

# Zpráva o dobré praxi v oblasti aktivního stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče na municipální úrovni

Tento workshop je podporován Evropskou unií z programu pro zaměstnanost a sociální solidaritu - Progress (2007-2013). Tento program provádí Evropská komise. Jeho účelem je finančně podporovat plnění cílů Evropské unie v oblasti zaměstnanosti, sociálních věcí a rovných příležitostí, a přispívat tak k naplňování cílů strategie Evropa 2020 v uvedené oblasti. Tento sedmiletý program je zacílen na všechny zúčastněné strany, které mohou pomoci při vytváření vhodných a účinných právních předpisů a politik v oblasti zaměstnanosti a sociálních věcí v celé EU-27, ESVO/EHP a v kandidátských zemích pro členství v EU a zemích usilujících o status kandidátské země. Více informací naleznete na této adrese: <http://ec.europa.eu/progress>

**Název:**

Zpráva o dobré praxi v oblasti aktivního stárnutí a poskytování  
služeb dlouhodobé péče na municipální úrovni

**Autoři:**

Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD, Mgr. Radka Vepřková,  
Mgr. Olga Starostová, Mgr. Marcela Janečková

**Jazyková korektura:**

Kateřina Dudková

V Praze, 2012

## Obsah

Úvod - 4

1. O projektu - 5

2. Workshop AKTIVNÍ A ZDRAVÉ STÁRNUTÍ - 6

3. Aktivní stárnutí a dlouhodobá péče - 7

4. Zhodnocení současné situace v oblasti aktivního  
stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče - 9

5. Oblasti aktivního stárnutí a příklady dobré praxe - 12

5.1 Bezbariérovost a dostupnost veřejných  
prostranství budov – velmi úzce a prakticky  
neoddělitelně souvisí s otázkou mobility a dopravy - 12

5.2 Bydlení - 13

5.3 Respekt a sociální začlenění,  
účast na společenském dění - 15

5.4 Komunikace a informace - 17

5.5 Zdravotně sociální a sociální služby - 18

5.6 Role municipalit v zajištění  
a koordinaci potřebných služeb a aktivit - 21

Viněty - 22

## Úvod

*Evropská Unie vyhlásila letošní rok rokem aktivního stárnutí a solidarity mezi generacemi. Vyhlášení je to velice důležité, nemělo by však zůstat jenom u něj. Je zapotřebí si poselství významu tohoto roku „přeložit“ i do běžného života.*

*Zpráva o dobré praxi v oblasti aktivního stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče na municipální úrovni by měla být ve své podstatě shrnutím našich dosavadních poznatků a zkušeností, naznačujícím právě i cestu do běžného života. Jde o souhrn poznatků z šetření o dobré praxi, realizovaného v rámci projektu Novel Policy Framework for Active, Healthy and Dignified Ageing and Provision of Health and Long Term Care Services (dále jen FRAM).*

*Cílem této zprávy je přinést souhrn poznatků a příkladů dobré praxe v oblasti aktivního stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče. Současně je také diskuzním materiálem pro další hodnocení dobré praxe na municipální úrovni a možností zprostředkovat jej samotným municipalitám.*

## I. O projektu

Hlavním cílem projektu FRAM je podpořit kvalitu, udržitelnost, dostupnost a efektivitu výdajů na služby zajišťující zdravotní, sociální a dlouhodobou péči. Projekt FRAM chce tohoto cíle dosáhnout skrze navržení nových pravidel a postupů, které by podpořily aktivní, zdravé a důstojné stárnutí v České republice.

Prvním konkrétním cílem je nashromáždit statistická data o stárnoucí populaci a jejích zranitelných skupinách a data o současné situaci v poskytování služeb zdravotní a dlouhodobé péče v České republice. Projekt chce zároveň zhodnotit úspěšné politiky v oblasti podpory aktivního a zdravého stárnutí v rámci EU tak, aby došlo ke zvýšení kvality, dostupnosti a udržitelnosti vytvořeného systému.

Druhým konkrétním cílem je vylepšit koordinaci politiky mezi relevantními účastníky prostřednictvím navrhování národního politického rámce – *Strategického plánu pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování služeb zdravotní a dlouhodobé péče*.

Třetím konkrétním cílem je převést principy zdravého a aktivního stárnutí, prevence a poskytování dlouhodobé péče do praktických doporučení, které umožní obcím plánovat a zajišťovat nástroje dlouhodobé péče a služby, při nichž by uplatňovaly principy aktivního, zdravého a důstojného stárnutí.

Čtvrtým cílem je zvýšit povědomí o potenciálu aktivního a zdravého stárnutí jak na národní, tak na místní úrovni. Zejména nám jde o zvýšení spoluúčasti při vytváření politiky mezi širší veřejností a klíčovými aktéry. Pomoci by tomu měla i realizace akcí, které se uskuteční v rámci projektu (workshopy, semináře a závěrečná konference).

### Klíčové aktivity

Projekt se skládá ze 4 vzájemně propojených klíčových aktivit: **analýza a sběr dat, výměna zkušeností, politická doporučení a šíření doporučení.**

Analytické postupy mají nabídnout relevantní data pro tvůrce politiky, aby mohli vytvořit nové zákonné podmínky. Sběr a analýza dat jsou prováděny Ministerstvem zdravotnictví a nabídnou statistické informace a analýzu

pro další projektové aktivity. Podstatnou část projektu tvoří debata s veřejností a odborníky, která je vedena prostřednictvím workshopů, seminářů, průzkumů a článků.

Mezi dílčí aktivity projektu patří především identifikace dobré praxe na základě terénního šetření v samosprávách, pořádání workshopů zaměřených na dobrou praxi, seminář expertů zaměřený na inovativní politiky pro zdravé a aktivní stárnutí, veřejná debata k tématu aktivního stárnutí, návštěvy klíčových expertů v rámci EU zaměřené na aktivní stárnutí a dlouhodobou péči či vytvoření doporučení.

## 2. Workshop AKTIVNÍ A ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

Cílem mezinárodního workshopu Aktivní a zdravé stárnutí je poskytnout prostor pro prezentaci, diskusi a rozhodnutí o kritériích výběru modelu dobré praxe v politikách zdravého a aktivního stárnutí a dlouhodobé péče na samosprávním/regionální úrovni.

Workshop je klíčovou událostí pro výměnu postupů a *know how*. Hodnocení těchto postupů proběhne především z hlediska jejich **přenositelnosti** do České republiky.

Na workshopu budou prezentovány modely dobré praxe, které na něm budou i (formou moderované diskuze) hodnoceny. Ono hodnocení proběhne především z hlediska zapojení do modelu aktivního stárnutí a dlouhodobé péče v ČR na úrovni samospráv.

Workshop bude rozdělen do několika tematických bloků, které se různými aspekty aktivního stárnutí dotýkají. Shrnutí I. dne prezentací a diskuzí bude použito v druhé části workshopu, kde budou osvědčené postupy podrobeny expertní diskusi. Ta by měla rozsoudit, které z těchto postupů bude vhodné zařadit do Manuálu dobré praxe určeného pro distribuci do samospráv.

Workshop je organizován **Centrem pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče** (Centre of Expertise in Longevity and Long-term Care, dále jen CELLO) Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, které je tak zodpovědné za obsahovou a expertní náplň workshopu.

