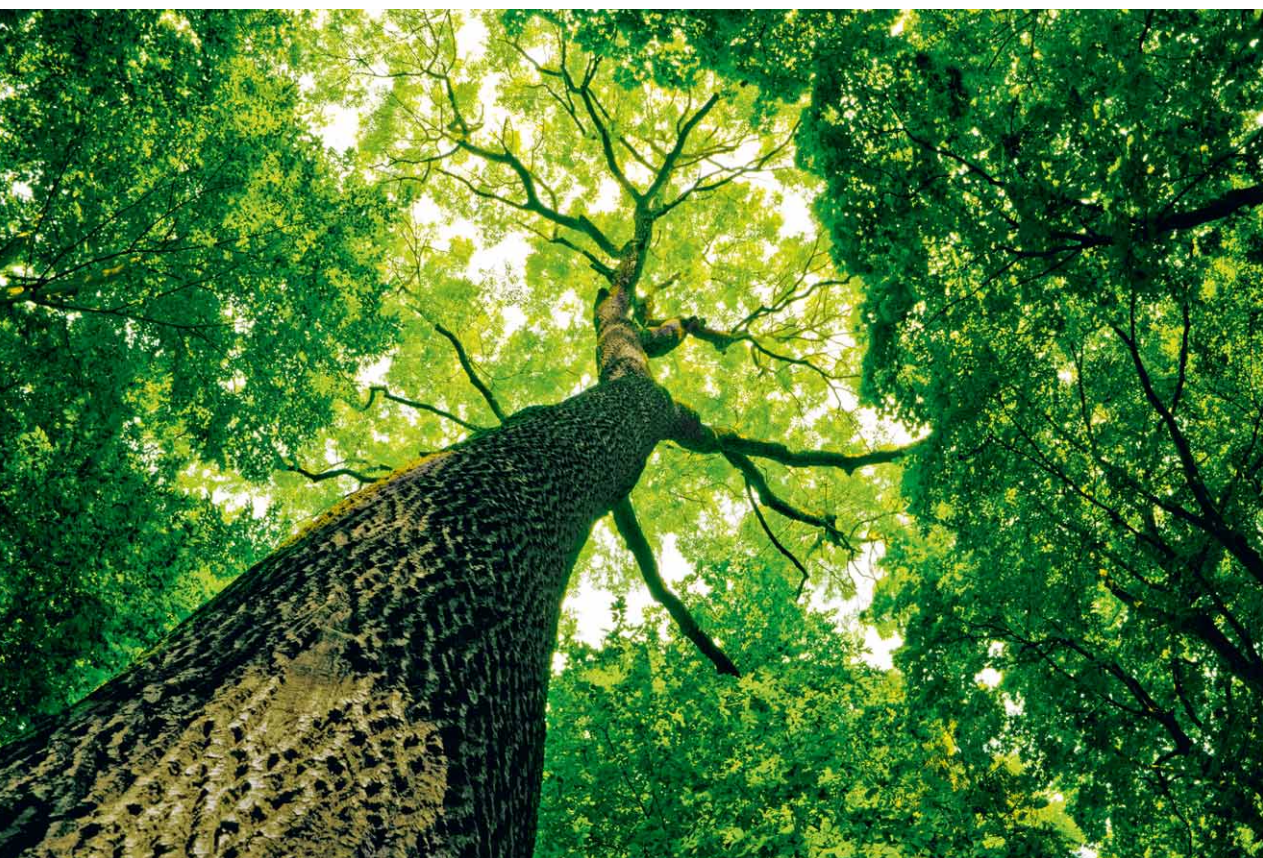


Zdeněk Kalvach a kolektiv

Medicína dlouhodobé péče





Zdeněk Kalvach a kolektiv

Medicína dlouhodobé péče

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. a kolektiv

MEDICÍNA DLOUHODOBÉ PÉČE

Kolektiv autorů:

MUDr. Ivo Bureš, doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D., MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA, doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc., doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D., Mgr. Klára Kůtová, Bc. Eleni Mitroliosová, DiS., Mgr. Lucie Růžicková, Mgr. Alžběta Stöcklová, doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D., JUDr. Šárka Špeciánová, PharmDr. Ivana Tašková, MUDr. Vladimír Trenčianský, prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D., Mgr. Iveta Valentová, Ph.D.

Recenze: doc. MUDr. Alena Petráková, CSc., MUDr. Ing. Mgr. Petr Bouzek

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2025

Cover Photo © depositphotos.com 2025

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9859. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Gabriela Glezgová

Sazba a zlom Josef Lutka

Obrázky 2.1 a 2.2 a tabulky 2.8 až 2.12 převzaty z publikace Křehký pacient a primární péče, Grada Publishing 2011, ostatní obrázky dodali autoři.

Počet stran 336

1. vydání, Praha 2025

Vytiskla TISKÁRNA V ŘÁJI, s.r.o., Pardubice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-7591-8 (ePub)

ISBN 978-80-271-7590-1 (pdf)

ISBN 978-80-271-5031-1 (print)

Kolektiv autorů

MUDr. Ivo Bureš – Geriatrické centrum Pardubické nemocnice

Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D. – Ústav sociálního a posudkového lékařství
LF UK, Plzeň

MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA – Ústav sociálního a posudkového lékařství
LF UK, Plzeň

Doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc. – Neurologie, Comfort Care a.s., Neurologie, Centrum psychosomatické medicíny Anděl-Tulsia Clinic s.r.o., Domov třetího věku s.r.o., Praha

Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc. – Psychiatrická klinika 1. LF UK, Praha

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. – Katedra andragogiky a personálního řízení FF UK, Praha a interní ambulance Comfort Care, Praha

Doc. MUDr. Pavel Kohout, Ph.D. – Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Mgr. Klára Kůtová – Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, Praha

Bc. Eleni Mitrolisová, DiS. – Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, Praha

Mgr. Lucie Růžicková – Vedoucí nutriční terapeutka VFN, Praha

Mgr. Alžběta Stöcklová – Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, Praha

Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D. – Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie FF UP, Olomouc

JUDr. Šárka Špeciánová – Ústav veřejného zdravotnictví a lékařského práva 1. LF UK, Praha

PharmDr. Ivana Tašková – Pracoviště klinické farmacie, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

MUDr. Vladimír Trenčianský – Oddělení léčebné rehabilitace, Nemocnice Česká Lípa

Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D. – Ústav speciálněpedagogických studií PF UP, Olomouc

Mgr. Iveta Valentová, Ph.D. – JAN – Jdeme Autistům Naproti z.s., Olomouc

Obsah

Kolektiv autorů	5
Úvod	13
1 Pojetí a vymezení dlouhodobé péče (Zdeněk Kalvach)	15
1.1 Medicína a lékař v kontextu dlouhodobé péče	17
1.2 Aktéři dlouhodobé péče	18
1.2.1 Služby a poradenství pro osoby se specifickým postižením	25
1.3 Vztah dlouhodobé péče a geriatric, gerontologie	26
2 Pojetí zdraví, jeho hodnocení a podpora v kontextu dlouhodobé péče (Zdeněk Kalvach)	29
2.1 Zdraví a nemoc	29
2.2 Potenciál zdraví – koncept Ctibora Drbala	33
2.3 Vědomí a prožívání soudržnosti při poskytování dlouhodobé péče – koncept Aarona Antonovského	35
2.4 Klinické aspekty nízké úrovně potenciálu zdraví – fenomén křehkosti (frailty)	36
2.5 Funkční zdraví	42
2.5.1 Zdravotní postižení	44
2.5.2 Hodnotící koncepty a škály	45
2.5.3 Soběstačnost a sebeobsluha	48
3 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jeho posuzování a vybrané sociální dávky (Libuše Čeledová, Rostislav Čevela)	55
3.1 Lékařská posudková služba	55
3.1.1 Česká správa sociálního zabezpečení a Institut posuzování zdravotního stavu	55
3.1.2 Institut posuzování zdravotního stavu	55
3.1.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a průkazu osoby se zdravotním postižením	56
3.1.4 Součinnost Institutu a ošetřujících lékařů	57
3.1.5 Ministerstvo práce a sociálních věcí	57
3.1.6 Podklady k posouzení zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob	57
3.1.7 Přítomnost posuzované fyzické osoby při posouzení	57
3.2 Příspěvek na péči	58
3.2.1 Obecné zásady posuzování stupně závislosti	58
3.2.2 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	58
3.2.3 Stanovení stupně závislosti a výše příspěvku na péči	59
3.2.4 Posuzování stupně závislosti LPS	60
3.2.5 Doba platnosti posudku o stupni závislosti	60
3.2.6 Rozhodnutí krajské pobočky ÚP ČR o příspěvku na péči	61
3.3 Průkaz osoby zdravotně postižené a příspěvek na zvláštní pomůcku	61

3.3.1	Obecné zásady posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb.	61
3.3.2	Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	62
3.3.3	Průkaz osoby zdravotně postižené	62
3.3.4	Příspěvek na mobilitu	62
3.3.5	Příspěvek na zdravotnický prostředek pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo domácí plicní umělou ventilaci	63
3.3.6	Příspěvek na zvláštní pomůcku	63
3.3.7	Výše příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky	64
3.3.8	Doba platnosti posudku	65
3.4	Dlouhodobé ošetrovné pro účely dlouhodobé péče na 90 kalendářních dnů	65
3.4.1	Dlouhodobá péče dle zákona o nemocenském pojištění	65
3.4.2	Ošetrovaná osoba	65
3.5	Poznámka k dlouhodobosti u dočasné pracovní neschopnosti a k předpokládanému vzniku zvláštní kategorie zdravotně sociálních služeb	66
4	Etické aspekty dlouhodobé péče (Zdeněk Kalvach)	69
4.1	Obecné povědomí a důsledky mezilidských očekávání	70
4.2	Neformální advokacie pro „bezmocné“ lidi a pomezí péče dlouhodobé versus paliativní	72
4.3	Rozhodování za nejistoty a manipulací na pomezí péče dlouhodobé a paliativní	73
4.4	Paliativní péče v pobytových zařízeních	75
4.5	Důstojnost člověka v kontextu dlouhodobé péče	77
4.6	Důstojnost a smrt v pobytových zařízeních či hospicích	81
5	Autonomie (Dana Sýkorová)	83
5.1	Definice osobní autonomie	83
5.2	Právo na osobní autonomii v podmínkách dlouhodobé péče	85
5.3	Zajištění podmínek pro udržení autonomie v kontextu dlouhodobé péče	87
5.4	Kulturní transformace dlouhodobé péče	89
6	Právní aspekty péče o pacienta s omezenou svéprávností (Šárka Špeciánová)	93
6.1	Právní osobnost a svéprávnost	93
6.2	Podpůrná opatření	93
6.2.1	Předběžné prohlášení	94
6.2.2	Nápomoc při rozhodování	94
6.2.3	Zastoupení členem domácnosti	95
6.3	Omezení svéprávnosti	95
6.3.1	Rozsah omezení svéprávnosti	96
6.3.2	Návrh na rozhodnutí o omezení svéprávnosti	97
6.3.3	Časové trvání omezení svéprávnosti	97
6.4	Opatrovník – jednání za zastoupeného	97
6.5	Lékař versus pacient s omezením svéprávnosti	98