### 3. Aktivní stárnutí a dlouhodobá péče

#### Aktivní stárnutí a solidarita mezi generacemi

Co rozumíme pod pojmem aktivní stárnutí? Existuje několik konceptů, které se vynořují postupně s tím, jak společnost stárne. Mezi ty první patří koncept **zdravého stárnutí**, který vycházel z představy tzv. **komprese morbidity**. Jde o to, abychom stárnuli zdravě a aby se nám dařilo onemocnět co nejméně oddalovat tak, aby přicházela až ve vyšším věku než je tomu dosud. Postupem času se ukázalo, že tento koncept je sice dobrý a v mnoha případech skutečně dochází k oddálení vzniku určitých onemocnění a jejich následků, ale nelze jej aplikovat všude, například neurodegenerativní onemocnění, zejména Alzheimerova choroba, patří zatím mezi ta „nepoddajná“. Hovořilo se také o **úspěšném stárnutí**, o umění **stárnout dobře** (ageing well).

Jeden z významných gerontologů, zakladatel mezinárodní sítě Longevity Center, profesor Robert Butler prosazoval pojem „**produktivní**“ stárnutí, zejména ve snaze popřít onu tezi o produktivním a neproduktivním věku, ukázat, že staří lidé jsou stále zdrojem a významnou součástí společnosti. Postupně se však terminologie ustálila, počátkem tohoto století, na pojmu **aktivní stárnutí**, a to zejména zásluhou Světové zdravotnické organizace, která je definuje jako **proces zajištění optimálních příležitostí pro zdraví, účast na životě společnosti a bezpečí s cílem zajistit co nejlepší kvalitu života starších lidí**.

Tato definice možná není příliš srozumitelná, ale přesto je velmi důležitá. Světová zdravotnická organizace v ní sděluje, že lidé potřebují podporu zdraví a adekvátní zajištění péče o zdraví, že potřebují pocit bezpečí, a to jak ve fyzickém ohledu (bezpečné prostředí) tak v ohledu materiálním (sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, ochrana před upadnutím do chudoby) a že potřebují možnost přispívat životu společnosti ať již svou pracovní činností nebo činností dobrovolnickou. Naznačuje také, že stárnutí je velmi variabilním a individuálním procesem a ne každý se dožije vysokého věku v dobrém zdraví. **Evropský rok aktivního stárnutí** zmiňuje ještě solidaritu mezi generacemi. To je podle našeho názoru velmi důležitý a neopominutelný aspekt.

Ne každý má to štěstí, že bude zdravý až do vysokého věku. Lidé nemocní a nesoběstační potřebují solidaritu ze strany společnosti i mladších generací. Důležitá je ale také solidarita ze strany seniorů, a to jak v rámci rodin, tak v rámci obcí a podobně.

#### Zdraví a soběstačnost ve vyšším věku.

**Zdraví** je důležitým východiskem a předpokladem aktivního stárnutí a důležitou hodnotou. Dobrý zdravotní stav je zejména ve vyšším věku předpokladem pro co nejdélejší zachování soběstačnosti. Kromě jednotlivých zdravotních problémů a diagnóz, z nichž zejména chronická onemocnění jsou ve vyšším věku častější, dochází k rozvoji geriatrických syndromů. Nejvýznamnějším geriatrickým syndromem je **křehkost**, *frailty*, stav ke kterému dochází většinou až v pokročilejším seniu, typicky nad 80 let věku a vzniká zpravidla v důsledku vícečetných onemocnění. Provází jej zhoršená kondice, mobilita, výrazně zhoršená schopnost adaptace. Tito lidé jsou ohroženi či postiženi omezením či ztrátou soběstačnosti.

Pod pojmem **soběstačnost** rozumíme schopnost žít každodenní život bez pomoci druhých, jedná se tedy o schopnost vyrovnat se s aktivitami běžného života, které dělíme na aktivity instrumentální (používání běžných nástrojů, zacházení s penězi, obstarání nákupu, uvaření jídla, používání dopravních prostředků) a na aktivity základní (schopnost adekvátně pečovat o svou vlastní osobu v oblastech schopnosti se najíst, hygieny, toalety, základní mobility). Z výše uvedené, velmi zjednodušené definice soběstačnosti vyplývá, že tato schopnost je závislá jak na stavu člověka samého, daném zejména jeho zdravotním stavem, nepřítomností či kompenzací zdravotních problémů, jeho (momentální) tělesnou kondicí a úrovní duševních funkcí. Kromě toho je však úroveň soběstačnosti závislá na dalších faktorech, které souvisejí s prostředím, ve kterém člověk žije. Jedná se o prostředí fyzické (bydlení, bariéry či bezbariérovost bytu či veřejných prostor), tak prostředí společenské (úroveň zajištění některých služeb, úroveň a kvalita kontaktů). Prostor, ve kterém člověk žije, tak může

na jedné straně zásadním způsobem podporovat jeho soběstačnost (bezbariérovost, vybavenost, společenské vztahy a služby), na druhé straně prostředí plné bariér a nedostatku sociálních služeb může výrazným způsobem soběstačnost člověka omezovat.

Pod pojmem **dlouhodobá péče** rozumíme systém zdravotnických, sociálních a dalších podpůrných služeb (včetně využití informačních technologií a podpůrného prostředí), jejichž cílem je podpora kvality života (důstojnosti, svébytnosti, obvyklých sociálních rolí) lidí s dlouhodobě ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností.

Těžiště dlouhodobé péče by mělo spočívat v přirozeném domácím prostředí, ale zahrnuje také péči ústavní.

### Prevence a poskytování dlouhodobé péče

Považujeme za nutné vysvětlit tuto zdánlivou kontroverzi – prevence a poskytování, respektive prevence versus poskytování dlouhodobé péče.

Jak bylo již zmíněno výše, zdraví je důležitou podmínkou pro zachování soběstačnosti ve vyšším věku. **Podpora a rozvoj zdraví a prevence onemocnění**, a to jak na individuální, tak celospolečenské úrovni, jsou tedy důležitým východiskem prevence potřeby dlouhodobé péče. Pokud se tedy i na úrovni obcí budou podporovat takové iniciativy, které slouží podpoře zdraví, povede to ke kompresi morbidit (posunutí morbidit do vyšších decenií) a k oddálení nesoběstačnosti.

Existují dokonce data o přínosnosti jednotlivých metod v intencích tzv. **QALY** (*Quality Adjusted Life Years*), takže jednotlivé metody jsou mezi sebou srovnatelné. Na vrcholu zdraví podporujících aktivit se nachází dostatek přiměřené tělesné aktivity, dále velmi významným faktorem podporujícím zdraví je správná výživa, péče o vlastní zdraví (preventivní vyšetření atd.). Důležité jsou (a to zejména s ohledem na pozitivní vliv na duševní zdraví) také různé společenské aktivity, jejichž efektivnost stoupá zejména s mírou osamění ve vyšším věku. Nicméně výsledky studií dokazují, že větší pozitivní efekt na zdraví mají činnosti, které zahrnují fyzickou aktivitu uskutečňovanou různými formami – zejména chůze, různé formy cvičení a podobně.