6.6	Informovaný souhlas pacienta s omezenou svéprávností a informovaný souhlas opatrovníka	99
6.7	Práva a povinnosti opatrovníka	101
6.7.1	Právo opatrovníka na informace o zdravotním stavu	101
6.7.2	Nápomoc opatrovníka opatrovanci	102
6.7.3	Limitace rozhodnutí opatrovníka – rozhodnutí soudu	102
6.8	Mimořádné a specifické okolnosti při poskytování zdravotní péče pacientovi s omezenou svéprávností	102
6.8.1	Poskytnutí neodkladné a akutní péče	102
6.8.2	Vyjádření dříve vysloveného přání	103
6.8.3	Specifická práva pacienta s omezenou svéprávností	104
6.8.4	Právo na nepřetržitou přítomnost opatrovníka	104
6.8.5	Použití omezovacích prostředků	104
6.8.6	Převzetí do zdravotnického zařízení bez souhlasu	105
6.8.7	Poskytování specifických zdravotních služeb pacientům s omezenou svéprávností	105
6.8.8	Posouzení způsobilosti k řízení motorových vozidel	105
7	Specifika klinického vyšetřování, uvažování a rozhodování v dlouhodobé péči (Zdeněk Kalvach)	107
7.1	Etické aspekty	107
7.2	Právní aspekty	107
7.3	Kognitivní porucha	108
7.4	Atypická komunikace	108
7.5	Atypická symptomatologie a prezentace chorob	108
7.6	Specifika klinického vyšetření	111
7.7	Postup zaměřený na člověka v kontextu dlouhodobé péče	112
7.8	Postup za nejistoty nejasného zhoršení stavu (nesrozumitelných obtíží a projevů)	114
8	Dětská mozková obrna (Vladimír Trenčianský)	117
8.1	Definice, epidemiologie a etiopatogeneze	117
8.2	Popis a klasifikace DMO	118
8.2.1	Klinická diagnostika	119
8.2.2	Hodnotící škály	120
8.3	Neurologický popis jednotlivých forem DMO	122
8.4	Terapie	127
8.5	Pozdní projevy DMO v dospělosti, dlouhodobá péče a sociální dopady	128
	Závěr	130
9	Epilepsie u dlouhodobě léčených pacientů (Jiří Hovorka)	131
9.1	Základní pojmy, klasifikace, příznaky	131
9.2	Etiopatogeneze	136
9.3	Epidemiologie a prognóza	140
9.4	Základní diagnostika	141
9.4.1	Diagnostické prostředky	142
9.4.2	Diferenciální diagnostika epileptických a neepileptických záchvatů	142

9.5	Psychiatrické komorbidity u pacientů s epilepsií	143
9.6	Léčba epilepsie	147
9.6.1	Farmakoterapie, základní vedení	148
9.6.2	Naléhavá opatření, rescue medikace	149
9.6.3	Přechodná profylaxe	150
9.6.4	Alkohol a epilepsie	151
9.6.5	Volba konkrétní chronické protizáchvatové léčby (didakticky „na dvou osách“)	152
9.7	Organizace péče o pacienty s epilepsií	158
9.8	Modelové situace u dlouhodobě léčených pacientů – příklady nedostatků v diagnostice a léčbě	158
10	Mentální postižení a porucha autistického spektra (Milan Valenta, Iveta Valentová)	161
10.1	Mentální postižení (MP)	161
10.1.1	Mentální postižení versus demence	163
10.2	Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením	164
10.2.1	Zvláštnosti související s kognitivním procesem	164
10.2.2	Zvláštnosti související s emocemi	167
10.2.3	Jiné zvláštnosti u osob s mentálním postižením	167
10.2.4	Klinické znaky mentální retardace dle stupňů poruchy	168
10.3	Porucha autistického spektra (PAS)	168
10.4	Intervence u osob s mentálním postižením a PAS	171
10.5	Raná péče	177
11	Demence (Roman Jiráček)	179
11.1	Příčiny demencí	179
11.2	Základní příznaky a průběhy demencí	180
11.2.1	Kognitivní poruchy a úpadek intelektu	180
11.2.2	Behaviorální a psychologické příznaky demence	180
11.2.3	Poruchy aktivit denního života (activities of daily living – ADL)	181
11.3	Epidemiologie demencí	181
11.4	Diagnostika demencí	182
11.4.1	Diferenciální diagnostika demencí	182
11.4.2	Dělení demencí	182
11.5	Nejčastější demence	183
11.5.1	Neurodegenerativní demence	183
11.5.2	Symptomatické (sekundární) demence	187
12	Komunikace s lidmi s mentálním postižením (Eleni Mitroliosová, Klára Kůtová, Alžběta Stocklová)	191
12.1	Specifika poznávacích procesů u osob s mentálním postižením	191
12.2	Předsudky	192
12.3	Komunikace osob s mentálním postižením	193
12.3.1	Komunikační systémy – metody AAK	194
12.3.2	Zásady komunikace s lidmi s mentálním postižením	195
12.3.3	Zvláštnosti komunikace s lidmi s poruchou autistického spektra	196

12.4	Komunikace během lékařského vyšetření	196
12.5	Sdělování diagnózy	198
12.6	Příprava na vyšetření na straně pacienta	198
	Závěr	199
13	Úvod do problematiky psychofarmak a antiepileptik u pacientů v dlouhodobé péči (<i>Ivana Tašková</i>)	201
13.1	Preskripce a věk	202
13.2	Účinnost psychofarmak	202
13.3	Polyfarmacie psychofarmak	203
13.4	Lékové interakce psychofarmak	204
13.5	Nežádoucí účinky psychofarmak	206
13.5.1	Kardiotoxicity a vliv na koagulaci	207
13.5.2	Ledviny a psychofarmaka	211
13.5.3	Hepatotoxicita a toxicita valproátu	215
13.5.4	Hematotoxicita a toxicita klozapinu	216
13.5.5	Sedativní účinky	222
13.5.6	Neurotoxicita	223
13.5.7	Metabolické nežádoucí účinky psychofarmak	226
13.5.8	Anticholinergní nežádoucí účinky	227
13.5.9	Závislost	228
13.5.10	Specifické nežádoucí účinky psychofarmak	228
13.5.11	Přehledové tabulky nežádoucích účinků vybraných psychofarmak	229
13.6	Nežádoucí účinky antiepileptik u pacientů v dlouhodobé péči	234
13.6.1	Lékové interakce antiepileptik	234
13.6.2	Nežádoucí účinky antiepileptik	238
13.6.3	Neuropsychiatrické nežádoucí účinky	239
13.6.4	Idiosynkratické reakce	240
13.6.5	Nežádoucí účinky při dlouhodobém podávání	241
13.6.6	Teratogenita a kancerogenita	242
14	Nevhodné zacházení s omezeně soběstačnými lidmi, klienty dlouhodobé péče a jejich zanedbávání v domácím i ústavním prostředí (<i>Zdeněk Kalvach</i>)	247
14.1	Formy nevhodného jednání	248
14.2	Diagnostika nevhodného zacházení	250
14.3	Možnosti řešení	250
15	Nutrice, její poruchy a možné intervence v rámci dlouhodobé péče (<i>Pavel Kohout</i>)	253
15.1	Malnutrice	254
15.2	Diagnostika malnutrice a nutriční intervence	256
15.3	Možnosti vyšetření nutričního stavu	258
15.4	Energetický výdej a potřeba živin	260
15.5	Nutriční podpora	261
15.5.1	Dieta – nutriční terapeut	263
15.5.2	Sipping – orální nutriční suplementy (ONS)	264
15.5.3	Sondová enterální výživa	265

15.5.4	PEG – zavedení, indikace, kontraindikace	266
15.6	Parenterální výživa a její provádění	270
16	Úprava stravy při poruchách polykání (<i>Lucie Růžičková</i>)	271
16.1	Úprava stravy	271
16.1.1	Běžná strava modifikovaná ke snadnému žvýkání, IDDSI stupeň 7	271
16.1.2	Ochucování pokrmů	275
16.1.3	Nevhodné potraviny	275
16.2	Pravidla při stravování a riziko podvýživy	275
17	Komunikace s lidmi se závažným smyslovým postižením (<i>Zdeněk Kalvach</i>)	277
18	Imobilizační syndrom (<i>Zdeněk Kalvach</i>)	281
19	Dekubity, chronické rány a jejich ošetřování (<i>Ivo Bureš</i>)	289
19.1	Faktory ovlivňující vznik dekubitů	290
19.2	Prevence	291
19.3	Hodnocení dekubitů	294
19.4	Terapie dekubitů	296
20	Hypomobilita, deondice, instabilita a pády v dlouhodobé péči (<i>Zdeněk Kalvach</i>)	301
	Seznam použitých zkratk	307
	Rejstřík	313
	Souhrn	327
	Summary	329

Úvod

Zhruba před 40–50 lety se začalo v hospodářsky vyspělé části světa ukazovat, že v tradičním schématu společenské podpory nemocných a ne-mocných („nemohoucích“) lidí „něco chybí“ a že dokonce stávající dva tradiční pilíře odborné veřejné podpory a péče (zdravotnictví a sociální systém) divergují, že území mezi nimi se rozevírá do „propasti“, takže si přestávají rozumět. Tím klesá účinnost i účelnost pomoci, vynakládaných prostředků, vznikají „území nikoho“ – negativně kompetenční konflikty na zdravotně sociálním pomezí. Ty současně fungují jako pověstné „černé díry“, do nichž se bezmocně hroubí nepochopení křehcí lidé, ale do nichž také mnohdy neúčelně mizí schematicky vynakládané finanční prostředky. Postupně se tak zformovala potřeba třetího pilíře, pro který se prosadil název dlouhodobá péče.

Zdravotnictví se stále více specializuje, což souvisí jak se soustředěním se na konkrétní choroby (disease model), tak s rychlým vědeckým a technickým rozvojem zavádějícím nové technologie, diagnostické a léčebné postupy. Pozornost se soustředí na prevenci, zvládnutí akutních stavů, na mikrotraumatizaci pacientů diagnostickými i léčebnými výkony, na přesouvání metod do ambulantního či poloambulantního režimu, včetně paliativní péče o nevyléčitelně nemocné umírající pacienty, na zkracování nemocničních pobytů, včetně zavádění tzv. jednodenních hospitalizací. Nemocnice se z historických míst stonání mění v místa akutních výkonů, krátkodobých fází intenzivní péče a v pečlivě chráněná místa sofistikovaného nákladného technického vybavení. Mění se ve světy vyspělých technologií, technických expertů, robotických a hodnotících systémů, odborníků vyhodnocujících technické artefakty (např. nálezy zobrazovacích metod) či vzorky (např. tkání) bez kontaktu s pacienty a v tomto smyslu do značné míry nahraditelných technickými systémy označovanými dnes jako „umělá inteligence“.

Sociální systémy se zčásti soustředí na administrativní, často přebuje byrokratickou agendu finanční podpory pro lidi v hmotné nouzi, se zdravotním postižením či se speciálními potřebami přesahujícími úhradové možnosti běžné populace. Do značné míry se tím mění ve světy úředníků, byrokracie, správních řízení, registrů a finančních transakcí. Jen zčásti zajišťují pobytové a terénní sociální služby pro osoby s omezenou či ztracenou soběstačností, které pro běžný život potřebují pomoc jiných lidí. I v tomto případě se však do dosavadního hájemství lidské vzájemnosti a pomoci prosazuje technické pojetí asistovaného života, využívající vyspělé technologie, robotické systémy, telemonitoring, rozšířené jazykové a komunikační systémy „umělé inteligence“.

Oba světy – zdravotní a sociální – se vzájemně vzdalují způsobem přípravy pracovníků, kompetencemi, pojmoslovím, metodologií, financováním i dalšími aspekty. Někdy se překrývají, častěji se vzájemně nedotahují, a především jim chybí vzájemná koordinace, propojenost včetně uceleného pochopení a uchopení konkrétních lidí, jejich konkrétních potřeb, řízení a evaluace péče (case management), designování služeb. Zůstává nepochopeno, a proto nevyužito, v čem a jak lze v konkrétních případech zlepšit kvalitu života klientů/pacientů i účelnost vynakládaných prostředků.

Nepochopení potřební lidé, současně zdravotničtí pacienti i sociální klienti, repektive „uživatelé sociálních služeb“ jsou nedostatečně podpoření. Mnohé i nízko-

nákladové možnosti se nevyužívají, jiné i vysokónákladové se spotřebovávají neúčelně, marně, bez naděje na úspěch. Kvalita života zůstává zbytečně nízká a míra utrpení či nešťastnosti vysoká. To může deformovat obecné povědomí a vést k extrémním etickým hrozbám.

Laické domácí pečování zůstává převážně bez uceleného poradenství, edukace, dostatečné podpory, bez kontroly kvality a bezpečnosti, dokonce i účelnosti vynakládání příspěvků na péči i bez přiměřeného ocenění (společenského, finančního, důchodového) v případech mimořádné náročnosti.

A výkonní pracovníci – lékaři, zdravotní sestry, terapeuti, sociální pracovníci, pečovatelé, pracovníci v přímé péči – zůstávají nepropojení, bez ucelených informací o svých pacientech, vzájemně si nerozumí. Někteří z nich, zvláště vysoce kvalifikovaní (např. lékaři), jsou zdánlivě banální agendou či zdánlivě beznadějně chmurnou prognózou chronického, zdravotním stavem či dokonce životní prognózou limitovaného dílčího (interkurentního) stonání a intervenování (lčení) málo motivováni, nechápou specifika, složitosti či klíčové problémy zdravotní péče za těchto okolností a tím ani svou vlastní roli. Nezřídka se z neznalosti a nezájmu, nejen z nedostatku času, dopouštějí etických i odborných chyb.

Dlouhodobá péče se týká vesměs lidí, a to bez ohledu na věk, na nízké úrovni funkčního zdraví (nízké úrovni potenciálu zdraví – viz kap. 2) s omezenou či ztracenou soběstačností, kteří potřebují, a to současně, významnou měrou podporu a intervence jak zdravotní, tak sociální. Klíčovou charakteristikou není časový aspekt dlouhého trvání, ale zdravotně sociální charakter této agendy. Jednou z oblastí dlouhodobé péče tak může být i relativně krátkodobá péče paliativní o lidi umírající. Dlouhodobá péče se naopak netýká souběžného poskytování jak standardní zdravotní péče (především specializované) sociálním klientům např. v hmotné nouzi či bez přístřeší, ani sociální pomoci a podpory lidem s akutními zdravotními problémy např. za hospitalizace či při řešení invalidního důchodu.

Z lékařů se problematika dlouhodobé péče týká především všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost (např. pacienti s dětskou mozkovou obrnou či poruchou autistického spektra). Ti kromě ambulantní péče působí též v různých typech pobytových sociálních služeb – v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem. Především jim je tato publikace určena. Pochopení dlouhodobé péče a jejích pacientů/klientů je však důležité pro většinu lékařských specialistů – především pro generisty: internisty, pediatry, psychiatry, neurology, ortopedy, geriatry, paliatry a pochopitelně též pro nelékařský zdravotnický personál, pro pracovníky v sociálních službách (zvláště pokud dojde k žádoucí podpoře kombinované, zdravotně sociální profesní profilace), pro laické pečující a také pro širší veřejnost.

Doufáme, že se této publikaci podaří splnit především dva cíle. Jednak přispět v českém prostředí k vymezení a pochopení agendy, závažnosti a aplikace dosud málo vnímaného pojetí dlouhodobé péče jako třetího pilíře „v oblasti péče“ a tím i k formování „medicíny dlouhodobé péče“. A zároveň upozornit na vybrané klinické a etické aspekty i složitosti zdravotnické, především lékařské, ale také ošetrovatelské a rehabilitační praxe v rámci dlouhodobé péče, u jejích klientů/pacientů v domácím prostředí i v ústavní péči – na lékařskou závažnost a složitost, která ono formování „medicíny dlouhodobé péče“ opravňuje.

1 Pojetí a vymezení dlouhodobé péče

Zdeněk Kalvach

Dlouhodobá péče (long-term care – LTC) je soubor zdravotních a sociálních podpůrných opatření pro osoby na nízké úrovni potenciálu zdraví, se zdravotním postižením omezujícím v daném prostředí soběstačnost či dokonce sebeobsahu a také odolnost vůči běžným zátěžím denního života, takže tito lidé potřebují dlouhodobě, obvykle trvale, ke svému životu pomoc jiných lidí, často i speciálních pomůcek. Podpora se týká také pečujících rodin či jiných mikroskupin. Soubor opatření by měl být cíleně ucelený a koordinovaný (Kalvach et al. 2011, Kalvach et al. 2014).

Koncept LTC překonává propast na zdravotně sociálním pomezí – rozvíjí provázaně zdravotnické služby a sociální péči u lidí s funkčně závažným, nerozdělitelně zdravotně sociálním postižením. Od počátku zvýšeného zájmu v osmdesátých letech 20. století byly hlavními hnacími silami rozvoje této oblasti motiv ekonomický a snaha nalézt rovnováhu mezi sociální kvalitou životních podmínek a kvalitou zdravotní péče (Kane 1990). Koncept si však zachovává i vědomí zásadního významu širšího kulturně antropologického a etického kontextu humanistického – podpory lidí se závažným zdravotním a funkčním postižením, důstojnosti a hodnoty jejich života (San Antonio a Rubinstein 2004, Huskamp et al. 2012, Kane a de Vries 2017, Kisvetrová et al. 2022). Cílem tak je:

- zachovat či zlepšit funkční stav a životní situaci potenciálních klientů dlouhodobé péče, aby se oddálila její potřeba, minimalizoval rozsah jejich intervencí, snížila její spotřeba; ve vztahu k seniorské populaci jde o podporu tzv. úspěšného stárnutí, mobilizace potenciálu aktivního stárnutí (Walker 2021),
- zlepšit kvalitu života pacientů/klientů/uživatelů služeb a pečujících rodin,
- zvýšit účinnost a bezpečnost poskytované podpory,
- zachovat ekonomickou udržitelnost podpory a péče,
- zvýšit dostupnost a rychlost uplatnění potřebných služeb/intervencí a kvalitu jejich návaznosti, např. při calamitních situacích a událostech v domácím prostředí, při nemocničních intervencích závažných dekompenzací zdravotního stavu v domácím prostředí, při přechodech z nemocniční do časně následné péče rehabilitační nebo z ústavní péče do domácí péče,
- zlepšit účelnost vynakládaných prostředků, zvláště lepším, komplexnějším pochopením potřeb jednotlivých pacientů/klientů/uživatelů služeb a z toho plynoucím lepším designem služeb, tedy důslednějším uplatněním přístupu zaměřeného na člověka (person-centered approach – PCA),
- zavést sociální inovace na zdravotně sociálním pomezí, např. roli koordinátora péče (case manager), posílit kombinované zdravotně sociální dovednosti a kompetence ke zvýšení flexibility, omezení nadměrné sektorializace péče a profesní (specializační) monopolizace při zachování kvality péče a osobní zodpovědnosti za ni,
- zvýšit schopnost komunitních služeb zachovat život v domácím přirozeném prostředí a snížit tím tlak na pobytové služby,
- zlepšit pomoc pečujícím rodinám či jiným mikroskupinám a jejich začlenění do koordinované multidisciplinární podpory,

- kultivovat a modernizovat poskytované služby včetně účelného a humanistického využití vyspělých technologií (Huang a Oteng 2023, Leff et al. 2019),
- zvýšit kvalifikovanost a společenskou prestiž pečujících profesí a posílit multidisciplinární povahu podpory (multidisciplinární týmy, komunitní sítě).

Souhrnně jde o zlepšení kvality, účelnosti, flexibility a provázanosti stávajících, stále ještě především historicky vzniklých a poskládaných, nikoliv cílevědomě ustavovaných a koordinovaných služeb, které již neodpovídají potřebám a možnostem současnosti ani výzvam či potenciálním hrozbám budoucnosti včetně obav z vyčerpání vzácných zdrojů (finančních, lidských, kapacitních) v případě neúspěšného, funkčně závislého stárnutí dlouhověké populace. Téma je politicky velmi závažné a naléhavé (Horecký et al. 2021, 2022, Průša 2021). Dlouhodobá péče zahrnuje obě oblasti pečování:

- komunitní (terénní, ambulantní) služby a intervence v domácím prostředí (Padit et al. 2024),
- pobytové (ústavní) služby – jak sociální, tak zdravotní (nemocnice, léčebny).

Zformování dlouhodobé péče jako třetího pilíře zdravotních a sociálních služeb umožňuje rovněž ucelenější alokování zdrojů včetně možnosti samostatného pojištění.

Největší část klientů LTC představují v současnosti staří multimorbidní lidé, zvláště lidé velmi pokročilého stáří s fenotypem křehkosti (frailty). LTC však není a eticky ani nesmí být věkově vymezená, segregovaná. Nerozhoduje věk, ale povaha a rozsah funkčních postižení a potřebných služeb.

V mladším věku se klienty/pacienty/uživateli dlouhodobé péče stávají např. lidé s funkčně závažnými formami a stadii dětské mozkové obrny (DMO), nízkofunkční poruchy autistického spektra (PAS), jiných příčin závažného mentálního postižení – poruch neurovývojových i neurokognitivních (demence), těžkých forem demyelinizačních, degenerativních, cévních či úrazových postižení mozku, svalových a nervosvalových onemocnění, imobilizujících úrazů apod. Často jde o kombinace postižení (multimorbiditu) a jejich prolínání s negativními účinky léků v souběhu s nepříznivými sociálními okolnostmi, např. s osamělostí a chyběním či ztrátou rodinné podpory (např. při úmrtí partnera či jiné pečující osoby).

Jde o opomíjený a mnohdy diskriminovaný svět podceňovaných, složitých medicínských problémů (např. polypragmazie s nevnímanými nežádoucími účinky léků a jejich interakcí či atypické manifestace chorob a nejasných zdravotních stavů), zmarněných intervencí (např. úspěšně provedené náročné operační výkony zmarněné rehabilitačně a ošetrovatelsky deficitní péčí na „standardním“ oddělení), profesních i specializačních konfliktů a neprovázaností (např. mezi několika lékařskými specialisty u téhož pacienta), častého nepochopení skutečných postižení, potřeb a priorit závažně nemocných a ne–mocných (nemohoucích) lidí (nadřazení chorob životu s nimi), i když z podstaty věci jde o víc než o nemoci (Kitwood 1997). LTC je svět mimořádně silných lidských příběhů, utrpení, despektu, zanedbávání, nevhodného zacházení, etických hrozeb i obdivuhodné hyperprotektivity, lásky, empatie, obětavosti ze strany rodin i pracovníků v přímé péči či zdravotníků. Je to také svět úžasných výkonů špičkové medicíny i technologické podpory, i když zůstává světem lidské pospolitosti, lidského údelu, člověčí dimenze života i jeho univerzální hodnoty.

1.1 Medicína a lékař v kontextu dlouhodobé péče

Medicínská problematika lidí vyžadujících zdravotně sociální dlouhodobou péči je převážně složitá a multioborová, obvykle proměnlivá. Přináší neobvyklé stavy i příznaky, atypické reakce na léky i jiné intervence. Pacienti opakovaně překvapují jak schopností je zvládnout a zotavit se z nich, tak opakem – komplikacemi a domínovým zborcením, jednou v důsledku léčebného či diagnostického zákroku, jindy v důsledku podcenění situace, váhání, nečinnosti, prodlení.