**Prostředí podporující soběstačnost**, jak svou fyzickou podobou, tak různými aktivitami a službami, je dalším významným předpokladem pro zlepšení soběstačnosti. Například lidé s výrazným omezením soběstačnosti v mobilitě, žijící v bezbariérovém domě v bezbariérovém městě, kteří mají k dispozici nikoli třeba přímo invalidní vozík, ale vozík nebo elektrický skútr umožňující jim dosáhnout všech potřebných míst, mohou tak zajistit své potřeby svými vlastními silami a nejsou závislí na pomoci druhých. Bezpečné cyklostezky umožní těmto lidem dostat se i do větších vzdáleností. Dostatek potřebných občanských služeb v obci, které například souvisejí s možností nákupu v místě bydliště, možností stravování v místní restauraci, bistro či bufetu, dostupná prádelna, čistírna, dostupnost různých oprav zajistí zvýšení jistoty a redukuje využití služeb tzv. sociálních. Obdobný význam má bezpečnost míst, kde senioři s omezenou soběstačností žijí.



## 4. Zhodnocení současné situace v oblasti aktivního stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče

Cílem části projektu, kterou se CELLO zabývá, je popsání dobré praxe v oblasti aktivního stárnutí, poskytování dlouhodobé péče a v dalších činnostech, které potřebu dlouhodobé péče limitují na nutné minimum. V úvodu kapitoly, věnované převážně metodologii a prvotním závěrům šetření, vymezíme „**indikátory dobré praxe**“, tedy parametry a rysy, které nás vedly k označení některých příkladů jako příklady dobré praxe. Tyto příklady budou v dalším průběhu projektu ještě blíže specifikovány. Byla tak definována, jak již bylo výše uvedeno, kritéria inkluze, variabilita podmínek, ale také „kritéria exkluze“ vylučující z dalšího šetření.

### Kritéria inkluze obecná

- Místní iniciativa: činnost pro danou municipalitu a ve spolupráci s ní činnosti odpovídající **současnému poznání** a praxi zdravotní a sociální péče (například person centered care)
- **podporující důstojnost, integraci, autonomii a nezávislost**
- vycházející z **principu subsidiarity** – upřednostnění místních zdrojů a zajištění jednodušších postupů a služeb

### Inkluze z důvodu variability podmínek:

- **místní:** dle zadání projektu tak, abychom postihli města, příměstské oblasti, větší municipality, menší či malé obce, a to jak v okolí hlavního města, tak v příhraničních oblastech
- **z pohledu spektra služeb:** preventivní programy, rehabilitace, sociální integrace, dlouhodobá péče a pokud možno i související oblasti (zaměstnanost)
- **na místní úrovni pak postihnout specifické podmínky:** týkající se populace 50+ a pokud možno zahrnout i romskou menšinu, nezaměstnané, pečující rodiny a rodinné příslušníky a lidi s disabilitou

- **hledisko poskytovatele či organizátora služeb:** organizace poskytující služby dlouhodobé péče, osoby, které potřebují péči, pečující rodinné příslušníky, zástupce obcí

### Kritéria exkluze

- činnosti, které **nejsou v intencích projektu** (nereflektují problematiku dlouhodobé péče a možnosti jejího kvalitního zajištění a prevence)
- praxe **neodpovídající současným poznatkům a trendům** v dlouhodobé péči
- činnosti a služby, které ve skutečnosti v realitě **nenaplnují své zadání**

Z výše uvedeného je zřejmé, že se jedná o rozsáhlou variabilitu jednotlivých proměnných, které můžeme v rámci tohoto relativně malého projektu postihnout. Je však zapotřebí zdůraznit, že se v žádném případě nejedná, a ani nemůže jednat o výběr průřezový, reprezentativní, tedy takový, který by postihoval současnou situaci v České republice.

### Legislativa, předpisy, doporučení

Zákon o sociálních službách (208/2006 Sb.) de facto žádné povinnosti (kromě povinnosti komunitního plánování) v poskytování sociálních služeb neukládá. Tyto povinnosti vyplývají pouze ze zákona o obcích, kde je stanoveno, že obce s přenesenou působností se zabývají problematikou zdravotně postižených a starších občanů (Zákon o obcích 128/2000 Sb.). Výše uvedené skutečnosti dokládá i naše vlastní expertní zkušenost z dlouholeté činnosti v oblasti dlouhodobé péče a zdravotní péče o seniory, i zkušenosti z činnosti v tomto projektu.

### Postup vlastního šetření:

Z výše uvedeného důvodu jsme se nejprve zaměřili na obce s rozšířenou působností a na města a městské části. Nejprve jsme prohledali jejich webové stránky a prezentace a zjistili, jakým způsobem odrážejí potřeby seniorů (metoda **desk research**). Ve stručném e-mailu jsme dále oslovili starosty výše uvedených obcí a informovali je o projektu a jeho zaměření s prosbou o zaslání aktuálních služeb a aktivit, které obce v oblasti AA realizují.

### Návštěvy obcí, upřesnění poskytnutých informací:

Kromě informací, které nám byly zaslány v elektronické podobě a zjištění zkušeností jak zástupců obcí, tak jednotlivých poskytovatelů služeb, se kterými jsme měli v jednotlivých obcích možnost se setkat, jsme se u každé obce stručně zaměřili na „typický“ případ potřeby dlouhodobé péče. Jednalo se o typické příklady situací, o kterých na základě vlastní zkušenosti víme, že představují nejproblematičtější situace, nacházejí se na hranici kompetencí zdravotnického a sociálního systému, legislativa neposkytuje jednoznačné či vůbec nějaké podklady k jejich řešení. Konkrétní příklady jsou uvedeny v příloze Zprávy: Viněty.

Celkem jsme dosud zkoumali podporu aktivního stárnutí a poskytování dlouhodobé péče v 10 municipalitách. Na místě bylo provedeno kvalitativní šetření, nástrojem šetření byly skupinové/individuální rozhovory. Respondenty rozhovorů pak byli místními aktéry. Do šetření byly zapojeny i prvky zúčastněného pozorování: návštěva center. Výstupem této etapy šetření jsou zápisy z návštěv obcí.

- **Bystré u Poličky:** rezidenční zařízení **Svazku obcí Poličska** (16 obcí), které vzniklo za účelem poskytování zdravotnických a sociálních služeb svým občanům.
- **Hlučín:** funkční model komunitního plánování, které probíhá účelně a se skutečným dopadem na rozvoj služeb v mikroregionu Hlučínsko (tedy se zahrnutím i okrajových a menších obcí tohoto regionu, které se na organizování i financování služeb

podílejí). Většina služeb je zajištěna „dodavatelsky“. Významným poskytovatelem je Charita, se kterou obec spolupracuje a jejíž činnost podporuje. V rámci komunitního plánování byly například vytvořeny bezbariérové stezky městem a podobně.