A především: medicína dlouhodobé péče je (více než běžná stonání, akutní stavy, řešení monokauzálních problémů) vnořena do existenciality života pacientů i jejich rodin s mnoha etickými, psychologickými a právními souvislostmi.

Jde o medicínu křehkých, zranitelných lidí, často neschopných jasně vyjádřit své preference, mnohdy osudově závislých na hodnocení a rozhodování jiných lidí (např. na odhadování prognózy různých stavů, komplikací, účelnosti opakovaných intervencí).

To vše vyžaduje značnou míru empatie, klinických zkušeností, multioborových odborných znalostí, komunikačních dovedností, etických ujasnění a multidisciplinarity (kolektivního posuzování a rozhodování bez zpochybnění osobní zodpovědnosti). Jde o klasický příklad personalizovaného přístupu zaměřeného na konkrétního člověka (PCA) v kontextu jeho života, nad rámec momentální (interkurentní) choroby. Pochopitelně takto nelze a není potřebné uvažovat nad kdejakou dílčí medicínskou záležitostí. Ale musí tak uvažovat lékař, který závažně o pacientovi rozhoduje, který jej dlouhodobě doprovází (všeobecný praktický lékař) nebo který je zodpovědný za aktuální soubor opatření (např. kompetenčně oprávněný ošetřující lékař za hospitalizace).

V pobytových zařízeních včetně domovů pro seniory (DS, dříve domovů důchodců) či domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) kdysi tuto klinickou zkušenost, specifickou zaměřenost a kvalifikační erudici představovali ústavní lékaři či primáři zařízení. Toto uspořádání však zaniklo.

S výhodami i nevýhodami nyní vstupují/nevstupují (fyzicky či jen virtuálně) za svými pacienty do pobytových zařízení praktičtí lékaři (PL) ze svých i vzdálených ordinací a bez profilace v medicíně dlouhodobé péče. Někteří jsou touto činností jen krátkodobě pověřováni svými zaměstnavateli provozujícími větší zdravotnická zařízení. Mnozí nedisponují klinickými zkušenostmi ani znalostí prostředí, s mnohými typy pacientů se setkávají poprvé (dobu medicínských studií nevyjímajíc), mnohdy nevědí, co si o nich myslet ani jak je odborně popsat a pojmenovat.

Současné uspořádání vychází kromě jiného z nebezpečné představy, že v pobytových zařízeních kolektivně (v domácí péči individuálně) žijící/„dožívající“ pacienti LTC jsou vesměs chronici v neměnném a nezlepšitelném stavu, vyžadující jen snadné perseverování jednou zavedeného postupu (preskribování nastavené sady léků) a intervenování dílčích drobných interkurentních problémů. Jde o chybný despekt přinášející závažná odborná, etická a právní pochybení (viz kap. 5 a 6).

Lékař a multidisciplinarita

V systému, pro laiky mnohdy spíše nesrozumitelném labyrintu zdravotních a zdravotně sociálních služeb a možností napříč odbornostmi, profesemi i rezorty, je lékař výrazná dominant a tradiční autorita pro pacienty, jejich rodiny i ostatní profese působící v rámci LTC. Vzhledem k rozsáhlosti agendy však jeden lékař není schopen

nejen zajišťovat celou základní lékařskou péči o chronického multimorbidního pacienta, ale ani koordinovat souhrn multirezortních služeb, a dokonce ani poskytovat ucelené informace o spektru podpůrných služeb a opatření.

V ambulantní péči též zanikla depistážní zodpovědnost všeobecných praktických lékařů vědět o všech ohrožených křehkých a osamělých lidech v rámci bývalého územního obvodu a věnovat jim dispenzární pozornost (takovou roli by do budoucna mohl a měl sehrávat inovativní zdravotně sociální komunitní pracovník a case manager).

Tím spíše jak v terénu, tak v pobytových službách i velmi dobrý praktický lékař přestává být dominantním tvůrcem LTC a zůstává „jen“ konzultační autoritou, možná „prvním mezi rovnými“ v rámci multidisciplinárního týmu či multidisciplinární sítě.

Od ostatních profesí (i nezdravotnických) se PL dozvídá podstatné informace o pacientech, včetně lidí se závažnou kognitivní poruchou, o změnách jejich stavu a chování, o efektu léků, adherenci k léčebnému programu i celkové compliance. Naopak jim poskytuje v potřebném a oprávněném rozsahu informace o zdravotním stavu a prognóze jejich klientů, o tom, co mohou očekávat, jak si různé změny mají vysvětlovat. Kromě informací jde pro nelékaře o nesmírně závažné posílení jistoty, potvrzení správnosti postupu, snížení úzkosti z pochybení, zanedbání, překročení kompetencí.

To je zásadní prevence „vyhoření“ pracovníků a nestability pracovních týmů v zařízeních. Lze považovat za závažné pochybení, odmítá-li se lékař účastnit časově přiměřených multidisciplinárních setkání ke složitým či nejasným uživatelům pobytové služby (klienti noví v adaptačním procesu, komplikovaní, atypičtí, závažně zhoršení, v paliativní péči apod.).

Komunikačními a spolurozhodovacími partnery praktického lékaře mohou v rámci LTC být kromě rodinných příslušníků zvláště opatrovník či jiná podpůrná osoba (viz kap. 6), vrchní sestra pobytového zařízení, klíčový pracovník primé péče.

1.2 Aktéři dlouhodobé péče

Jedním ze základních předpokladů účinné a účelné dlouhodobé péče je její ucelená koordinovanost. Právě deficit koordinace a case managementu je vážný současný problém. Nelze rozumně očekávat, aby systémově byl za koordinátora považován všeobecný praktický lékař, mnohdy stejně přetížený jinými povinnostmi jako nedostatečně erudovaný v problematice LTC. Vůči místní správě a samosprávě navíc PL nemůže fungovat jako garant územního dohledu (depistáže, dispenzarizace) křehkých lidí ohrožených za přírodních kalamit (veder, mrazů, povodní, epidemií) či sociálních ořesů (ovdovění, dysfunkční rodiny).

Vzhledem k zásadní roli obcí v této problematice (jak odpovídá vágnímu znění české legislativy, tak zkušenostem a praxí v řadě zemí) je třeba nalézt nelékařského koordinátora zdravotně sociální dlouhodobé péče, schopného současně komunikovat o její dostupnosti, kvalitě a celkové agendě s místní správou a samosprávou, nejspíše na úrovni obce s rozšířenou působností.

Cílem koordinovanosti je „šití spektra služeb pacientovi na míru“, zlepšení jeho pohybu systémem, zlepšení vzájemné informovanosti služeb mezi sebou navzájem a tím vytvoření nabídky koordinovaného neformálního komunitního „sytému integrovaných podpůrných služeb (SIPS)“ (služeb různě provozovaných i financova-

ných). Koordinovanost potvrzuje, že jednoduchý, prostý a levný zásah pravého člověka v pravý čas (včasně) je mnohdy účinnější než velmi sofistikovaný a nákladný zásah nepravého člověka v nepravý čas (především pozdě).

PL však zůstává pro své pacienty i místní instituce důležitým aktérem klinicky, kontrolně, informačně, mnohdy i právně. Tomu by měl odpovídat rozsah jeho znalostí o možných podpůrných službách. Možných aktérů LTC je několik desítek. Představují portfolio, ze kterého každý pacient/klient individuálně využívá jen výsek – náhodně vzniklou, či cílevědomě nastavenou sestavu. Hlavní aktéři LTC jsou:

- **Pacient/klient** – ústřední subjekt poskytovaných služeb v režimu PCA (respektive person-centered planning – PCP): základem jsou jeho potřeby, preference, spokojenost, jeho vůle a míra compliance v rozsahu podmíněném mentálními schopnostmi. Bez ohledu na jejich úroveň jsou hodnotová anamnéza, informovaný souhlas pacienta a kvalifikovaná komunikace s ním základ pro nastavení a poskytování služeb LTC (viz kap. 5, 6 a 12).
- **Pečující rodina**, případně jiná mikroskupina – základní prvek neformální laické péče. Zajišťuje hlavní objem pečování a základního ošetřování v rámci LTC. Současně poskytuje vulnerabilním lidem přirozenou ochranu a advokacii, i když někdy může v jejím rámci docházet naopak k zanedbávání i nevhodnému zacházení, domácímu násilí. Laické pečování zůstává v ČR nedocenené a jeho potenciál ze strany dalších aktérů často nevyužitý. Považuje se za vhodné laické pečující i ostatní rodinné příslušníky více zapojovat do profesionální péče (např. do rehabilitačního ošetřovatelství) a k tomu je přiměřeně edukovat jako rovnocenné partnery ošetřovatelství, fyzioterapie, ergoterapie i dalších činností. Mohou totiž potřebné úkony provádět i několikrát denně, pružně dle potřeby, zatímco profesionální poskytovatel často jen 1krát týdně. Samozřejmostí je účast rodiny při plánování péče (pokud to pacient neodmítne). PL by měl věnovat cílevědomou pozornost zdravotnímu stavu často přetížených a vyčerpaných pečujících spějících k somatickým komplikacím, vyhoření či „zhroutení“, nabízet jim respitní služby, dobrovolnickou podporu, psychoterapii, krizovou intervenci, fyzioterapii, balneoterapii podle zásady „postarejte se o laické pečující, kteří se starají o ty, o které vy nejste schopni/ochotni se postarat“. Další informace o podpoře laických pečujících poskytují např. Diakonie ČCE (www.pecujidoma.cz), Středisko pro pečující (www.a-doma.cz), Pečující on-line (www.pecujici.cz).
- **Opatrovník** (osoba blízká či veřejný opatrovník) – soudně ustanovený pro osoby s omezenou svéprávností a z medicínského hlediska nezbytný pro získání informovaného souhlasu pro zdravotnické výkony větší než zcela běžné. Alternativou pro případy, kdy není vhodné či potřebné omezení svéprávnosti, jsou jiné formy oficiální podpory (viz kap. 6).
- **Komunitní koordinátor „systému integrovaných podpůrných služeb“ (SIPS)** – osoba fungující na místní, obecní úrovni jako koordinátor služeb LTC i jako case manager konkrétního pacienta. K jeho úkolům by měly patřit kromě koordinace péče i edukace pacienta a laických pečujících, depistáž a dispenzarizace ohrožených, vulnerabilních osob v obci, poskytování informací o LTC, možných službách a jejich dostupnosti, veřejný dohled na případy nevhodného zacházení s omezeně soběstačnými lidmi či jejich zanedbávání (např. v souvislosti s čerpáním příspěvku na péči). Erudice „koordinátora“ by měla být zdravotně sociální. V současnosti mají k této roli nejbližše sociální pracovníci na úrovni obcí, alternativou jsou komunitní zdravotní sestry.

- **Dobré sousedství** – významný faktor podpory, pocitu příslušnosti a bezpečí, jistoty kontaktu při zhoršení stavu či jiných obtížích. Jde o projev občanské zodpovědnosti i lidské vzájemnosti. Sousédky mohou být kromě sousedské výpomoci či podpůrné komunikace s osamělými lidmi zapojeni např. do intervencí v rámci tíšňové péče (viz dále).
- **Všeobecný praktický lékař (PL)** – klíčový zdravotnický aktér dlouhodobé péče, multidisciplinárního týmu či sítě, právně nezbytný pro aktivaci řady služeb sociálních i zdravotnických, zvláště těch hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a především člověk s mimořádnou autoritou u pacientů, jejich rodin, ostatních aktérů LTC i společenských orgánů.
- **Agentura domácí péče (home care – HC)** – základní zdravotní nelékařská služba dlouhodobé péče (případně též u přechodného zhoršení zdravotního stavu s omezením soběstačnosti, zvláště mobility) poskytovaná v domácím prostředí a hrazená v rámci zdravotního pojištění. Vstupuje také do pobytových zařízení či ošetrovatelských center sociální péče bez zdravotnického personálu. Zajišťuje kromě jiného kontrolu zdravotního stavu a fyziologických funkcí, aplikaci léků, ošetrování a převazy chronických ran, ošetrování stomií, rehabilitaci. Může se podílet též na péči paliativní. Další informace poskytuje např. Asociace domácí péče ČR (www.adp-cr.cz).
- **Pečovatelská služba (PS)** – základní terénní služba sociální péče. Poskytuje široké spektrum výkonů individualizovaných výčtem i časovým rozsahem/opakováním v týdnu či během dne a potvrzených ve vstupní smlouvě s klientem (např. osobní hygiena, úprava lůžka, pomoc při oblékání, běžný úklid domácnosti, nákupy, dovoz či příprava jídla (ohřátí, jednoduché snídaně a večeře), doprovod při zařizování osobních záležitostí i při vycházkách, dohled na klienta s mentální či psychickou poruchou). Podstatnou součástí služby je sociální kontakt a komunikace. Služba je hrazená klientem. Další informace poskytuje např. Česká asociace pečovatelské služby (ČAPS, www.caps-os.cz).
- **Osobní asistence** – sociální služba překrývající se s PS, od níž se odlišuje časovým rozsahem (někdy celodenním), zaměřením především na aktivní osoby s bohatým programem (např. doprovázení imobilní osoby na vozíku do výuky, na kulturní akce apod.), osobním vztahem mezi klientem a jeho asistentem a také finanční náročností vyplývající z časové dotace. Další informace poskytuje např. Asociace pro osobní asistenci (APOA, www.apoa.cz).
- **Tíšňová péče (TP)** – sociální služba pro zachování kontaktu a pro přivolání pomoci v nouzové situaci náhlého ohrožení: zhoršení zdravotního stavu, pádu s neumožností vstát, ohrožení jinou osobou. Jde o významný prvek snižování tlaku na ústavní péči (strach osamělých lidí z pádů bez pomoci). K aktivaci spojení se nejčastěji využívá náramek s tlačítkem. Součástí služby je aktivní telefonické ověřování stavu z dispečinku, obvykle ráno a večer. Některé systémy umožňují i vyhledání bloudící osoby mimo byt. Předpokládá se navyšování různých forem telemonitoringu zdravotního stavu s využitím senzorů. Další informace poskytuje např. Život⁹⁰ (www.zivot90.cz), průkopník zavádění TP v ČR.
- **Denní stacionář** – služba, která zajišťuje denní (od rána do odpoledne) program léčebný, rehabilitační, aktivizační/animační, obvykle se zajištěním stravy (svačina po příjezdu, oběd, odpolední svačina). V současnosti přibývá stacionářů především pro osoby s kognitivní poruchou (syndromem demence), které kromě kognitivní rehabilitace a animace života zajišťují též bezpečnost (dohled) a plní respitní

- roli vůči rodině. Ta zajišťuje péči večerní a noční. Kromě samostatných stacionářů poskytují tuto službu i některá sociální pobytová zařízení (např. www.alzheimer.cz).
- **Fyzioterapie** – rehabilitace zaměřená na obnovu či zachování především pohybových funkcí např. po úrazech, operacích, cévních mozkových příhodách, při Parkinsonismu, dětské mozkové obrně, reedukaci chůze včetně používání opěrných pomůcek (chodítka, berle, hole). Významné jsou funkce kondiční (zvláště posilování svalové síly dolních končetin a stability) a analgetická (např. při bolestivých postiženích páteře (vertebrogení algický syndrom) či spastických stavech). Uplatňují se měkké techniky, fyzikální terapie (magnety, ultrazvuk, elektřina, aplikace tepla, vodoléčba), akupunktura, léčebná tělesná výchova (LTV) apod. Další informace poskytuje např. Unie fyzioterapeutů České republiky (UNIFY ČR, www.unify-cr.cz).
 - **Ergoterapie** – rehabilitace zaměřená na obnovu sebeobsluhy a soběstačnosti, případně pracovních dovedností a průřezových dovedností při nezlepšitelném funkčním postižení. Zahrnuje nácvik náhradních dovedností, výběr a používání kompenzačních pomůcek včetně opěrných, doporučení úprav domácího prostředí, rehabilitaci kognitivní či při fatických poruchách řeči a jejího porozumění apod. Další informace poskytuje např. Česká asociace ergoterapeutů (ČAE, www.ergoterapie.cz).
 - **Logopedie** – klinická logopedie se zabývá poruchami komunikace, vadami řeči, sluchu, hlasu, ale také polykání např. po cévních mozkových příhodách či při jiných neurologických onemocněních (úprava stravy viz kap. 16). Jde o problémy fatických poruch (afázií), vývojové i získané dysartrie, dyslalie, dysfagie, vývojové dysfázie a o jejich rehabilitaci. Další informace poskytuje např. Asociace klinických logopedů České republiky (AKL, www.klinickalogopedie.cz) či LOGO Centrum pro poruchy komunikace (www.moje-klinika.cz).
 - **Sociální práce** – zajišťuje řešení řady problémů, zlepšování kvality života, rozvoje osobního potenciálu, bezpečí a sociálního fungování především ohrožených, znevýhodněných, vyloučených jednotlivců i sociálních skupin. V běžné praxi poskytuje informace o možnostech pomoci a podpory, pomoc při vyplňování, podávání i vyřizování různých žádostí (např. o pobytovou službu, tísňovou péči, příspěvek na péči, uznání osobou se zdravotním postižením apod.), veřejný dohled v případech nevhodného zacházení či zanedbávání péče (viz kap. 3). V kontextu LTC lze očekávat podíl sociální péče na case managementu a zlepšování návaznosti služeb. Další informace poskytuje např. Společnost sociálních pracovníků ČR (www.socialnipracovnici.cz).
 - **Nutriční poradenství** – poskytuje konzultace výživového stavu, jeho sledování a intervence především dietního složení stravy, její mechanické úpravy při poruchách polykání či využití potravinových doplňků a orálních nutričních suplementů pro sipping (viz kap. 15 a 16). Službu poskytují kromě specializovaných lékařů především nutriční terapeuti (dříve dietní sestry). Další informace včetně přehledu nutričních ambulančí poskytuje např. Česká asociace nutričních terapeutů (ČANT, www.cant.cz).
 - **Půjčovna ošetrovateľských a zdravotních pomůcek** – umožňuje krátkodobé zajištění a především vyzkoušení vhodnosti té které pomůcky, schopnosti pacienta ji využívat, aby nedocházelo k neúčelným výdajům za pořízení nákladných, ale pacientem nevyužívaných pomůcek. Součástí nabídky jsou polohovací lůžka, obvykle s poskytnutím jejich dopravy a instalace. Půjčovny provozuje řada podpůrných organizací.

- **Psychiatrie** – nezbytná péče u pacientů s duševním onemocněním a často také s mentálním postižením či syndromem demence, pokud jsou přítomny poruchy chování či psychotické stavy včetně delirií (např. v rámci horečnatých onemocnění). Stávajícím problémem je špatná dostupnost psychiatrické péče (návštěvní služby) v domácím prostředí, ale mnohdy i v pobytovém zařízení pro imobilní pacienty.
- **Psychoterapie a krizová intervence** – mají významné místo v podpoře jak pacientů, tak rodinných příslušníků přetížených jak náročností laického pečování, tak emocemi a vztahovými problémy pramenícími ze ztracení blízké osoby (partnera, dítěte) při změně osobnosti, nástupu psychotických projevů, poruch chování či v procesu umírání. Bohužel se odborná pomoc v těchto extrémních situacích stále často zužuje na simplexní a problematický předpis antidepresiva či anxiolytika bez podpory adaptace a schopnosti vypořádat se s nastalou situací a prognózou vlastní či ošetřovaného blízkého člověka. LTC je oblast nedoceněného významu psychoterapie při intervenci závažných pocitů bezmoci, ponížení, viny, selhání, vyčerpání, maladaptace, vyhoření i sebevražd. Další informace poskytuje např. Česká asociace pro psychoterapii (www.czap.cz, www.psychoterapie.cz).
- **Mobilní hospice** – poskytuje specializovanou týmovou paliativní péči v domácím prostředí v režimu 24/7 (domácí návštěva lékaře a/nebo zdravotní sestry možná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu), zahrnuje péči lékařskou a ošetrovatelskou, pomoc psychologickou, sociální, rozsáhlé poradenství v otázkách umírání, pomoc pozůstalým, dobrovolnickou respitní pomoc rodinným pečujícím, půjčovnu pomůcek včetně polohovacího lůžka apod. Některé mobilní hospice poskytují i pečovatelskou pomoc (osobní hygiena, úprava lůžka). Bližší informace poskytuje např. Cesta domů (www.cestadomu.cz s portálem www.umirani.cz) či Fórum mobilních hospiců (www.mobilnihospice.cz).
- **Centra provázení** – vznikají ve fakultních nemocnicích na pomoc rodinám dětí s těžkým zdravotním postižením, s extrémně nízkou porodní hmotností, s polytraumatem, poúrazovým stavem, se selháváním vitálních funkcí či s jinou závažnou prognózou. Centra poskytují poradenství, podporu, odbornou pomoc, pomáhají rodinám s adaptací na změněnou situaci i nepříznivou prognózu (bližší viz www.centrumprovazeni.cz). Obdobně zaměřená je **Společnost pro ranou péči** (www.ranapece.cz) (viz kap. 10.5). V obou případech jde o dlouhodobou péči a podporu poskytovanou jak dětem, tak jejich stresovaným, bezradným, přetíženým rodičům. Již od roku 1995 působí ve Fakultní nemocnici Motol Centrum komplexní péče o děti s poruchou vývoje a jejich rodiny, nyní jako součást Pediatrické kliniky (www.fnmotol.cz).
- **Respitní (odlehčovací) služby** – dohled na nesoběstačného člověka zcela imobilního, s duševním onemocněním či s kognitivní poruchou v domácím prostředí, denní stacionář či dočasná ústavní péče v pobytovém zařízení sociálních služeb s cílem pomoci, odlehčit pečujícím rodinným příslušníkům např. při jejich vyčerpání, vlastním onemocnění, k umožnění dovolené či zařízení osobních záležitostí. V legislativním řízení je zakotvení **center komplexní péče** pro časově omezené zdravotnické pobyty dětí se zdravotním postižením jako respitní služby pečujícím rodinám.
- **Dobrovolnictví** – dobrovolníci jsou výraznou pomocí v neziskových organizacích, v nemocnicích i v sociálních službách. Uplatňují se např. v respitních a odlehčovacích službách pro pečující rodiny nebo formou společenství u osamělých křehkých

lidí zvláště pokročilého stáří (rozmlouvání, předcítání, doprovázení na procházkách). Další informace poskytuje např. Hestia (www.hestia.cz s informačním portálem www.dobrovolnik.cz) či Dobrovolnické centrum (www.dcul.cz).