- **Chrudim:** zajištění sociálních a zdravotně sociálních služeb jak v rezidenčních zařízeních, tak v terénu, systematická péče o pracovníky (vzdělávání), spolupráce s dalšími subjekty (nemocnice, hospic).
- **Kutná Hora:** zaměření na systematickou práci se seniory především z hlediska mezigenerační solidarity, podpora pečujících a zjišťování potřeb seniorů.
- **Nové Město nad Metují:** funkční sociální odbor, spolupráce s rezidenčním zařízením pro seniory, organizace a propojení sociálních a zdravotně-sociálních služeb, bezbariérový městský úřad.
- **Nový Bor:** problematika romské menšiny, poskytování terénních sociálních služeb i pro menší obce s malými rozpočty.
- **Polička:** Navštívena Poličská nemocnice, zařízení původně poskytující základní lůžkové zdravotnické služby akutního charakteru, které bylo vyřazeno ze sítě lůžek akutní péče a postupně se transformovalo na poskytovatele ambulantních zdravotních služeb a následné péče. Část budov byla transformována také pro poskytování služeb zdravotně sociálního a sociálního charakteru, kdy kvalifikovanému zajištění zdravotní péče napomáhají zdravotnické ambulantní služby a komplement. Lidé, kteří potřebují zejména služby rezidenční, mohou využít nově zřízeného domova pro seniory v Bystrém, který je také provozován Poličskou nemocnicí. Poličská nemocnice je s. r. o, které je zřízeno Svazkem obcí Poličska. Jedná se o 16 obcí, z nichž je největší Polička, tyto obce se sdružily dle Zákona o obcích s cílem poskytovat společně sociální a zdravotně sociální služby svým občanům.
- **Praha 9:** Městská část **Horní Počernice** – menší, okrajová část hlavního města. Sociální odbor, funkčně komunikující s občany, organizuje pečovatelskou službu a v jejím rámci depistáž potřeb, zájezdy organizuje i pro seniory s disabilitou.

- **Praha 8:** podpora rozvoje služeb ze strany městské části. Jedná se o jednu z největších městských částí Prahy, která je sídlem Nemocnice Bulovka a několika zařízení pro seniory rezidenčního typu (domovy pro seniory), jejichž zřizovatelem je hlavní město Praha. MČ Praha 8 zřizuje dvě vlastní příspěvkové organizace, jedná se o Obvodní ústav zdravotně sociálních služeb (vzniklý transformací bývalého OÚSS, který nebyl v této MČ zrušen). Tento ústav zajišťuje několik domů s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu a další doprovodné služby včetně domácí péče a Centra aktivit pro seniory. Další příspěvkovou organizací je Gerontologické centrum vzniklé v roce 1992 jako reakce na postupující demografické změny v hlavním městě. Jedná se o zdravotnické zařízení poskytující také některé sociální a další doplňkové služby. Jeho služby zahrnují dvě lůžkové jednotky geriatrické následné péče k rehabilitaci a doléčení pacientů seniorského věku, jedno z nich je zaměřeno na pacienty s demencí. Dále zajišťuje služby denního stacionáře pro pacienty s demencí (první tohoto typu v České republice), denní centrum služeb a podpory zdraví pro seniory, domácí péči a domácí asistenci. V budově centra sídlí Česká alzheimerská společnost zajišťující poradenství, svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky i pacienty s demencí a respitní péči v domácnostech lidí s demencí.
- **Prachatice:** koordinuje prostřednictvím pověřené pracovnice zdravotnické a sociální služby, které jsou však poskytovány zpravidla jinými poskytovateli (charita, hospic, krajský domov pro seniory), díky osobnosti koordinátorky je navázána bezproblémová spolupráce i s dalšími organizacemi, včetně seniorských, Radou seniorů a podobně. Ze strany politiků města mají tyto otázky výraznou prioritu a je jim věnován zájem.
- **Tišnov:** zkoumán cíleně „Senior point“. Jedná se o iniciativu zajišťující informovanost pro seniory. Senior point však není řádně označen, nedá se snadno najít a v době návštěvy nebyla pracovnice přítomná. Přestože se nám aktivita typu „senior point“ zdála jako účelná a užitečná, tak byla i prezentována v některých informačních materiálech, nebyl vybrán jako příklad dobré praxe, neboť se nám

zdá, že se jedná spíše o komerční aktivitu (nabízení různých služeb formou katalogu, slev a podobně). Je však možné, že se některé další senior pointy takto budou profilovat, proto se na ně budeme i nadále zaměřovat, neboť původní nápad – jedno místo, kde lidé získají většinu informací, se nám jeví jako dobrý.

### Rakouská dobrá praxe:

V rámci studijní cesty do Rakouska jsme navštívili zařízení dlouhodobé péče v Rakousku a seznámili jsme se i s dalšími příklady dobré praxe. I zde jsme se však setkali s určitým spektrem služeb dlouhodobé péče od služeb orientovaných na člověka (*person centered*: Diakonie – *HausfurSeniorenWels*) až po služby institucí, které jsou orientovány spíše na výkon oddělení (*taskoriented*: *Bezirksalten und PflegeheimGaspoltshofen* – *SocialhilfeverbandGrieskirchen*).

### Na základě výše uvedeného jsme dospěli k předběžným výsledkům:

Obce se problematikou seniorů zabývají různou měrou, míra zájmu místních správ a samospráv o seniory je do značné míry **výrazem politické kultury dané obce**.

Odpovědi obcí se lišily v doslova celém možném spektru: od naprosté neznalosti této problematiky či nezájmu („Nemáme zájem o další spolupráci“, „Prozatím nemáme potřebu s Vámi spolupracovat. Děkuji.“, „Nabídku nevyužijeme“) až po komplexní příklady řešení problematiky prevence a poskytování dlouhodobé péče (Polička, Prachatice, Praha 8 a další).

## 5. Oblasti aktivního stárnutí a příklady dobré praxe

### 5.1 Bezbariérovost a dostupnost veřejných prostranství a budov – velmi úzce a prakticky neoddělitelně souvisí s otázkou mobility a dopravy

Zcela jednoznačným výsledkem našeho výzkumu je důležitost mobility a dopravy v tom nejširším smyslu slova. Nutným krokem je odstranění bariér; vytvoření bezpečných stezek, pro náhradní dopravní prostředky (invalidní vozíky či skútry) pak i cyklostezek nebo širokých chodníků, kam mohou bez problémů vjet

i lidé na invalidních vozících. Právě vyhovující dopravní prostředky pro seniory a zdravotně postižené jsou prostředkem podporujícím soběstačnost. Naopak, rozšířenou bariérou jsou chodníky bez nájezdu a podobně.

#### Bariéry / nejčastější problémy

- Chodníky bez nájezdů
- Bariérové bydlení
- Nedostatek laviček
- Nedostupnost adekvátních dopravních prostředků - skútry pro seniory
- Nedostupnost pomůcek pro mobilitu
- Nedostupnost adekvátní dopravy - veřejné

#### Trendy / možná / nejčastější řešení

- + Odstranění bariér
- + Půjčovna pomůcek
- + Dostupnost prostředků
- + Zajištění dopravy
- + Malé autobusy, tzv. seniorbusy
- + Seniortaxi

Dalším důležitým aspektem aktivního stárnutí je pro seniory vyhovující městská doprava.

### Dobrá praxe

- **Hlavní město Praha:** městská doprava, která objíždí pro seniory důležitá místa, fungující ve spolupráci s jednotlivými městskými částmi
- **Rychnov nad Kněžnou:** jednorázový roční příspěvek 100,-Kč na Senior Shopping Bus
- **Plzeň:** Od dveří ke dveřím: částečně dotovaná taxislužba imobilním občanům
- **Česká Lípa:** částečně podporované seniorské taxi
- **Nový Bor, Hlučín, Uničov, Děčín: Města bez bariér** – strategie bezbariérovosti
- **Prachatice, Plzeň:** bezbariérový průvodce městem
- **Otrokovice:** ve spolupráci s občany snaha o postupnou bezbariérovost nejvýznamnějších tras a budov
- **Havlíčkův Brod: Zahrada** - záměr vybudovat formou fit parku bezbariérovou zahradu, využití vyvýšených záhonů

## 5.2 Bydlení

Lidé, kteří potřebují dlouhodobou péči, patří mezi nejkřehčí a nejzranitelnější, zejména pak tito lidé v seniorském věku. Proto jsou často stěhováni za poskytováním dlouhodobé péče, do instituce, která je velmi vzdálena od místa původního bydliště, daleko ze své obce.

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“ (článek I Listiny základních práv a svobod). Zatímco u nás se v praxi tato problematika dosud neřeší, v zahraničí již existuje k problematice příslušná judikatura. Například v roce 1999 vydal Nejvyšší Soud USA rozhodnutí, že je žádoucí poskytovat služby v domácím prostředí a umožnit tak, aby lidé setrvali co nejdéle v původní komunitě. Vyjádřil tedy preferenci komunitní péči proti institucionalizaci.

### Nová strukturalizace bydlení seniorů a rezidenční péče

Některé země, například Nizozemsko a severské státy, zavedly novou formu bydlení pro seniory „service housing“ tak, aby lidé zde žijící mohli lépe využívat existujících služeb a zdrojů v komunitě. Systému „service housing“ je velmi podobný v České republice již dlouhodobě známý systém **domů s pečovatelskou službou**. Tento systém je vhodně koncipován, nicméně mnohde není vhodně realizován. Nedostupnost služeb nebo jejich velmi omezená dostupnost vedou seniory či zdravotně postižené lidi k rozhodnutí volit jinou formu rezidenční péče, například domov pro seniory, kde jsou lépe zajištěné a dostupné služby.

„Domy s pečovatelskou službou“ (ale nejen touto službou, ale celým spektrem služeb zdravotně sociálního charakteru) by měly být nejdostupnějším a nejvíce využívaným řešením pro seniory vyžadující dlouhodobou péči. Mezi nesporné výhody tohoto řešení patří skutečnost, že většina dosud existujících i nově vybudovaných zařízení tohoto typu je součástí komunity a lidé zde tedy žijí, aniž by byli z této komunity vytrženi. To je podstatný rozdíl například ve srovnání s domovy pro seniory. Nicméně v této situaci je třeba upozornit na skutečnost, že „domy s pečovatelskou službou“, přes

veškeré výše uvedené výhody, nejsou zařazeny do systému sociálních služeb, neboť se jedná o samostatné bydlení seniorů a o dekretované byty. Tato zařízení se v souvislosti se zákonem o sociálních službách mnohdy zaregistrovala jako „domovy pro seniory“, nicméně spektrum jejich služeb (jak sociálních tak zejména zdravotnických) je mnohdy zcela nedostačující.

Samostatné chráněné bydlení se službami pro seniory (i další občany), kteří mají omezenou soběstačnost, ale netrpí významnou psychickou poruchou, je řešením vhodným. Toto samostatné bydlení nesmí být znevýhodňováno vůči často odlehkým a velkokapacitním institucím. Přes tuto skutečnost je třeba připustit, **že institucionální péče je stále součástí spektra služeb** dlouhodobé péče u nás i v jiných evropských zemích. Je však zapotřebí zdůraznit, že instituce typu „domov pro seniory“ či dle dřívější legislativy „domov důchodců“ jsou institucemi, které v současném moderním systému dlouhodobé péče nemají prakticky své místo, protože zdraví a soběstační senioři (zejména ti, kteří netrpí poruchou duševního stavu, zejména kognitivní poruchou) by měli setrvávat ve svém domácím prostředí či bydlet v uzpůsobených malometrážních bytech ve svých komunitách.

Lidé s určitou nesoběstačností by měli i nadále bydlet ve svých obcích ve výše uvedených bytech, nebo pokud je to nutné v bydlení se službami. Instituce typu domovů důchodců, které byly stavěny počínaje 60. lety nejen u nás ale také v jiných evropských zemích, se v těchto zemích již transformovaly a u nás je zapotřebí je transformovat s ohledem na potřeby zajištění dlouhodobé péče pro určité skupiny pacientů, pro které není tato péče v dostatečném měřítku dosud zajištěna. Dá se předpokládat, že některá z těchto zařízení budou nadále poskytovat bydlení se službami (zřejmě současně domovy pro seniory) a z některých vzniknou zařízení typu ošetrovatelských zařízení či ústavů (nursing home). Budou to zřejmě současné domy se zvláštním režimem, ale také některá zdravotnická zařízení s dlouhodobým pobytem.



## Bariéry / nejčastější problémy

- Institucionalizace – důraz na instituce
- Odlehlost
- Rozličnost zřizovatelů a vyčlenění z komunity
- Neproponenost zdravotní a sociální péče
- Nízká kvalita bydlení
- Nemocniční prostředí v LDN
- Nedostatek zdravotní péče v DpS
- Málo soukromí a individuálního prostoru  
- bydlení po několika lidech v místnosti
- Nedostatek míst/bydlení pro lidi s duševní  
či kognitivní poruchou

## Trendy / možná / nejčastější řešení

- + Malé dobře vybavené a bezbariérové byty  
v centru obce (soustředěné či samostatné) –  
pro lidi bez duševní či kognitivní poruchy
- + Vybavení komunikačními technologiemi
- + Dostupnost terénních služeb 24 hodin denně
- + Skupinové bydlení pro lidi s duševní  
či kognitivní poruchou
- + „Nursing home“ pro závažné stavy vyžadující  
dlouhodobou ošetrovatelskou péči
- + Zajištění domácí ošetrovatelské a rehabilitační  
péče

## Dobrá praxe

- **Jeseník:** zlepšení podmínek bydlení seniorů ve městě (nouzové signální zařízení, zabezpečení obydlí).
- **Nové město nad Metují:** kampaň terénních a ambulantních služeb „Doma je nejlépe“, která prokazatelně snižuje požadavky na rezidenční pobyty, spojená s akcí „Poradenství do bytu“.
- **WelsDragonen:** bydlení pro seniory s demencí – malá jednotka podporující soběstačnost a integraci lidí s demencí.
- **Wels–Care home HausVogelweide-Laahen:** moderní rezidenční dům pro seniory, skupinové bydlení pro 15 lidí na jednotlivých patrech, které mají vždy vlastní kuchyň tak, aby byla přirozeným centrem pro tuto skupinu. Přízemí zařízení je otevřené i pro veřejnost, civilní, obsahuje kavárnu, rehabilitaci, kadeřnictví a další služby, které je otevírají i příchodzí (seniorské) veřejnosti, v kavárně pracují jako dobrovolníci mladší senioři.
- **HausfürSenioren der Diakonie Wels:** jedná se o renovované zařízení původní Altersheim Franze Josefa I. z konce 19. století. Zařízení je situováno v centru města.