- **Charitativní organizace** – doplňují síť poskytovatelů zřizovaných obcemi, kraji, případně státem, a neziskových organizací zajišťujících sociální a zdravotně sociální/sociálně zdravotní služby. K velkým poskytovatelům s širokou, často celorepublikovou nabídkou služeb patří např. **Charita Česká republika** (www.charita.cz), **Diakonie českobratrské církve evangelické (ČCE)** (www.diakonie.cz), **Maltézská pomoc** (www.maltezskapomoc.cz).
- **Chráněné bydlení** – pobytová služba sociální péče pro osoby s omezenou soběstačností vyžadující pomoc jiné osoby pro zdravotní postižení či chronické onemocnění včetně duševního. Služba může být poskytována: 1. v rámci pobytového zařízení (např. DOZP) formou většího soukromí a autonomie při vedení vlastní domácnosti, respektive vlastního pokoje; 2. v domech s několika bytovými jednotkami pro cca čtyři uživatele ve vlastních pokojích; 3. v samostatných bytech pro cca čtyři osoby v běžné zástavbě.
Uživatelé jsou v pravidelném kontaktu se sociálním pracovníkem, pečovatelem, asistentem, který dohlíží na chod domácnosti a stav uživatelů, poskytuje dopomoc, nácvik činností, poradenství, doprovod. Klienti přes den často pracují v chráněných dílnách. Další informace poskytuje např. **Sdružení Neratov** (www.neratov.cz).
- **Domy s pečovatelskou službou (DPS)** – nejde o pobytová sociální zařízení, ale o obecní nájemní malometrážní bezbariérové byty zvláštního určení především pro seniory, případně pro mladší lidi se zdravotním postižením, soustředěné v domě, kde obvykle sídlí i pečovatelská služba. Pečovatelky tak jsou nájemníkům sice nablízku, ale jen v běžné pracovní době, nikoliv po celých 24 hodin. V DPS není lékař ani zdravotní sestra. Je hrubou, bohužel však častou chybou, že především nemocniční lékaři přesto chápou DPS jako pobytové zařízení s nepřetržitou péčí a dokonce se zdravotnickou přítomností. Proto do DPS propouštějí či z příjmové ambulance vrací i lidi neschopné se o sebe postarat a vyžadující ošetrovatelskou zdravotní péči. Tu však nájemníkům zajišťují v případě potřeby jen externí agentury home care jako komukoliv ve vlastní domácnosti. Při trvalém zhoršení zdravotního a/nebo funkčního stavu nad rámec pečovatelské podpory se nájemní smlouva v DPS ukončuje a nájemník se musí přemístit do pobytového zařízení (domova pro seniory, domova se zvláštním režimem, léčebny pro dlouhodobě nemocné).
- **Komunitní domy pro seniory** – novější obdoba DPS pracující s tzv. „co-housingem“, sousedskou vzájemnou pomocí nájemníků, kteří též společně využívají různé prostory společenské i provozní. Jde o obecní nájemní malometrážní bezbariérové byty (10 až 25 bytů v domě), které jsou určeny lidem ve věku 60+. Nejde o součást portfolia dlouhodobé péče. U nájemníků se předpokládá dobrý funkční stav, smlouvy jsou dvouleté. V domě nejsou zdravotní ani sociální (pečovatelské) služby, vyžaduje se pouze jejich přítomnost (dostupnost) v obci.
- **Centra sociální a ošetrovatelské pomoci (CSOP)** – poskytují poradenství, pečovatelské služby, a především sociálně zdravotní (ošetrovatelskou) pobytovou službu pro lidi, kteří v domácím prostředí nezvládají péči o vlastní osobu (sebeobsahu). Ošetrovatelská péče je nepřetržitá, v režimu 24/7. Podílejí se na ní pracovníci primární obslužné péče, sociální pracovníci i zdravotnický nelékařský

personál (zdravotní sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuti). Pobyt jsou především přechodné, krátkodobé – odlehčovací pobytová služba (obvykle do 3 měsíců, též rekonvalescentně rehabilitační pobyt po hospitalizaci). Případně dlouhodobé pobyt se obvykle realizují v režimu domova se zvláštním režimem.

- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)** – sociální pobytová služba pro osoby se závažným zdravotním postižením tělesným, mentálním, duševním, smyslovým či kombinovaným. Vybavení je podstatně rozsáhlejší, domáctější a kvalifikovanější (psychoterapie, nutriční terapeuti, komunikační terapeuti apod.) než v CSOP, neboť pobyt jsou převážně dlouhodobé, většinou doživotní, a chápáné jako přirozené domácí prostředí.
- **Domovy pro seniory (DS)** – pobytová služba sociální péče definovaná Zákonem 108/2006 pro osoby ve věku 60+ s omezenou soběstačností znemožňující péči o vlastní osobu v domácím prostředí. DS se považují za přirozené prostředí a zajišťují především ubytování, stravu, běžné úkony péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně (či její provádění), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Povaha klientů DS se v posledních desetiletích zásadně mění. Se zlepšením bytových podmínek a komerčních i sociálních terénních služeb nastupují do DS vesměs lidé v pokročilém stáří (80+) a/nebo se závažným zdravotním a funkčním postižením (na nízké úrovni potenciálu zdraví), velmi často s hypomobilitou/instabilitou či s imobilitou v lůžku a/nebo se závažnou kognitivní poruchou, u nichž dominuje ošetrovatelská povaha pobytu, což odpovídá zahraničnímu pojetí a označení „nursing home“ (ošetrovatelský domov). Kromě pracovníků přímé obslužné péče a sociálních pracovníků působí v DS zdravotnický nelékařský personál (zdravotní sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeuti) a animační pracovníci. Primární lékařskou péči zajišťují PL, u nichž jsou jednotliví uživatelé pobytové služby registrováni. Další informace k pobytovým službám poskytuje např. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR, www.apsscr.cz).
- **Centra sdružených sociálních služeb** – např. G-centrum v Táboře, které v moderním komplexu sdružuje domov seniorů, domov se zvláštním režimem, azylový domov pro ženy a matky s dětmi, pečovatelskou službu, odlehčovací (respitní) služby (www.gcentrum.cz).
- **Domovy se zvláštním režimem (DZR)** – sociální pobytová služba pro osoby s poruchami chování znemožňujícími v důsledku mentálního postižení či duševního onemocnění (např. Alzheimerovy choroby) pobyt v jiném typu pobytových zařízení. Omezena je volnost pohybu (opouštění domova). Věková hranice pro přijetí je obvykle 50 let.
- **Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)** – zdravotnická lůžková zařízení doléčovací, rehabilitační, rekonvalescentní a paliativní povahy, která poskytují péči následnou (např. do zhojení po operaci, do dostatečné rehabilitace po cévní mozkové příhodě) či dlouhodobou v případě, že tuto péči nelze zajistit v domácím prostředí. Důvody k pobytu jsou především zdravotní, pobyt je hrazen v rámci zdravotního pojištění, dominuje zdravotní péče řízená lékaři a „strohost nemocničního prostředí“. To vše je v protikladu k pobytovým službám sociální péče, kde by měla dominovat civilní vybavenost i kvalita trávení času hrazená uživatelem služby a řízená nezdravotnickým personálem. Zařízení typu LDN se mohou jmenovat různým způsobem, též nemocnice následné péče (NNP); vzhledem k převaze geriatrické klientely např. geriatrické oddělení, geriatrický ústav apod.

1.2.1 Služba a poradenství pro osoby se specifickým postižením

Rozsáhlou agendu představují služby a poradenství pro osoby se specifickým postižením. Přehled o nich s kontakty na převážně neziskové organizace pro osoby se zdravotním postižením zrakovým, sluchovým, tělesným, mentálním, duševním, ve stáří i při konkrétních vnitřních onemocněních poskytují např. **Portál Ministerstva zdravotnictví ČR pro pacienty a pacientské organizace** (www.pacientske-organizace.mzcr.cz) s rozcestníkem k „organizacím na pomoc pacientům“ a k „pacientským organizacím“ či **Helpnet** (www.helpnet.cz), informační portál provozovaný Asociací informačních systémů pro osoby se specifickými potřebami (AISO).

Agenda podpůrných organizací, zájmových sdružení a pacientských organizací se jednak prolíná, jednak vzájemně odlišuje např. mírou podpůrného setkávání skupin pacientů či jejich rodinných příslušníků, které umožňuje výměnu praktických zkušeností i vzájemnou psychickou podporu. Odkazy na podpůrné organizace by měly být samozřejmostí ze strany zdravotníků, především praktických lékařů. Mnohdy se v nich rodinám dostane klíčových informací, podpory, někdy i účinnějších odborných doporučení než ze strany některých, zvláště jednostranně biomedicínsky zaměřených lékařů. Příklady podpůrných organizací:

- **Národní rada osob se zdravotním postižením ČR** (www.nrzp.cz) – sociální poradenství, podpora projektů.
- **Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS)**, www.sons.cz – kromě dalších služeb též nácvik práce s elektronickými pomůckami, knihovna digitálních dokumentů, výcvik vodičích psů; **Tyfloservis** (www.tyfloservis.cz) – v krajských střediscích podpora lidí s těžkým zrakovým postižením ke zkvalitnění života a soběstačnosti, poradenství ve výběru a získávání pomůcek, nácvik práce s nimi, úprava prostředí včetně osvětlení, podpora akceptace zrakové vady, sociální poradenství, audioknihy, nácvik dovedností (sebeobsluha, prostorová orientace, samostatný pohyb, psaní na klávesnici počítače, užívání Braillova bodového písma); **Palata** – domov pro zrakově postižené (www.palata.cz).
- **Tichý svět** (www.tichysvet.cz), **Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v České republice** (www.snnrcr.cz), **Audiohelp** (www.audiohelp.cz) – v krajských střediscích poradenství, sociální rehabilitace, nácvik komunikace, chráněná pracoviště, **Lorm** (www.lorm.cz) – společnost pro hluchoslepe.
- **Národní ústav pro autismus (NAUTIS)**, www.nautis.cz, **Naděje pro autismus** (www.nadejeproautismus.cz), **Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA)**, www.apla.cz, portál www.autismus.cz, **Společnost na podporu lidí s mentálním postižením v České republice** (www.spmprcz.cz), **Rytmus** (www.rytmus.org) – sociální rehabilitace a podpora samostatného bydlení pro lidi s mentálním a duševním onemocněním, **Česká Alzheimerovská společnost (ČALS)**, www.alzheimer.cz, **Česká společnost pro duševní zdraví** (www.csdz.cz), **Fokus Praha** (www.fokus-praha.cz) – zdravotní a sociální podpora lidem se závažnými obtížemi v oblasti duševního zdraví.
- Proseniorské organizace **Život⁹⁰** (www.zivot90.cz) či **Elpida** (www.elpida.cz) – obě organizace provozují též linku důvěry Senior telefon (Život⁹⁰), respektive krizovou linku Linka seniorů (Elpida); komunitní portál pro aktivní starší dospělá kolem 60 let **i60** (www.i60.cz), **Rada seniorů České republiky** (www.rscr.cz).
- **Česká asociace paraplegiků (CZEPA)**, www.czepa.cz, **Liga vozičkářů** (www.ligavozic.cz), **Svaz tělesně postižených** (www.svaztp.cz), **Centrum Paraple**

(www.paraple.cz), **Jedličkův ústav a školy** pro děti a mládež s tělesným postižením (www.jus.cz).

- **EpiStop** (www.epistop.cz) či **Česká liga proti epilepsii** (ČLPE, www.clpe.cz).

1.3 Vztah dlouhodobé péče a geriatry, gerontologie

Dlouhodobá péče v mnohém navazuje na poznatky, priority a postupy geriatry. Zahrnuje však do okruhu svého zájmu a zodpovědnosti i mladší pacienty, čímž předchází i riziku ageismu, věkové diskriminace a segregace, ztotožňování vyššího věku s nemožností.