### 5.3 Respekt a sociální začlenění, účast na společenském dění

#### Aktivity pro seniory:

Velmi často se v nabídce obcí vyskytují různé vzdělávací aktivity pro seniory včetně kurzů jazykových, počítačových, kurzů sebeobrany a finanční gramotnosti. V dlouhodobější formě se objevuje možnost dalšího vzdělávání formou univerzit/akademií. Seniorům jsou taktéž poměrně často nabízeny kurzy s novými technologiemi (internet, fotografování). Neopomenuta je často i prevence, seniorům jsou nabízeny kurzy finanční gramotnosti či bezpečnosti. Za důležité považujeme

zvážení efektivnosti a užitečnosti těchto výše zmíněných a jiných intervencí. Zatímco některé z nich jsou prakticky „jen“ zábavou, ale samozřejmě také socializací lidí, kteří postrádají společnost, další z nich pamatují také na podporu účasti lidí s handicapem (například Horní Počernice na ně při organizaci výletů pro seniory pamatují). Za užitečnější je však třeba považovat takové aktivity, které přinášejí rozvoj poznatků, získání nových informací, dovedností a kompetencí – sem je třeba zařadit výše uvedené kurzy finanční a bezpečnostní gramotnosti, počítačové kurzy a podobně. Další aktivity mohou pozitivně ovlivnit zdraví – zejména aktivity zahrnující různé formy pohybu.

### Bariéry / nejčastější problémy

- Nedostatek mezigeneračního propojení
- Opomenutí seniorů – dobrovolníků
- Výhradně „zábavné“ aktivity

### Trendy / možná / nejčastější řešení

- + Adekvátní počet aktivit
- + Široké spektrum / pohybové, vzdělávací
- + Vzácnější ale velmi žádoucí mezigenerační charakter aktivit

Relativně častou aktivitou jsou tzv. aktivity pohybové, a to od zábavné formy taneční, přes skupinové hry jako jsou šachy, pétanque či turistika nebo cykloturistika, až po cvičení rehabilitační, bojová umění či jógu. Vyvrcho-

lením jsou regionální utkání, olympiády, které mají někdy i mezigenerační charakter. Vzácněji se vyskytují i různé mezigenerační projekty. V těch však senioři hrají roli spíše pasivní.

### Dobrá praxe

- **Uherské Hradiště:** univerzita třetího věku
- **Jeseník:** Akademie třetího věku
- **Boskovice:** kurzy fotografování
- **Praha Suchdol, Uničov, Petrovice:** Fit parky
- **Svitavy:** kampaň ve spolupráci s rodinným centrem Prarodiče, zaměřená na odpolední aktivity prarodičů s vnoučaty
- **Svitavy, Plzeň, Havířov:** výroba panenek pro

dětskou nemocnici pro dětské krizové centrum

- **Praha 5:** Hestia – projekt 3G dobrovolnického centra (možnost stát se jednou týdně babičkou či dědečkem)
- **Ostrava – Poruba:** přístupná domácí knihovna v domě s pečovatelskou službou
- **Plzeň:** budované mezigenerační multifunkční centrum „Dům napříč generacemi“
- **Otrokovice:** mezigenerační reminiscenční divadlo

- **Hlučín:** dílny Vyrábíme společně, Povídej mi
- **Chrudim, Litomyšl, Hlučín:** vánoční pečení cukroví
- **Most:** Společné malování
- **Prachatice:** příměstský mezigenerační tábor
- **Most, Otrokovice:** senioři čtou dětem v MŠ, vyrábějí oblečky na panenky
- **Praha 4 a II:** Kokoza o.p.s.: komunitní zahrada a zapojení seniorského pěstiteleského know-how
- **Praha Horní Počernice:** výlety pro seniory, i ty s vozíky
- **Praha 8:** burza seniorů při Gerontologickém centru, CEPS při OUSS

### Aktivity seniorů – společenská a dobrovolná činnost:

Aktivity seniorů samotných se vyskytují podle našeho zjištění vzácněji, jedná se spíše opět o zábavné aktivity, z nichž některé mají mezigenerační charakter; relativně vzácné jsou dobrovolnické aktivity seniorů zaměřené na jiné věkové skupiny.

Na tomto místě je však zapotřebí poznamenat, že mnoho z aktivit seniorů pro společnost, včetně rodin, zůstává skryto a není popisováno jako dobrovolnická činnost. V tomto ohledu (a u této generace seniorů) hraje zřejmě velkou roli devalvace dobrovolnické činnosti, ke které došlo v několika posledních desetiletích, formou „dobrovolně-nedobrovolných“ ale velmi nepopulárních aktivit. Časté je pak fungování seniorů v rámci výborů či představenstev sdružení nájemníků bytových domů, kde se starají o rekonstrukce, údržbu domu a jeho okolí za velice nízký příspěvek.

Neopominutelný je podíl seniorů na lokálních aktivitách za účelem udržování místních tradic či neformální hudební a divadelní sdružení. Faktorem „neviditelnosti“ dobrovolné činnosti je skutečnost, že u nás prakticky chybí koordinátoři dobrovolníků, a to ať již jedinci nebo organizace. Nedochozí tak k formalizaci dobrovolnické činnosti, jako je tomu například v sousedních zemích (Rakousko, Německo). Zde je díky podpoře a organiza-

ci dobrovolné činnosti zajišťována značná část pomoci a služeb seniorům (Aalen, Korutany atd.).

### Zapojení seniorů do života obcí

V rámci šetření jsme zaznamenali také případy spolupráce obcí a seniorských iniciativ či organizací. Jedná se například o seniorské rady či poskytování prostorů pro jednání a činnost seniorských organizací. Velice marginálním jevem je pověření konkrétní osoby ze strany obce, která má koordinace dobrovolnických aktivit ve své gesci.

## Dobrá praxe

- **Česká Třebová:** Jabkancové pouti
- **Plzeň:** „Příběhy plzeňských míst 2011“
- **Prachatice:** Prachatická buхта
- **Plzeň:** regionální dobrovolnické centrum TOTEM o. s. - senioři zde působí jako dobrovolníci v zařízeních pro seniory, na dětské klinice či v hospici, organizace festivalu Jeden svět, účast na přípravě akce Třetí festival
- **Otrokovice:** reminiscenční divadlo
- **Praha 5:** Hestia: adoptivní babička/dědeček
- **Prachatice, Ústí nad Orlicí: Seniorské rady:** začlenění seniorů do politického rozhodování
- **Prachatice:** Koordinace dobrovolnických aktivit určenou osobou. Efektivní komunikace města nejen se seniorskými, neziskovými organizacemi a poskytovateli služeb.
- **Prachatice:** senioři dávají a čtou dětské knížky dětem z azylového domu



## 5.4 Komunikace a informace

### Bariéry / nejčastější problémy

- Nepropojenost informačních kanálů
- Neznalost nových médií
- Informace na různých místech
- Marginálně informace o službách a možnostech pro zranitelné skupiny seniorů (např. senioři s demencí atd.)
- Informace nejsou přizpůsobeny potřebám seniorů se sníženými kognitivními schopnostmi

### Trendy / možná / nejčastější řešení

- + Zapojení nových technologií (senior pointy)
- + Letáky
- + Vznik příruček

Považujeme za užitečné, aby v obcích vznikala jednoznačná informační místa pro seniory, kam se mohou obrátit a dozvědět se potřebné užitečné informace.

Fyzicky to mohou být zdravotní střediska, lékárny, sociální či zdravotní odbory úřadů, stacionáře a podobně.