V soudobém pojetí se problematizuje stáří jako zásadní třetí fáze života jasně vymezená proti dospělosti. Hovoří se pouze o dvou životních fázích – o dětství a dospělosti.

Stáří (zákonitá pozdní, zralá dospělost s heterochronně nastupujícími involučními rysy) má triální povahu. Jde o:

- biologickou danost,
- sociální konstrukt,
- psychickou sebereflexi, sebereprezentaci.

Neexistují biomarkery, které by exaktně vymezovaly hranici mezi dospělostí a stářím. Existují jen sociální stereotypy, fenotyp stáří, seniorské sociální role a události (např. penzionování) – často kalendářním věkem vymezované, a psychická sebereprezentace. A existují také s věkem související (age-related), ve vyšším věku se výrazně častěji vyskytující choroby (např. ateroskleróza, osteoartróza, osteoporóza, makulární degenerace sítnice, Alzheimerova nemoc).

Z participativní dospělosti nevyřazuje ani potřebu dlouhodobé zdravotně sociální péče nenastoluje věk, ale závažná porucha zdravotního a funkčního stavu – např. pokročilé stadium Alzheimerovy choroby či proběhlá cévní mozková příhoda.

Uvedenému odpovídá enormní heterogenita dosavadní, kalendářním věkem 65+ vymezované seniorské populace zahrnující jak lidi zdatné a plně aktivní, tak lidi těžce zdravotně a funkčně postižené. Hovoří se o stárnutí úspěšném, ponechávajícím potenciál pro aktivity dospělého věku, a o stárnutí neúspěšném, chorobném, zatíženém funkčními deficity omezujícími seberealizaci a soběstačnost. Směšování obou skupin do jedné, věkem vymezené subpopulace se ukazuje jako kontraproduktivní, segregáčnická a diskriminační. Rizikem je např. diskriminační přisuzování chorobných deficitů některých lidí vysokého věku všem příslušníkům kohorty 65+, což může mít devastující sociální důsledky.

Geriatry tak zůstává jedním cenným prvkem v portfoliu služeb a přístupů dlouhodobé péče, obdobně jako např. psychiatrie, fyzioterapie či pobytová služba Domov pro osoby se zdravotním postižením. Není však synonymem dlouhodobé péče, a to i proto, že se sama limituje věkovou hranicí.

Literatura

- Horecký J, Kaplan SC. (eds.) Ageing and long-term care. Washington: Global Ageing Network 2022.
- Horecký J, Potůček M, Cabrnach M, Kalvach Z. Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2021.
- Huang G, Oteng SA: Gerontechnology for better elderly care and life quality: a systematic literature review. *Eur J Ageing* 2023; 20(1): 27.
- Huskamp HA, Kaufmann C, Stevenson DG. The intersection of long-term care and end-of-life care. *Med Care Res Rev* 2012; 69(1): 3–44.
- Kalvach Z, a kol. Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Praha: Diakonie ČCE 2014.
- Kalvach Z, Čeledová L, Holmerová I, a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing 2011.
- Kane J, de Vries K. Dignity in long-term care: an application of Nordenfelt's work. *Nurs Ethics* 2017; 24(6): 744–751.
- Kane RL. Rethinking long-term care. *J Am Ger Soc* 1990; 38(6): 704–709.
- Kisvetrova H, Tomanova J, Hanackova R, et al. Dignity and predictors of its change among inpatients in long-term care. *Clin Nurs Res* 2022; 31(2): 274–283.
- Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Open University Press 1997.
- Leff B, DeCherrie LV, Montalto M, Levine DM. A research agenda for hospital at home. *J Am Geriatr Soc* 2022; 70(4): 1060–1069.
- Leff B, Lasher A, Ritchie CS. Can home-based primary-care drive integration of medical and social care for complex older adults? *J Am Geriatr Soc* 2019; 67(7): 1333–1335.
- Pandit JA, Pawelek JB, Leff B, Topol EJ. The hospital at home in the USA: Current status and future prospects. *NPJ Digit Med* 2024; 7(1): 48.
- Průša L. Dlouhodobá péče nejen pro Českou republiku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2021.
- San Antonio PM, Rubinstein RL. Long-term care planning as a cultural system. *J Aging Soc Policy* 2004; 16(2): 35–48.
- Walker J. (ed.) Budoucnost stárnutí v Evropě. Středokluky: Nakladatelství Zdeněk Susa 2021.

2 Pojetí zdraví, jeho hodnocení a podpora v kontextu dlouhodobé péče

Zdeněk Kalvach

Hovořit o „zdraví“ v kontextu dlouhodobé péče, zaměřené především na lidi s tak nezvratně závažným zdravotním postižením, že podmiňuje ztrátu soběstačnosti či dokonce sebeobsluhy, se může jevit mnohým, možná dokonce obecnému povědomí a veřejnému diskurzu jako nonsens. Může se tak jevit dokonce i hlubší zapojení lékařů – vychovávaných domněle, či reálně (v tom případě ovšem deformovaně) jako exkluzivní experti na diagnostikování, uzdravování a zachovávání dokonalého zdraví – zapojení nad rámec elementárních úkonů primární péče.

Opakuje se tak zjevně vývoj vztahu k paliativní péči a paliativní medicíně, dokonce předtím k onkologické medicíně od jejich neradostných počátků. Vývoj od despektu, „kdo a proč by se měl sofistikovaně zabývat beznadějnými případy a ›živořením‹ na ošetrovatelské úrovni“, ke společenské vážnosti, dramatickým úspěchům a vědeckému rozvoji přivádějícím do dříve podceňovaných oborů kreativní lékaře i další zdravotníky s vysokým kreditem lidským i odborným. Jasně se rysuje cesta od představy, že nástroji „jakési dlouhodobé péče“ jsou kbelík, žinka, lžice na krmení a elektronicky posílané recepty doživotně neměnné medikace, k empaticky sofistikované činnosti zdravotně sociálních týmů pracujících s pokročilými nástroji zlepšujícími funkční zdraví a kvalitu života. V užším smyslu jde o vývoj k „medicině dlouhodobé péče“. A jedním z předpokladů je ujasnění společenského pojetí „zdraví“.

2.1 Zdraví a nemoc

Snahy vymezit, definovat zdraví trvají od počátků filozofického myšlení. V Evropě se objevily již u Pythagora (6. stol. př. n. l.), Empedokla (5. stol. př. n. l.), Hippokrata (přelom 5. a 4. stol. př. n. l.) či Aristotela (4. stol. př. n. l.). Důraz se kladl na spokojenost (nepřítomnost utrpení), na „psychosomatickou“ rovnováhu těla a duše, harmonii dobrého života (eudaimonia) či na efekt zachovávání uměřeného (zdravého) životního způsobu včetně stravování. Hippokratovi se přisuzuje autorství hypotézy o významu rovnováhy čtyř tělesných šťáv (stanovujících i temperament člověka) pro zdraví. Uměřenost a vnitřní harmonie byly základem představ o zdraví i ve starověké Číně (principy jin a jang) a Indii (čakry a toky energií).

Až do 18. století přetrvávaly antické představy o zdraví i autochtonní pojetí chorob jako poruch jeho vnitřní rovnováhy. S rozvojem přírodních věd došlo k novému pohledu na zdraví, a především na jeho narušení nemocemi etiopatogeneticky definovanými. Rozvinula se a posléze specializačně rozčlenila kauzální biomedicína s tzv. disease-model, přístupem zaměřeným na jednotlivé choroby, na jejich specifickou diagnostiku, terapii, prevenci, rehabilitaci. V určitém smyslu přestával být partnerem lékaře nemocný člověk a stávala se jím „choroba“, případně sofistikovaná diagnostická či léčebná metoda. Přibývalo nových nemocí, jejich jemnější klasifikace, zvyšo-

vala se účinnost etiopatogeneticky zacílených léčení a tím rostl význam diferenciální diagnostiky.

Uvažování o disproporčně velkém důrazu na rozdílnost nemocí mezi sebou navzájem (na diferenciální diagnostiku) oproti malému zájmu o společné projevy „nezdraví“ přivedlo Hanse Sellyeho (1907–1982) k analyzování onoho opomíjeného společného „syndromu nemocnosti“. Dospěl tak k popisu stresu, fyziologické stresové poplachové reakce mobilizující po ose hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin, metabolické a energetické rezervy organismu v adaptaci na chorobné změny (na „boj s nemocí“ i na proces uzdravování), obecně na „boj, či útěk“ při jakémkoliv ohrožení a přetížení.

I v etiologicky triumfující infektologii se tak posléze ukázalo, jak nezbytné je věnovat přiměřený zájem „onomu společnému“: že jde nejen o odhalení etiologického agens (mikroorganismu, který nemoc vyvolal) a jeho potlačení kauzálně zvoleným antibiotikem či preventivním očkováním, ale také o posílení odolnosti napadeného makroorganismu, o podporu jeho stavu během onemocnění, o modulaci obranné reakce, která může být zhoubnější než mikrobiální agresivita, či o ochranu mikrobiomu před závažnými nežádoucími účinky kauzální léčby, především antibiotické.

Rozvinuly se oblasti a obory jako nutricionistika, hodnocení a ovlivňování vnitřního prostředí, intenzivní péče na speciálně vybavených jednotkách, diagnostika funkčního stavu, ucelená rehabilitace, paliativní/hospicová péče. Do popředí zájmu se znovu dostal celkový stav organismu, pacientovy obtíže, jeho utrpení, ohrožení bez ohledu na vyvolávající příčinu nezdraví, na konkrétní indexovou nemoc.

Kromě představ, že zdraví je prostá nepřítomnost etiopatogeneticky definovaných chorob a že tedy dominantní úlohou a kompetencí medicíny je jejich eliminace, se objevily i šířeji, funkčně zaměřené formulace, že „zdraví je stav charakterizovaný anatomicou, fyziologickou a psychickou integritou, schopností zastávat osobně důležité rodinné, pracovní a společenské role, zvládat tělesnou, biologickou, psychickou i sociální zátěž“.

Vztah mezi zdravím a nemocí v tomto širším kontextu zakotvila i profilující definice v zakládací ústavě Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation – WHO) z roku 1948: „Zdraví je více než nepřítomnost nemoci či vady, jde o prospívání tělesné, duševní i sociální“. Svým způsobem se tak po dvou a půl tisíciletích vrátila v teoretických a společenských úvahách představa zdraví jako životní harmonie a spokojenosti. Oproti antickému konceptu eudaimonie ovšem chybí prvek obtížně kodifikovatelného „dobrého života“ spojeného s usilováním, vůlí ke smyslu, hodnotovým směřováním a mravní integritou. Zdá se, že zvláště v pojmání dlouhodobé péče to bez zohlednění tohoto aspektu zdraví nepůjde.

Jak v naší literatuře připomněl např. J. Payne (2007), další fází v hledání formule zdraví se stalo doplnění, případně nahrazení taxativního, kodifikačního pojetí procedurálním přístupem akcentujícím úroveň určité klíčové schopnosti, klíčového postupu. V šedesátých letech 20. století A. Antonovsky v tomto smyslu zdůraznil význam adaptace/adaptability a schopnosti zachovávat/obnovovat soudržnost, integritu, propojenost (sense of coherence). V Česku unikátním způsobem formuloval v téže době C. Drbal potenciál zdraví.

V běžné praxi i v obecném povědomí ovšem klinická biomedicína dosud a stále více zůstává soustředěna:

1. na úspěšný – střední délku života (naději dožití) setrvale prodlužující – boj s nemocemi, s akutními zdravotními obtížemi, na jejich prevenci a intervenci,
2. na jakousi „dokonalost superzdraví“.

Do jisté míry se symbolickou dominantou zdravotnictví staly „absolutní zdraví ve světě bez chorob i zdravotních obtíží“ či centra excelentnosti a vědeckého bádání, odtržená od strážní lidského údělu a bolestí všedního dne obyčejného života.

Vleklá stonání, doléčování, život se zdravotním postižením či pokročile funkčními deficity s jejich specifickými potřebami a interkurentními onemocněními/zhoršeními zůstávají na okraji klinického i společenského zájmu, mnohdy v „území nikoho“ na zdravotně sociálním pomezí. Přestože vyžadují často jak medicínsky excelentní znalosti a dovednosti (např. problematika úrazových intervencí či lékových interakcí), tak odlišný přístup k hodnocení zdraví i k intervenování potíží a ohroženosti pacientů, přístup přesahující v duchu zaměřenosti na člověka (person-centered approach – PCA), biomedicínský „disease model“. Nežádá se i nesporně zdravotní problémy a potřeby těchto lidí z rozpaků či diskriminačně demedicalizují a vytlačují do sociální agendy.

Nový fenomén a zásadní výzvu pro soudobou klinickou medicínu i pro veřejné zdravotnictví (včetně koncipování zdravotně sociálního pomezí) výstižně popsala počátkem 21. století M. Tinettiová (profesorka na Yale University):

Čas dospěl k odvržení chorob jako středobodu zdravotní péče. V kontextu změny spektra zdravotních problémů, komplexní provázanosti biologických a nebiologických faktorů, stárnutí populace a interindividuální variability zdravotních priorit se jeví zdravotní péče soustředěná výlučně na rozpoznávání a léčení jednotlivých chorob přinejlepším jako zastaralá a přinejhorším jako škodlivá. Primární orientace na nemoc může neúmyslně vést k léčení jednou nadměrnému, jednou nedostatečnému a jindy jinak nevhodnému. (...) Klinické rozhodování by se mělo u všech pacientů rozvíjet v rámci individuálních cílů a usilovat o rozpoznání a intervenování všech ovlivnitelných faktorů jak biologických, tak nebiologických, nikoliv pouze o diagnostikování, léčení a prevenci jednotlivých chorob. Bohužel již předem slyšíme argumenty proti integrovanějšímu a individualizovanějšímu přístupu; od námitek o nežádoucí medicalizaci přirozených těžkostí života přes bagatelizace, „vždyť nejde o nic nového“, po varování, že „omezené zdroje je třeba využít k ovlivnění rozhodujících biologických mechanismů“. Překážkou je i obecné vnímání modelu zaměřeného na choroby jako trvale platného, nikoliv jako pouze přechodně úspěšného. Bez ohledu na uvedené problémy se však zdravotní péče musí změnit, chce-li uspokojit zdravotní potřeby pacientů 21. století.

Překážkou v uchopení této výzvy je i přetrvávající nesrozumitelnost pojmů „zdraví/nezdraví“ mimo indexové choroby či v jejich neovlivnitelně chronické fázi. S tím souvisí nejasnost lékařských úkolů a kompetencí: oč by měl lékař usilovat (nad rámec tlumení velkých obtíží v rámci symptomatické/paliativní péče), když zdánlivě „není co účelně léčit/intervenovat“ a mnohdy ani jak vlastně takto „funkčně nezdravého“ pacienta popsat a kategorizovat, pokud nemá jít o nebezpečně vylučující demedicační stigma „casus socialis“ akcentující sociální důsledky a potřebu sociálních intervencí včetně institucionalizace v pobytových službách.

Součástí formulace, že zdraví je více než nepřítomnost chorob, je též axiom, že vztah zdraví a nemoci (nezdraví) nevystihuje dichotomicky protikladné, vzájemně se vylučující rozvětvení („buď jsem zdrav, nebo jsem nemocen“), nýbrž posouvání po přímce kontinua mezi pomyslnými póly „dokonalého zdraví“ a absolutního nezdraví, za které lze považovat např. agonální předsmrtný stav.

O momentální, aktuální pozici konkrétního člověka na pomyslném kontinuu „zdraví – nezdraví“ včetně subjektivního prožívání a hodnocení vlastního zdraví rozhoduje řada faktorů. Patří k nim zvláště:

- míra subjektivních obtíží (např. bolesti, únavy, dušnosti, úzkosti, deprese),
- míra funkčního omezení,
- míra omezení/neschopnosti vykonávat individuálně zvolené aktivity a zastávat obvyklé sociální role – podle míry postižení jde především o
 - seberealizaci,
 - průřeschnost,
 - zastávání obvyklých sociálních rolí a činností (např. péče o děti a domácnost),
 - soběstačnost,
 - sebeobsluhu,
- míra přijetí pacientské role a identity, „přidělených diagnóz“, indexových chorob, zdravotních postižení a jejich prognózy životní i funkční, včetně náhodného zjištění dosud asymptomatického, latentního chorobného procesu či zjištění pouhé genetické dispozice k závažným chorobám v budoucnu (problematika „předčasných“ sociálně diskriminujících a psychotraumatizujících diagnóz),
- nežádoucí účinky léků a jiných zdravotnických intervencí,
- psychické faktory: osobnost a psychický stav – aspirace, expektace, hardiness (odolnost, houževnatost, míra „nevykolejitelnosti“), resilience (schopnost zvládat nepříznivé životní události, podmínky, krize a též zdravotní problémy, např. bolest), motivace, adaptace, úzkost, deprese, strategie zvládání (coping), schopnost vnímat a přijímat podporu,
- spirituální/existenciální faktory: smysl života, vůle ke smyslu, naděje, nadosobní opora, sounáležitost, místo zdraví (životu bez zdravotních obtíží a omezení) a výkonnosti v osobním žebříčku hodnot,
- prostředí: zvláště jeho náročnost – bariérovost, či naopak facilitační potenciál,
- sociální a ekonomické faktory: míra podpory, osamělost, vyloučenost, negativní stereotypizace pacientské role, dostupnost zdravotní péče, bída, inkluzivně participativní, či naopak diskriminačně segregační přístup k lidem nemocným či zdravotně postiženým.

Zlepšení zdravotního stavu/pohody, zdravím podmíněné kvality života, může tak být dosaženo jednou kauzálním ovlivněním vyvolávající příčiny (indexové choroby), jindy symptomatickým ovlivněním obtíží, jindy snížením úzkosti, řešením osamělosti, odstraněním bariér, krizovou intervencí rezignace či sociální zabezpečení. Význam přídatných faktorů zhoršujících zátěž chorobou (jak základní, tak interkurentní) a jejími důsledky je nepřímo úměrný funkčnímu stavu pacienta a jeho adaptačním rezervám: jde nejen o „přítomnost choroby“, ale také o úroveň a kapacitu procedurálních mechanismů zdraví a jeho prožívání! (např. o adaptabilitu či zvládání). Negativními prognostickými faktory u všech chronických chorob a procesů, a to ve smyslu životní prognózy i subjektivně vnímané míry obtíží/kvality života, jsou deprese a osamělost.

Lékaři, především všeobecní lékaři, generisté (a z nich především všeobecní praktičtí lékaři) by měli těmto, podle Tinettiho nebiologickým, aspektům nemoci a života v nezdraví rozumět a měli by být schopni i motivováni jejich pozitivní modulování u takto nemocných lidí nejen přímo medicínsky provádět, ale též týmově spouštět či konzultovat, pokud jejich povaha přesahuje lékařské či obecně medicínské kompetence – jde nejen o týmovou práci (např. v pobytového zařízení), ale také o fungování v rámci podpůrných komunitních sítí.

Lékaři by měli disponovat profesní diagnosticko-terapeutickou excelentností, zdravotně sociální vzdělaností i empatickou vstřícností. Britský geriatr Bernard Isaacs

(1924–1995) formuloval v sedmdesátých letech 20. století pět dominant geriatrické medicíny, tzv. geriatrických obrů: 1. imobilitu, 2. instabilitu, 3. inkontinenci, 4. kognitivní poruchu (intellectual impairment) a 5. iatrogenní poškození. Pro jejich řešení požadoval, aby geriatřiští lékaři na zdravotně sociálním pomezí byli „3W“ – witty, warm and wise (bystří, vřelí a moudří). To vše platí pro celou medicínu dlouhodobé péče – nejen pro geriatrii.

„Zdraví“ je zjevně i v reálném životě pojem relativní. Kromě obecné stereotypizace „dobrého zdraví, zdravého člověka“ (bez závažných chorob, zdravotních obtíží i odchylek od normy při základním vyšetření, celkově dobře prospívajícího a fungujícího bez zdravotních omezení) existují i nízké úrovně zdraví, jakási „zdraví dílčí“: relativní, někdy (zvláště v paliativní péči) výrazně reziduální. Ovšem i ke smrti neodvratně, v horizontu pouhých měsíců či týdnů, spějící a celkově jistě neprospívající lidé mají různým způsobem ovlivnitelnou, se základní chorobou mnohdy nesouvisející a kvalitu života významně ovlivňující, různou míru reziduálního zdraví podmiňující míru sebeobsluhy, soběstačnosti, sebeúcty apod.

A salutogeneze – zachovávání, podpora a rozvoj „zdraví“ – se týká nejen „zdraví absolutního“ ve sféře dokonalosti, ale také „zdraví relativního“, míry fungování a spokojenosti (kvality života) za chorob a funkčních deficitů a pochopitelně také „znovuuschopňování“ ať se zvládnutým deficitem, či po jeho odstranění (enabling medicine), je-li to možné.

2.2 Potenciál zdraví – koncept Ctibora Drbala

Vymezení a pojmové uchopení nízké úrovně funkčního zdraví, vyžadující specifické, často zdravotně sociální přístupy, dobře umožňuje koncept potenciálu zdraví. Ctibor Drbal (1927–2008) jej zformuloval jako:

...vzájemně provázané, neoddělitelné a vzájemně se ovlivňující míry zdatnosti, odolnosti a adaptability. Všechny tři složky jsou plastické a dynamické, každá z nich má svou proměnlivou míru související s celostním uspořádáním organismu, má svůj rozměr tělesný i psychický, morfologický i funkční. Potenciál zdraví je individuálně specifický, je subjektivně prožívaný i objektivně hodnotitelný.

Jeho nízká úroveň může být vrozená, způsobená involucí, úpadkem z nečinnosti (ex inaktivitate), vlivy prostředí či chorobnými změnami včetně pokročilých stadií neléčitelných nemocí.

Právě úroveň potenciálu zdraví – reziduální zdatnosti, odolnosti, adaptability – výrazně spolutvoří v pokročilých stadiích chorob i v procesu umírání o sebeobsluze, soběstačnosti, sebereflexy, sebeúctě a tím o kvalitě života podmíněné zdravím. I umírající člověk se závažným tělesným omezením může mít „zdravé“ (tedy dobře funkční) mentální, psychické schopnosti, s nimiž lze a je třeba podporně pracovat v rámci paliativní péče.

Má tedy význam a logický smysl posilovat zdraví nejen „absolutní“ (zdravý způsob života, primární prevence, trénink k dokonalosti), ale i zdraví dílčí. Má význam přiměřeně udržovat a posilovat zdatnost, odolnost, adaptabilitu i u těžce nemocných či dokonce ke smrti se blížících, kauzálně neléčitelných lidí. O to důležitější je to u lidí „jen“ se závažným chronickým onemocněním či zdravotním postižením, včetně multi-kauzální křehkosti, ale často s dlouhou, přesně neodhadnutelnou životní prognózou.