## Dobrá praxe

- **www.seniorpointy.cz** – s výhradou - pokud by byly funkční
- **Plzeň:** Seniorweb Plzeň – informace pro seniory z Plzeňska
- **Orlová:** Poradenství do bytu – návštěva seniorů v jejich domovech
- **Kostelec nad Orlicí, Prachatice Plzeň:** Příručky Průvodce světem sociálních služeb pro seniory ve městě: informace, kontakty, i ve zvukové podobě
- **osobní kontakt a terénní depistáž – Praha Horní Počernice**

## 5.5 Zdravotně sociální a sociální služby

### Jaké jsou základní strategické úkoly v oblasti dlouhodobé péče?

Tuto otázku si klade konzultační materiál Švédského předsednictví EU<sup>1</sup>, podle kterého se jedná o následující problémy:

- překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče
- jak je možné lépe chránit důstojnost a péči co nejvíce individualizovat
- do jaké míry je volba klientů zohledňována v politických rozhodnutích
- je věnována dostatečná pozornost Alzheimerově chorobě a jiným onemocněním způsobujícím demenci, jsou těmto lidem poskytovány adekvátní služby
- jak je možné udržet ve službách dlouhodobé péče dostatek kvalifikovaných pracovníků
- jak je možné zlepšit kvalitu služeb
- existuje dostatek zkušeností se sledováním účinnosti jednotlivých opatření, a to zejména s ohledem na budoucí vývoj.

Tento materiál<sup>2</sup> dále specifikuje jednotlivé klíčové parametry, které jsou důležité pro dosažení dostatečného spektra služeb a jejich integrace v oblasti dlouhodobé péče, a to na základě zkušeností jednotlivých zemí, regionů i poskytovatelů. Tyto aspekty budeme diskutovat v následujícím textu, a to s reflexí našich místních podmínek.

- Je zapotřebí **zlepšit porozumění tomu, co je cílem a jaký je optimální způsob poskytování dlouhodobé péče**, tedy že se jedná o rozmanité spektrum služeb, které jsou funkčně

integrovány tak, aby odpovídaly potřebám lidí. Toto vysvětlení, které by mělo být co nejucelenější a nejúplnější a zahrnovat cíle, procesy, cílové skupiny a pravidla činnosti, je třeba systematicky předkládat všem důležitým stakeholderům v tomto procesu.

- **Porozumět tomu, co je míněno pod pojmem „client orientation“ či „person centered care“, péče zaměřená na člověka.** Důležitou skutečností je fakt, že se nejedná o prázdný pojem či o frázi nebo klišé. Je to skutečně zásadně jiný, pozitivní přístup k člověku, který se snaží organizovat a poskytovat služby tak, aby maximálně respektovaly potřeby klientů, kterým jsou poskytovány. Jedná se o zcela zásadní změnu orientace ve službách, které tradičně byly (či ještě jsou) zaměřeny na svůj výkon a procesy. Jako příklad uvedeme oddělení pro pacienty/klienty s demencí, neboť jedním z průkopníků „person centered care“ namísto „task oriented care“ byl právě Tom Kitwood, a to v oblasti péče o pacienty s demencí. Tradiční oddělení, které je „task oriented“, tedy zaměřené na výkon, své úkoly a procesy, dbá prostřednictvím svých pracovníků zejména na to, aby bylo vše uděláno včas, dle zadaných harmonogramů, řádů a standardů. Tato zdánlivě výkonná „instituce“ však naprosto nemusí odpovídat potřebám lidí, kteří tu žijí, nebo kterým jsou poskytovány služby.
- **Proces integrace vyžaduje zdroje**, a to jak finanční, tak časové, které do něj musí být vloženy, protože tento proces zahrnuje také vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými profesemi i poskytovateli, vzájemné učení, společné přístupy, dohody a podobně. Teprve poté může zdroje přinášet (ve smyslu lepších a efektivnějších služeb).
- Je třeba vytvořit **nové profese** pro tyto nově vznikající služby a úkoly, jedná se zejména o *case managery*, domácí asistenty, manažery služeb a o další „víceúčelové“ profese v těchto službách,

<sup>1</sup> Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

<sup>2</sup> Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

které budou schopny kombinovat jak sociální, tak zdravotní aspekty dlouhodobé péče.

- Zainteresovat také rodinné příslušníky a ostatní významné *stakeholdery* a přesvědčit je, že východiskem adekvátního poskytování dlouhodobé péče je **adekvátní multidisciplinární posouzení potřeb a naplňování individuálního plánu služeb a péče.**

- Podpora autonomie a funkčního stavu zejména starších lidí, ale i jiných klientů dlouhodobé péče tak, aby byla co nejvíce podporována a posilována jejich důstojnost a sebedůvěra.

- Dostatek informací o službách a dostatečná komunikace poskytovatelů a uživatelů služeb. Služby musejí být srozumitelné jak uživatelům, tak všem poskytovatelům, je třeba, aby jejich poskytování bylo výsledkem vzájemného konsenzu.

- Na úrovni systémů je třeba zdůraznit dostatečnou společenskou diskuzi a vytvoření systému dlouhodobé péče tak, aby byl i finančně udržitelný.

Trendem v oblasti poskytování, koordinaci a dostupnosti zdravotních a sociálních služeb je jeho multidisciplinární posouzení či vytvoření tzv. "balíčků služeb". Jako problematická se jeví role praktických lékařů a koordinátorů dostupnosti služeb.

## Bariéry / nejčastější problémy

- Malá nabídka služeb tzv. zranitelným skupinám
- Problematická role praktických lékařů
- Role ÚP
- Role koordinátora služeb (case management)

## Trendy / možná / nejčastější řešení

- + Multidisciplinární posouzení funkčního stavu a potřeb
- + Vytvoření „balíčku služeb“
- + Podpora rodinných pečujících

## Dobrá praxe

- **Horní Počernice:** aktivní zjišťování potřeb seniorů v jejich domovech
- **Praha 8, Svazek obcí Poličska:** zajištění služeb vlastními silami, spolupráce s dalšími organizacemi
- **Prachatice:** snadný přístup k plánování služeb různým poskytovatelům, konstruktivní a vstřícná komunikace

### **Péče o zranitelné skupiny seniorů (křehcí, osoby s demencí, dlouhodobě nemocní atd.) a pečující**

Přesto, že se výše uvedená oblast zdravotních a sociálních služeb jeví jako dobrá, je při bližším zkoumání patrné, že chybí nabídka služeb zranitelným skupinám seniorů (např. osoby s demencí, po CMP, poranění

mozku, s chronickým onemocněním). Ty často zůstávají v institucionalizované formě péče. Samotní pracovníci v sociálních/zdravotních službách problematice péče o tuto cílovou skupinu často nerozumí. Absolutním nedostatkem pak trpí i nabídka služeb pro pečující. Prvními vlašťovkami jsou v této oblasti denní centra, stacionáře či Alzheimer centra.

### **Bariéry / nejčastější problémy**

- Neinformovanost
- Institucionalizovaná podoba
- pečující rodiny bez pomoci a podpory
- Neznalost problematiky u pracovníků (kognitivní poruchy, neadekvátní komunikace)

### **Trendy / možná / nejčastější řešení**

- + Dostupnost terénních služeb 24 hodin denně
- + Zaměření na podporu pečujících
- + Vznik respitní péče: denní stacionáře, skupinové bydlení
- + Proškolení pracovníků v problematice komunikace s osobami s kognitivní poruchou/duševní nemocí
- + Vedení profesionálů k systematické komunikaci s rodinami
- + Zajištění podpůrných a respitních služeb

### **Dobrá praxe**

- **Praha 8:** Denní stacionář pro pacienty s demencí
- **Praha 8:** komplex služeb (poradenství, svépomocné skupiny, respitní péče a informace) České Alzheimerovské společnosti
- **Kutná Hora:** Denní centrum pro seniory Duhové Atrium
- **Prachatice:** Domov Matky Vojtěchy Prachatice
- **Vsetín:** Denní stacionář Letokruhy Vsetín,
- **Ostrava Nová Ves:** Denní stacionář Diakonie Ostrava Nová Ves

## 5.6 Role municipalit v zajištění a koordinaci potřebných služeb a aktivit

### Otázky pro účastníky workshopu:

- › Jakou roli by měly hrát obce v prevenci a poskytování dlouhodobé péče?
- › Je možné zajistit dlouhodobou péči bez obcí?
- › Které obce a jakým způsobem by se na zajištění dlouhodobé péče a její prevenci měly podílet?
- › Jakou částí rozpočtu?

## Viněty

### CMP

Žena 78 let, žije s manželem 90 let s omezenou soběstačností, kterému dosud spíše pomáhala. Po opakovaných cévních mozkových příhodách vždy zrehabilitovala a byla schopna žít samostatně, nyní ji postihla závažná CMP, je ochrnutá na pravou polovinu těla, afazie (nedomluví se). Po několikátýdenní rehabilitaci byla propuštěna domů. Je schopna se přesunout po bytě, ale potřebuje další rehabilitaci k udržení tohoto stavu a další služby pro sebe i manžela.

1. Na koho se mohou manželé obrátit s prosbou o pomoc ve Vaší obci?
2. Jak v takových případech postupujete, nebo si myslíte, že by se postupovat mělo?
3. Jaké služby byste jim byli schopni zajistit, případně zprostředkovat kontakt?
4. Jaké služby myslíte, že by takové lidé potřebovali?
5. Můžete zajistit nějakou formu podpory (rehabilitace, soc. služby) v domácím prostředí?

### Křehkost

Manželé 90 a 92 let žijí zatím relativně samostatně, ale dochází k častým dekompenzacím zdravotního stavu, odebírají obědy a některé pečovatelské služby. Oba opakovaně odesílání k hospitalizaci, kde byli již i odmítání, protože se nejedná o „zdravotní indikaci“. Do léčebny ani ústavu zatím nechtějí, jsou fixováni na svůj domek a zahrádku. Mají jednu bezdětnou dceru, která ale žije ve Švýcarsku.

1. Na koho se mohou obrátit s prosbou o pomoc ve Vaší obci?
2. Jak v takových případech postupujete, nebo si myslíte, že by se postupovat mělo?
3. Jaké služby byste jim byli schopni zajistit, případně zprostředkovat kontakt?
4. Jaké služby myslíte, že by takové lidé potřebovali?
5. Můžete zajistit nějakou formu podpory (rehabilitace, soc. služby) v domácím prostředí?

### Traumatické poranění mozku

Muž 35 let, svobodný, dosud zcela zdravý, žije sám ve svém bytě v bytovce. Rodina v Ostravě, příliš se nestýká. Utrpěl vážné zranění při autonehodě, autonehodu, dlouhodobé bezvědomí, intenzivní péče, rehabilitace, která nyní končí, do 14 dnů bude propuštěn, jeho stav se po 6 měsících stabilizoval. Dobře fyzicky zotavený – pouze lehčí porucha koordinace a rovnováhy. Má těžší kognitivní deficit (porucha krátkodobé paměti, neumí řešit běžné situace, plánovat a řešit problémy, vysoká únavnost) a zdá se, že občas i nevhodné chování. Zatím není schopen běžných činností a řešení denních problémů bez vedení a podpory (bez podpory a připomínání se zdá být dezorientovaný). Zatím je na nemocenské.

1. Na koho se může obrátit jeho přítelkyně (rodina) s prosbou o pomoc ve Vaší obci?
2. Jak v takových případech postupujete, nebo si myslíte, že by se postupovat mělo?
3. Jaké služby byste mu byli schopni zajistit, případně zprostředkovat kontakt?
4. Jaké služby myslíte, že by takový člověk potřeboval?
5. Existují ve Vaší obci nějaké odlehčovací služby, aby si mohl hlavní pečující někdy odpočinout?
6. Můžete zajistit nějakou formu podpory (rehabilitace, soc. služby) v domácím prostředí?

### Demence

Žena 72 let, bezdětná vdova, nemá příbuzné, dosud vážněji nestonala, s ničím se neléčí, s nikým se příliš nestýká. Asi 3 roky pozoruje zhoršování paměti, nyní diagnostikována již středně těžká demence Alzheimerova typu. Nastavena léčba, přesto se několikrát již stalo, že zabloudila, zapoměla puštěnou vodu, jednou dokonce téměř způsobila požár, protože nechala zapnutý plynový sporák a odešla. Nemá na své onemocnění příliš náhled, nechá si však poradit a přizpůsobí se. Sousedé poukazují na neudržitelnost situace.

1. Kdo bude reflektovat, řešit situaci této ženy ve Vaší obci?
2. Jak v takových případech postupujete, nebo si myslíte, že by se postupovat mělo?
3. Jaké služby byste jí byli schopni zajistit, případně zprostředkovat kontakt?
4. Jaké služby myslíte, že by takový člověk potřeboval?
5. Můžete zajistit nějakou formu podpory (rehabilitace, soc. služby) v domácím prostředí?

1. Má smysl se zaměřovat s aktivitami i na tuto skupinu osob?
2. Jakým způsobem by bylo možné tuto paní vtáhnout do komunitního života či k nějakému dobrovolnictví či jiné aktivitě? A má to vůbec smysl?
3. Jak v takových případech postupujete, nebo si myslíte, že by se postupovat mělo?

### Pečující

Paní N, 58 let, se rozhodla starat o své staré, nemocné a nesoběstačné rodiče. Žijí společně v rodinném domku, dostávají příspěvek na péči, zdánlivě vše ok. Po deseti měsících péče začíná pečující stonat se zády, začíná mít psychické potíže.

1. Na koho se může obrátit s prosbou o pomoc ve Vaší obci?
2. Jak v takových případech postupujete, nebo si myslíte, že by se postupovat mělo?
3. Jaké služby byste jí byli schopni zajistit, případně zprostředkovat kontakt?
4. Jaké služby myslíte, že by takový člověk potřeboval?
5. Existují ve Vaší obci nějaké odlehčovací služby, aby si mohl hlavní pečující někdy odpočinout?
6. Můžete zajistit nějakou formu podpory (rehabilitace, soc. služby) v domácím prostředí?

### 50+

Paní 55 let, vysokoškolsky vzdělaná, lékařka. Rozvedená, žije sama, neboť děti již odešly z domova. Cítí se osamocena, nemá pro koho vařit, stěžuje si, že má depresi. Nemá dostatek sociálních kontaktů mimo rodinu ani žádné koníčky, které by zahrnovaly sociální kontakty. Ráda čte, skládá puzzle, chodí po obchodech. Má jednoho vnuka, kterého příležitostně hlídá. V komunitním dění se nijak neangažuje.

POZNÁMKY:



POZNÁMKY: