

O bydlení seniorů

V mládí nám připadá, že stáří je oddělená, velmi vzdálená kapitola života, která se nás příliš netýká. Možná až za nějaký čas, ještě máme jiné starosti. Sháníme byt, zařizujeme dětský pokoj, pak studentský. Uběhne pár let, a naše děti shánějí byt, zařizují dětský pokoj. Ranní vstávání začíná jít ztuha, naše kolena a schody, to nějak nejde dohromady, návody na výrobcích už nepřečteme ani s brýlemi, i když ne nutně je to vada našeho zraku, a taky ten zvonek bylo dřív nějak líp slyšet. Ale stále ještě si nechceme připustit, že se přiblížilo stáří a my bychom měli myslet na to, kde a jak ho budeme prožívat. Vystoupáme ještě za pár let schody ke svému bytu? Dostaneme se do vany? A... také z ní?

V průzkumu, který se zabýval bydlením seniorů, jsme si ověřili, že většina bytů, které obývají senioři nad 65 let, neposkytuje dostatek bezpečí při zhoršených smyslových nebo pohybových schopnostech svých obyvatelů. Přitom žít v prostředí, které je nám důvěrně známé, kde máme přátele a příbuzné, je důležitou hodnotou, která tvoří kvalitu života nejen ve stáří. V pobytových zařízeních sociálních služeb se často ocitají lidé, jejichž zdravotní stav ještě nevyžaduje stálou péči. Dostali se tam jen proto, že jejich domov se pro ně stal klecí, odkud nemohli vycházet, neměli přístup k hygienickému zázemí, hrozilo jim nebezpečí pádu nebo chyběla možnost dovolat se pomoci v případě potřeby.

Pobytová zařízení sociálních služeb, jako jsou např. domovy pro seniory, se čím dál více specializují na služby pro obyvatele, kteří již

skutečně potřebují stálou péči. Naštěstí také poskytovatelé těchto zařízení se snaží vytvářet prostředí, které obyvatelům simuluje domácí podmínky. Například tím, že si mohou zařídit pokoj předměty, na které byli zvyklí, postupně přibývají jednolůžkové pokoje, které poskytují osobní soukromí, a hlavně se mění přístup k uživatelům služeb. Zachování důstojnosti člověka a respektování jeho práv jsou konečně v zájmu pozornosti. Statistika uvádí, že v České republice žije v pobytových zařízeních přibližně 40 tisíc lidí. Další tisíce seniorů jsou na čekacích listech.

Více než 1 800 000 lidí nad 60 let však žije ve svých domácnostech a právě na bydlení těchto seniorů se naše publikace zaměřuje.

Foto Jan Šilar, archiv Diakonie ČCE.



Demografický vývoj navíc ukazuje, že v roce 2050 senioři nad 65 let budou tvořit skoro třetinu všech obyvatel. Prodlužující se věk naznačuje, že v nedaleké budoucnosti bude žít v naší zemi téměř milión seniorů ve věku nad 80 let, což je podstatně více, než je tomu dnes. Dnešní čtyřicátníci a padesátníci si málo uvědomují, že jsou to vlastně oni – za pár let.

V této brožuře bychom se rádi podívali na bydlení seniorů z různých pohledů a upozornili na některá úskalí, která mohou provázet život seniorů. Není v ní prostor, abychom popsali všechny překážky, ani nemáme ambici vytvořit soupis pomůcek, které mohou zajistit nebo alespoň usnadnit bezpečný pohyb, komunikaci s okolím i samostatnost v běžných věcech denního života. Budeme však rádi, když tato publikace přispěje k tomu, že budeme všímavější k podmínkám, ve kterých žijí současní senioři, a společně s nimi budeme hledat řešení, jak odstranit překážky. Pro budoucí seniory necht' je připomínkou, že čas běží a na bydlení ve stáří bychom měli myslet dříve, než nám fyzická kondice nebo třeba snižující se příjmy v důchodovém věku už nedovolí zařídit si bydlení podle našich potřeb. Když připravujeme pokojík pro své děti, myslíme na jejich bezpečí a pohodlí. Proč nejsme ochotni přijmout skutečnost, že stáří je jedna významná, a může být poměrně dlouhá, etapa našeho života, na kterou bychom se měli včas připravit.

Ing. Eva Grollová, Diakonie ČCE

Bydlení seniorů v průběhu času

Mgr. Jana Černá, Diakonie ČCE

Jak senioři bydleli a bydlí

Dávná minulost

Až do poloviny 19. století představovala rodina především společenství lidí, kteří spolu bydleli pod jednou střechou, spolu hospodařili a spolu tvořili i výrobní jednotku, včetně tovaryšů, čeledínů a děveček. Šlo o anticko židovské pojetí rodiny, které zahrnovalo nejen pokrevní příbuzné, ale všechny „v domě“ (Možný 1990, s. 18). Běžné bylo soužití širších rodin a více generací v jedné domácnosti. Nebylo neobvyklé, že podle tehdejšího zvykového práva staří předali hospodářství mladým a sami žili na výměnku, v oddělené místnosti často mimo hlavní stavení. Nastupující hospodář se zavazoval tomu předchozímu (obvykle otci), že mu doživotně zajistí ubytování a naturální dávky. Soužití generací bylo někdy složité, jak dokumentují příběhy realistické literatury, které upozorňují zejména na bezcitnost a chamtivost dětí a vykořisťování výměnkářů (K. V. Rais, V. Hálek).

Nedávná minulost

Industrializace přenesla pracovní místo z rodiny do továrny, docházelo k masivnímu stěhování obyvatelstva z venkova do měst. Rodinné statky ztratily mladší pomocníky, protože děti díky povinné školní docházce odcházely na část dne mimo domov. Nová doba posílila význam rodiny jako útočiště před vnějším světem, ideálem se stala rodina tzv. nukleární. Zde lidé mohli uspokojit zejména své individuální potřeby bezpečí a intimity. Bydlení několika generací

v jednom bytě nebo v jednom domku bylo již jen řešením z nouze, kdy z ekonomických nebo jiných důvodů nebyla jiná možnost. Tato nepříjemná nutnost byla zejména důsledkem neuspokojené poptávky po samostatném bydlení v době totality. Pro řešení problému nesoběstačného člena rodiny existovala jediná alternativa – traumatizující institucionalizace. I ve stísněných podmínkách však většina rodin přebírala svoji odpovědnost a dokázala se o své stárnoucí členy postarat byť za cenu vlastního ohrožení, vyčerpání a nedocnění ze strany společnosti.

Současnost

Rostoucí individualismus moderní doby spojený s posunutím věku pro uzavírání manželství a zakládání rodiny zvýraznil potřebu samostatného bydlení a znamenal nárůst výskytu jednočlenných domácností zejména mladých lidí, tzv. singles. Roste potřeba levného bydlení pro mladé rodiny, ale vysoká rozvodovost vyvolává potřebu samostatného bydlení rodičů s dětmi, které po rozchodu opustil partner. Prodlužování lidského života vede také k rozchodům starších párů a k potřebě bytů pro rozvedené seniory stejně jako bytů pro jednotlivce, kteří zůstali sami po úmrtí jednoho z partnerů. Společné bydlení stárnoucích rodičů a dospělých dětí se jeví jako problematické. Tradiční role prarodiče, který se stará o vnoučata v době, kdy se jejich matka vrací zpět do pracovního procesu, se dostává do rozporu s představou aktivního seniora, který je na vrcholu svého profesního uplatnění, má své vlastní plány a nechce přebírat starosti svých dětí. Přes velkou diferenciaci představ stárnoucích generací o způsobu prožití důchodového věku a přes rozmanitost modelů současné rodiny lze očekávat společnou potřebu všech mít možnost kvalitního bydlení odpovídajícího dosažené životní úrovni a umožňujícího uspokojení veškerých potřeb moderního člověka 21. století.

Různé formy bydlení seniorů

Podle statistických údajů tvořil v ČR v r. 2008 podíl seniorů starších 60 let více než 20 % z celkového počtu obyvatel (ÚZIS ČR). Téměř dvě pětiny ze všech evidovaných domácností v ČR jsou domácnosti seniorské (celkem 1 677 tisíc). Roste podíl domácností seniorů, které se nacházejí v panelových bytových domech na sídlištích. Seniori se postupně stávají jejich převládajícími obyvateli.

Stěhování do menších a levnějších bytů není jednoduché vzhledem k jejich nedostatečné nabídce a vysokým cenám ve vztahu k finančním možnostem většiny současných důchodců. Politická podpora a zájem měst a obcí o výstavbu sociálního a bezbariérového bydlení je rovněž nedostatečná. Úpravy bytů seniorů tak, aby byly bezpečné a pohodlné i v době, kdy se jejich obyvatelé stanou méně pohyblivými nebo méně zdatnými ve zvládání svých každodenních úkonů, mohou sice být řešením této situace, nejsou však zatím běžnou záležitostí.

V dotazníkovém šetření, které uskutečnila Diakonie ČCE v roce 2009, odpovědělo 75 % respondentů ve věku 65–90 let, že žijí ve vlastní domácnosti. 46 % z nich však žilo zcela osaměle. V nejnižší věkové kategorii (65–79 let) se pohybovalo samostatně bez nutné opory téměř 80 % respondentů, s věkem se však tento podíl snižoval (ve věku 80–89 let to bylo kolem 50 % a ve věku nad 90 let pouze něco málo přes 20 % respondentů). Ženy byly méně závislé na cizí pomoci.

Zdroj: *Průzkum Diakonie ČCE, Bydlení seniorů 2009*

S přibývajícím věkem dochází tedy ke zhoršování zdravotního stavu. Změny mohou nastat ze dne na den, což s sebou nese potřebu v krátké době rychle přeorganizovat celou domácnost. Obvykle se zapojí mladší rodinní příslušníci. Jde však o řešení krátkodobé vzhledem k tomu, že mají svoje pracovní povinnosti, dorůstající či dospívající děti, svoje koníčky, zájmy a potřeby. Starat se současně o „dvě domácnosti“ a zajistit kvalitní bydlení a žití svým starým rodičům či prarodičům je značně vyčerpávající jak po stránce fyzické, tak duševní.

Pokud senior v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu významným způsobem ztrácí svoji soběstačnost, zůstává odkázán na po-

Foto archiv Diakonie ČCE.



moc jiné osoby. Pak se jeví jako neoptimálnější model tzv. sdílené péče, kdy při spolupráci rodiny a vhodně nastavených sociálních a zdravotnických služeb může senior zůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí, tedy ve svém bytě nebo v jeho relativní blízkosti, většinou až do konce svého života. Nesoběstačný osamělý senior bez funkčního rodinného zázemí je ovšem odkázán na pobytové sociální služby, domovy pro seniory. Je známo, že zkušenost řady seniorů v ČR zahrnuje obavy z budoucnosti spojené s čekacími dobami na místo v pobytových zařízeních a neexistencí dostatečně diferencované sítě různých forem bydlení, které by odpovídaly různým potřebám seniorů co do rozsahu potřebné podpory i jejich ekonomické situaci.

V zahraničí mají senioři více možností, jak řešit svoji bytovou situaci s ohledem na aktuální zdravotní stav. Západní Evropa nabízí model seniorských rezidencí a domů v soukromém vlastnictví, které nabízejí dlouhodobé chráněné bydlení v samostatných bytových jednotkách přizpůsobených potřebám seniorů. Obyvatelé těchto rezidencí mají možnost využívat širokého spektra služeb podle individuálních potřeb a požadavků. Od ústavní péče v ČR se tyto rezidence liší tím, že do nich přicházejí senioři ještě v době, kdy jsou aktivní a zcela či značně soběstační. A hlavně – toto přestěhování není vnímáno jako poslední možné řešení. Stárnoucí lidé si prostě najdou nový domov. Vyberou si místo, kde chtějí strávit zbytek svého života, a přitom vědí, že zde vždy najdou to, co budou potřebovat při měnícím se zdravotním stavu.

Takováto či podobná zařízení rezidenčního typu v ČR již existují, ale jen v nepatrném počtu, jako určitý experiment. Dosud je tento typ bydlení pro české důchodce drahý a není tudíž příliš vyhledávaný. I v zahraničí je nezbytné mít pro tento účel našetřené dostatečné finanční zdroje. Některé obce vybudovaly však s podporou grantů



Foto archiv Diakonie ČCE.

EU pro své seniory domy s pečovatelskou službou, které jsou skromnější obdobou rezidenčních center.

Řešení bytové otázky ve vyšším věku a zejména při omezení či ztrátě soběstačnosti je tématem, na které česká společnost dosud není dostatečně připravena. Je třeba, aby média přinášela potřebné informace zaměřené cíleně na problematiku bydlení seniorů. Jde nejen o přípravu na stáří po psychologické stránce, o fyzický trénink a podporu tělesné kondice, ale také o vytvoření dostatečné finanční rezervy, např. formou životního pojištění či penzijního připojištění, která by usnadnila seniorovi řešit jeho bytovou situaci. Každý jednotlivec by měl tímto způsobem projevit svoji zodpovědnost v přípravě na své stáří.

Podpořit soběstačnost a prodloužit tak dobu, po kterou bude senior moci zůstat ve své domácnosti, může rodina pomocí úprav bytu a jeho vybavením moderními technologiemi. Může začít u nejjednoduššího – zařídit v bytě vše tak, aby se stal bezpečným pro pohyb i pobyt seniora v denní i noční době. Jde o různé technické úpravy, které lze doplnit službami odborných terénních sociálních a zdravotnických služeb. Rovněž je nutné, aby se senior i jeho blízcí společně zamysleli nad tím, zda tato varianta je dostačující, zda není třeba pomýšlet i na jiný způsob bydlení, což může být buď jiný byt, nebo bydlení rezidenčního typu (viz kapitola 6).

Základní požadavek

Základním předpokladem toho, aby senior mohl žít v klidném, bezpečném, důstojném a příjemném prostředí po celé období svého seniorského věku, je začít myslet na stáří včas. To se nesmí opomenout. Je nezbytně nutné se včas připravit na možné životní situace, které s sebou budou přinášet přibývajících roky. Tak jako v mládí přemýšlíme o tom, že budeme studovat, zakládat rodinu, chodit do

práce, že budeme potřebovat dostatek financí na to či ono, tak je potřeba ve zralé dospělosti podobným způsobem myslet na to, že budeme staří, že budeme potřebovat finanční prostředky na provedení případné změny bydlení. Být na stáří připravený znamená předvídat možné složité situace spojené s touto životní etapou, a tak se vyhnout komplikacím, zklamání, ztrpklosti. Jde o to nestát se přítěží pro své blízké, pro sebe ani pro společnost a připravit si podzim života pokud možno podle svých vlastních představ.

Zdroje:

Možný I.: Moderní rodina (mýty a skutečnost). Brno, Nakladatelství Blok, 1990

Obce a finance 4/2008 a Ledax a.s. 2009; LN podzim 2009

Bydlení seniorů z pohledu lékaře

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., geriatr a gerontolog

Senioři a jejich postavení ve společnosti

Senioři představují velmi různorodou věkovou skupinu, která se výrazně liší zájmy, vzděláním, sociálním statutem, ekonomickou a rodinnou situací, zdravím, funkční zdatností, životním postojem i samotným věkem. Podle běžných představ se hranice stáří klade do věku 65 let a vzhledem k tomu, že v hospodářsky vyspělých zemích zvolna, ale setrvale přibývá lidí starších 110 let, tak ve skutečnosti může jít o seniorský věk v délce 40–45 let. Podobně by to mohlo být i u „dětského“ věku, a myslíme tím období 0–40 let, nebo u „mládeže“ s rozmezím věku 18–60 let.

To, že se o seniorech hovoří jako o skupině se společnými zájmy a charakteristikami, je dáno především třemi faktory:

- přežíváním historického povědomí, že stáří je srovnatelně krátké jako jiná, nejběžněji patnáctiletá fáze lidského života (po tisíciletí se jen minimum lidí dožívalo 80 let)
- stereotypizací (stále se opakující situace) se ve společnosti vytváří společný názor, že členové určité jiné skupiny (či podskupiny) jsou v nějakém ohledu stejní, že se vyznačují jen skupinovými charakteristikami. Mimořádnou a v ČR nejasnou a diskutabilní roli ve stereotypizaci stáří sehrávají média, což ukázaly dvě analýzy mediálního obrazu seniorů v ČR v r. 2005
- zjednodušením, zúžením, minimalizací potřeb, problémů, obecně „horizontů“ života ve stáří.

Stereotypizace stáří, podoba „typického seniora“, je tak často negativní, nebezpečně ageistická (věkově diskriminační): postproduk-

tivní penzista, chudý, nemocný, neučennivý, nemotorný, upadající a padající, závislý, s minimálními potřebami, „jednou nohou v hrobě“ – „*homo faber* (člověk robotník) na výminku“, objekt péče, milosrdenství, zanedbávání, zneužívání a současně zátěž veřejných rozpočtů, rodiny, obce – obecní chudý spotřebovávající neúměrný objem zdravotnických služeb, sociálních výdajů, času svých bližních. Starci/stařeny, kteří (které) takoví(é) nejsou, „se takovými brzy stanou, či včas umřou“, anebo jde o výjimky potvrzující pravidlo a nezpochybňující stereotypizaci ani jí přizpůsobené (deformované) společenské projekty a politiky řešící stárnutí populace a přibývání seniorů v ní.

K nebezpečím negativní stereotypizace stáří patří i přijetí deformované představy o sobě, vlastní projekce samotnými seniery.

Foto archiv Diakonie ČCE.



Jde o převzetí převládajícího názoru na vlastní uplatnění, o přijetí nepřilíš zdatné, závislé a podřízené role – v nedávné minulosti třeba „penzisty z důchodáku v hubertusu a důchodkách“, kterému přijdou na Vánoce zazpívat do agitačního střediska „holky z naší školky“. Součástí takového obrazu stárí je i určité pojetí seniorského bydlení.

Proti negativní stereotypizaci vznikly koncepty úspěšného stárnutí a zdravého (aktivního) stárí formulované např. Světovou zdravotnickou organizací zhruba v posledních 25 letech. Zdravotní a funkční stav ve stárí může být pozitivně ovlivňován, důsledky negativních změn lze zmírňovat (při vyloučení těžkého zdravotního postižení).

Vývoj zdravotního stavu ve stárí, potenciálu zdraví a funkční zdatnosti nově stárnoucích věkových ročníků či generací tak do jisté míry nahrazuje společenské dopady demografického vývoje, stárnutí populace, relativního i absolutního přibývání starých a velmi starých lidí ve společnosti. Z hlediska řady služeb se stává rozhodujícím faktorem prodlužování života ve stárí, dožívání se vysokého věku sta a více let.

Bydlení a jiné aplikace musí být řešeny nejen jako otázka rozšiřujících se společenských závazných výdajů, ale nástup dlouhodobě společnosti si nutně vyžaduje změnu ve vnímání životních horizontů a fází.

Stárí z hlediska současné medicíny

Prakticky všechny studie zdravotního a funkčního stavu seniorů v hospodářsky vyspělých zemích ukazují setrvalý pokles závažné disability (funkční zdatnosti). Prodlužování naděje dožití není spojeno s rozšiřující se nemocností a s těžkým funkčním postižením, nýbrž s jejich kompresí (zmenšováním se). Život starých a velmi starých lidí může být dnes v průměru více a déle ctižádostivý, „nezbytkový“ – problémem se často stává, jak existenciálně využít a vyplnit

čas umožněný zdravím, nikoliv jak řešit zdravotní vymezení existenciality a přirozené smysluplnosti.

Přesto stárnutí populace zvyšuje nároky na společenské výdaje a služby – relativní zlepšování zdravotního a funkčního stavu (snížení a oddálení osobní potřeby různých služeb, dávek a kompenzací) je úhradově a organizačně (objemem potřeb) převáženo absolutním nárůstem počtu starých lidí.

K hlavním příčinám zlepšování zdravotního a funkčního stavu seniorů patří především úspěchy soudobé medicíny. Jako tučt nejvýznamnějších přínosů posledních desetiletí lze označit:

- ovlivnění rizikových faktorů aterosklerózy – kornatění tepen (vysoký krevní tlak x poruchy lipidového metabolismu)
- prevence a léčba některých aterosklerotických projevů, zvláště srdečních a mozkových – „zprůchodňování“ tepen srdečních, krčních i končetinových
- antikoagulační (protisrážlivá) prevence embolizačních cévních mozkových příhod způsobených vmetnutím krevní sraženiny do mozku při nepravidelné srdeční činnosti
- zásadně větší účinnost léčení srdečního selhání a také obstrukční plicní nemoci („rozedmy plicní“)
- zcela běžné operování katarakty (šedého očního zákalu) – ještě nedávno příčiny praktické slepoty mnoha starých lidí
- účinné léčení osteoporózy – hlavního rizika kostních zlomenin, zvláště u starších žen
- chirurgické řešení dříve fatálních zlomenin krčku stehenní kosti a také těžkých, invalidizujících stádií osteoartrózy nosných kloubů, zvláště kyčlí a kolen jejich totální náhradou
- zlepšení léčby deprese.

K nejvýznamnějším příčinám závažného funkčního postižení a snížení zdravím podmíněné kvality života ve stáří, které čekají na průlomové řešení (nehovoříme o příčinách úmrtí ani o obecné

nemocnosti včetně různých akutních zánětů), dnes patří především:

- různé formy syndromu demence včetně Alzheimerovy choroby
- geriatrická (stařecká) křehkost (frailty) – vystupňování změn, které směřují ke konci života, jako je např. nechutenství, hubnutí (malnutrice – porucha výživy), úbytek svalové hmoty a síly (sarkopenie), dekonidice, únava, zpomalení chůze, úbytek fyzických aktivit, pokles spontaneity (Kalvach 2008) – význam „frailty“ narůstá u lidí velmi starých a dlouhověkých
- věkem podmíněná makulární degenerace sítnice – porucha zraku způsobená degenerací centra nejostřejšího vidění
- nedoslýchavost
- osteoartróza kloubů
- diabetes mellitus (cukrovka) se svými komplikacemi cévními (včetně amputací končetin pro gangrénu), nervovými (polyneuropatie) a očními (retinopatie)

Foto archiv Diakonie ČCE.



- závažná obezita, zvláště ve spojení s nadměrným úbytkem svalové hmoty a síly ve stáří, s tzv. sarkopenií
- vystupňování změn stařeckých příznaků způsobené kombinací a potenciací různých faktorů (včetně nežádoucích účinků léků) a chorob – např. syndrom insability (funkční zdatnosti) s pády, syndrom imobility (upoutání na lůžko s rizikem vzniku proleženin a dalších komplikací), syndrom inkontinence (samovolného odchodu moči a/nebo stolice) (Kalvach 2008)
- poruchy statiky a dynamiky páteře s chronickou bolestí, závratěmi a dalšími obtížemi.

Stejně jako mladší lidi lze i seniory orientačně, např. pro hodnocení nároků na seniorské bydlení, rozdělit do několika funkčních kategorií. Tvoří je senioři:

- elitní (zcela fit)
- zdatní (fit)
- nezávislí – zdánlivě bez problémů, ale bez dostatečných funkčních rezerv a kondice, nezvládající kalamity, nepříznivé podmínky, větší zátěž
- křehcí – labilní stav s opakovanými dekompenzacemi soběstačnosti a s potřebou pomoci
- závislí – závislost na úrovni soběstačnosti, instrumentálních (náročnějších) aktivit denního života, např. nakupování, vedení domácnosti, úklidu, transportu
- zcela závislí – závislost na úrovni sebeobsluhy, základních aktivit denního života; často lidé imobilní, dlouhodobě upoutaní na lůžko či vyžadující trvalý dohled pro syndrom demence a poruchy chování včetně bloudění.

Zdroj: *Průzkum Diakonie ČCE, Bydlení seniorů 2009.*

Požadavky na bydlení seniorů

S ohledem na výše uvedenou různorodost seniorské populace by přístup k seniorskému bydlení, stejně jako k bydlení v mladším věku, měl být především individuální, tedy odpovídající přáním, zvykům a možnostem konkrétního člověka, případně konkrétní rodiny.

Zdravotním a funkčním aspektům jsou nadřazeny aspekty existenční – smysluplnost života a hodnotový systém. Bydlení je více než užívání přístřeší, jde o projev a východisko ke smysluplné existenci, k seberealizaci, k uspokojivému trávení času, ke komunikování s jinými lidmi a k účasti na společenském dění, byť v rozsahu omezeném zdravotními problémy. Podle Principů OSN pro seniorskou politiku (1991) jsou základními prioritami, které by mělo respektovat a rozvíjet i bydlení: participace (účastnit se), autonomie (řešit samostatně), seberealizace (smysluplnost), důstojnost a zabezpečení. Přesto, či právě proto, by se v bydlení měla odrážet i prozíravost reflektující reálná či možná úskalí seniorského života a optimalizu-

Foto archiv Diakonie ČCE.



jící včas, pokud možno s předstihem, podmínky pro život s možným znevýhodněním a pro kompenzaci těchto znevýhodnění.

Ke znevýhodněním a rizikům, která zdravotní a funkční stav seniorů může ve vztahu k bydlení nastolit, patří především:

- riziko osamělosti
- riziko izolovanosti (sociální exkluze – vyčlenění, špatné dostupnosti)
- riziko pádů a úrazů
- riziko kriminality vůči osamělým, fyzicky znevýhodněným lidem
- riziko chudoby
- riziko omezení či ztráty soběstačnosti (dočasně či trvale)
- riziko ztráty autonomie.

Někdy rizika představují obtížně zvládnutelné vazby upomínající na Skyllu a Charybdu řecké mytologie: řešení izolovanosti (riziko 1) životem v kolektivním zařízení může vést ke ztrátě autonomie (riziko 7) a naopak. K obtížím a funkčním poruchám, které uvedená rizika ve vyšším věku způsobují, patří především vystupňované změny jako poruchy mobility, stability, zraku, sluchu, svalové síly, případně kognitivních (poznávacích) schopností. Prozíravé bydlení stárnoucího a starého člověka by souhrnně mělo splňovat zvláště následující podmínky:

Bydlení by mělo být **včleňující, neizolované, neodlehlé, bezproblémově dostupné**. Nevhodná jsou bydlení na samotách, v odlehlých lokalitách, vzdálená od hromadné dopravy či vyžadující dlouhou chůzi od parkujícího automobilu. I kolektivní bydlení, „domovy důchodců“, by měly být srozumitelnou a zjevnou součástí komunitního prostoru, a to jak režimem (otevřené zařízení, jehož kapacita slouží i občanům v okolí), tak lokalizací. Bydlení „na zdravém vzduchu za černými lesy“, kde „staroušky s unavenými nervy nikdo neruší“, aniž je jimi „obtěžován“, je sociální exkluzí (vyčleněním).

Bydlení by mělo být **komunikačně „zasítované“, kreativní, napojené na internet a garantující jistotu kontaktu** jako vysokou prioritu znevýhodněných starších lidí. Jde o přirozenou komunikaci s rodinou, se sousedy i o internetovou dosažitelnost informací, o komunikaci s úřady a službami, ale také s ošetrovatelskou agenturou (preferuje se videokomunikace) a o dostupnost tísňové péče u lidí křehkých, ohrožených pády či jinými náhlými dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu, případně o dostupnost dálkového monitorování (telemonitoring) u lidí závislých, upoutaných na lůžko (monitorování pohybu, fyziologických funkcí, vlhkosti lůžka apod.). Telemonitoring nastoluje novou kvalitu domácí ošetrovatelské péče.

Foto archiv Diakonie ČCE.



Bydlení by mělo být **bezbariérové včetně bezproblémového pohybu mimo byt**, mezi bytem a ulicí (schodolezy, výtahové plošiny, nájezdy) a v blízkém okolí domu i pro lidi s výraznou hypomobilitou a instabilitou (špatná pohyblivost a udržení rovnováhy). Jde o umožnění základního nákupu, alespoň krátkých procházek, posezení na lavičce, vyvezení na kolečkovém křesle – velkým a podceňovaným problémem křehkých seniorů je jejich funkční „uvěznění“ v bytě či v domě, z něhož po měsíce či léta nevycházejí. Jedno z doporučení ke zvládnutí geriatrické (stařecké) křehkosti zní: „Dostaňte své klienty z bytů a domů ven.“

Součástí zájmu o bydlení znevýhodněných lidí je kultivace veřejných prostranství, aby pro tyto lidi byla nejen bezpečná a bezbariérová, ale také přátelská, aby vytvářela prostor pro posezení, zastavení při cestě z nákupu, komunikaci (instalace laviček, hracích stolů na stolní hry apod.) Nelze přijmout defetistický postoj, že „tohle v Česku nejde, protože jsme vandalové a zloději, takže všechno do týdne zmizí“. Bydlení znevýhodněných osob nelze zužovat na byt a dům – musí zahrnovat i blízké okolí fyzické a sociální, veřejný prostor, sousedské vztahy, sousedskou výpomoc.

Bydlení by mělo být **bezpečné, a to z hlediska úrazů, kriminality i komunikace** (dovolání pomoci v případě nouze). Součástí bezpečnosti je i vnější (komunitní) aktivní dispenzarizace (soustavná péče) osamělých křehkých a závislých lidí zvláště za kalamitních situací (vlna veder, mrazů, chřipková epidemie) např. zdravotní sestrou pro komunitní práci. Z hlediska úpravy bytů jde především o:

- bezbariérovost a přehlednost – prahy, schody, přípojné elektrické kabely, shrnovací koberečky, rohožky, nakupené předměty v bytech (krabice) s rizikem pádů
- osvětlení – ve stáří se zhoršuje vidění za šera a hrozí pády, zvláště na chodbách a schodištích



Foto archiv Diakonie ČCE.

- instalaci opěrných pomůcek – madla (koupelny, WC), zábradlí (schodiště)
- neklouzavé povrchy – zvláště protiskluzné povrchy v koupelnách, sprchových koutech, vanách a protiskluzné pásy na okrajích schodů
- instalaci systémů tísňové péče
- bezpečné bytové dveře se zajištěním proti násilnému vniknutí.

Z hlediska úrazů jde především o pády a popáleniny. U pádů je třeba největší pozornost věnovat schodištím (osvětlení, stav zábradlí, výrazně označené hrany schodů – ve stáří se zhoršuje prosto-

rové vidění včetně vnímání hloubky) a z bytových prostor koupelně (obvykle je vhodné nahrazení vany sprchovým koutem a zajištění protiskluzné podlahy; pokud je vana ponechána, jsou vhodné vanové zvedáky, madla pro vstávání, protiskluzné podložky, sedačky usnadňující vstávání).

Z hlediska popálenin a požárů jsou nevhodné např. elektrické přímotopy, kamna na pevná paliva i nezakryté radiátory (opakovaně došlo k pádům na radiátor s nemožností postavení a se vznikem popálenin). U lidí s kognitivním deficitem (poznávací nedostatečnost) a syndromem demence jsou vhodné elektrické vařiče s časovým spínačem, které se automaticky vypnou.

Kombinací bezbariérovosti, bezpečnosti, kompenzačních pomůcek a využití informačních a komunikačních technologií vzniká bydlení **chráněné a podpůrné**. Technologicky nejvyspělejší podoby chráněného bydlení představují specifickou formu „inteligentního domu“ (smart house). Zvláštní formou chráněného bydlení je soustředění klientů v autonomních bytových jednotkách v domě s pečovatelskou službou.

Bydlení **autonomní** – svébytnost, autonomie, soukromí, zachování a vytváření osobního prostoru jsou vysoké hodnoty důstojného smysluplného života zvláště u lidí znevýhodněných, s ohroženou či ztracenou soběstačností. Za nejvyšší hodnotu je však považována důstojnost. Proto je za určitých okolností oprávněná dlouhodobá institucionální péče v zařízeních typu domova důchodců/ domova pro seniory. I toto prostředí by však mělo usilovat o maximální ponechání autonomie a rozhodovacích kompetencí. Psychologové opakovaně varují před iluzí, že umístění v ústavní péči či přestěhování do společné domácnosti s dětmi je optimálním řešením osamělosti – mnohdy je izolovaná osamělost nahrazena

osamělostí mezi mnohými, osamělostí s omezením či ztrátou autonomie.

Při stěhování křehkých starých lidí je třeba pamatovat, že jde obvykle o závažný adaptační stres, který zvláště u lidí s kognitivním deficitem může navodit tzv. syndrom z přemístění (azylový syndrom) s apatií, zmateností a/nebo poruchami chování včetně bloudění. Adaptace na přestěhování může trvat až 2 roky. Při volbě vhodného bytu je žádoucí zvažovat i to, co a jak bude křehký, omezeně pohyblivý člověk v bytě dělat, čím se bude bavit, kde bude sedět, kam bude mít výhled z křesla a lůžka.

K patologickým projevům souvisejícím s bydlením patří tzv. Diogenův syndrom – zanedbávání sebe (neglect syndrome) i svého příbytku, nedodržování běžných hygienických norem a sociální izo-

Foto archiv Diakonie ČCE.



lace s odmítáním pomoci. Příčinou je někdy postupující demence, jindy maladaptace s rezignací, jindy závislost na návykových látkách, zvláště na alkoholu. Variantou je syndrom hromadění (hoarding syndrome), při němž se zanedbávání kombinuje s extrémním hromaděním nepotřebných věcí (svážení odpadu, starých novin), případně domácích zvířat – psů a koček. Syndrom hromadění se vykládá jako stařecká varianta obsedantně kompulzivní poruchy a má špatnou prognózu – k častým příčinám úmrtí patří i podchlazení (hypotermie) sociálně izolovaných lidí v nevytápěných bytech.

Literatura:

Aijanseppa S., Notkola IL., Tijhuis M. a j.: Physical functioning in elderly Europeans: 10 years changes in the north and south: the HALE project. *J. Epidemiol. Comm. Health*, 2005, 59 (5), p. 413–419.
Bronnum-Hansen H.: Health expectancy in Denmark, 1987–2000. *Eur. J. Public Health*, 2005, 15(1), p. 20–25.

Jiráček J., Köpplová B.: Média a společnost, Praha: Portál, 2003.

Kalvach Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie, Praha: Grada Publishing, 2005.

Kalvach Z. a kol.: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, Praha, Grada Publishing, 2008.

Lafortune G., Balestat G. (eds.): Trends in severe disability. OECD Health Working Papers No. 26, Paris: OECD, 2007.

Manton KG.: Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. population: Risk factors and future dynamics. *Annu. Rev. Public Health*, 2008, 29, p. 91–113.

Sedláková R., Vidovičová L.: Co bychom věděli o seniorech, kdybychom je znali jen z českých médií, Praha, Diakonie ČCE, Společnost přátelská všem generacím, www.spvg.cz.

Sokačová L.: Reprezentace seniorů a seniorek v médiích, Praha, Gender studies, www.genderstudies.cz.

IV. kapitola

Jak upravit byt, aby byl bezpečný

Doc. Ing. arch. Dagmar Glosová a kol.:

Bydlení pro seniory. Brno, ERA 2006.

Polosoukromá a soukromá zóna

Moderní tendencí v přístupu k potřebám starých lidí je požadavek zachovat jim možnost dožít svůj život ve známém prostředí vlastního bytu s případnou podpůrnou péčí a úpravami bytu. Při tvorbě bezpečného obytného prostředí se považuje za základní kritérium pohyb invalidního vozíku, který pro pohodlné manévrování potřebuje více místa, než pro pohyb potřebuje zdravý člověk. Splňují-li

Foto archiv HORIZONT-NARE s.r.o.



tedy navržené prostory nárok na pohyb vozíčkáře, jsou bezpečné a pohodlné pro nás všechny.

Pro seniory, zvláště ty s pohybovým omezením, představují jakékoli výškové rozdíly a jejich zdolávání jednu z nejvážnějších architektonických bariér. Staří lidé proto dávají přednost takovému uspořádání prostor, při němž nedochází k propojování různých úrovní. Taková řešení často nejsou možná, a proto je třeba zajistit možnost bezkolizního zdolávání přechodů mezi jednotlivými výškovými úrovněmi obytného prostoru. V případě, že se jedná o překonání nevelkého výškového rozdílu, např. u vstupu do domu, kde je úroveň vstupního podlaží nad venkovním terénem, je vedle přístupového schodiště vhodnou alternativní cestou rampa. Prostorově je však vždy velmi náročná. Každá rampa je pro osoby s problémy s chůzí rizikovým prvkem v prostoru. Staří lidé často lépe snášejí namáhavou chůzi po schodech než nejistý pohyb po nakloněné rovině rampy. Rampy jsou však velmi důležité pro invalidy na vozíčku a pro seniory používající berle, hole nebo tzv. chodítka.

Jak v exteriéru, tak i v interiéru domu a bytu platí zásada, že vyhovuje-li prostor požadavkům na pohyb invalidního vozíku, je dostatečně prostorný i pro osoby používající jiné pomocné a kompenzační pomůcky. Senioři sice vozík ve vlastních bytech používají zřídka, avšak je správné, je-li byt připraven na situaci, kdy si to jejich zdravotní stav přece jen vyžádá. Stejně jako při navrhování nového bytu musíme i při návrhu úprav stávajících bytů seniorů vycházet ze znalosti prostorových nároků lidí pohybujících se na invalidním vozíčku a těch, kteří potřebují různé kompenzační pomůcky.

Dům, byt – polosoukromá zóna

Návrh vstupních prostor do rodinného nebo bytového domu se týká hlavně vhodného řešení a ukončení vyrovnávací rampy,

příp. schodů. Všechny přístupové komunikace, rampy a schodiště vyrovnávající změny úrovně musejí být opatřeny po obou stranách zábradlím. Před vstupem do obytných objektů je třeba vytvořit rovný, krytý prostor o minimálních rozměrech 1500x2000 mm při otevírání dveří ven. Čistící rohožka před vstupními dveřmi musí být zapuštěna do podlahy.

Důležitá je šířka vstupních dveří, která nesmí být menší než 900 mm. Dveře mohou být prosklené až od výšky 400 mm a musí mít ve výšce očí (1400–1600 mm) označení prosklení. Ovládací a otevírací mechanismy musejí být instalovány v rozmezí výšek 750–1100 mm. Ideálním systémem je automatické otevírání dveří ovládané foto-buňkou. U vstupu jsou vhodně umístěny klávesnicové zvonky se jmenovkami většího formátu a domácím telefonem s možností jejich lokálního nasvětlení. Horní hrana zvonků nesmí být výše než 1200 mm.

Zádveří v rodinných domech by mělo být dimenzované na pohodlný provoz vozíku, minimálně však 1200x1500 mm; v bytových domech, kde je frekvence provozu vyšší, je potřeba zádveří prostornější – min. 2000x2250 mm. V blízkosti zádveří je vhodné vyčlenit prostor pro odložení invalidního vozíku, používá-li se jen pro pohyb v exteriéru.

Schodiště v bytových domech jsou navrhovaná podle běžných typologických zásad. Při výstupu po schodech je fyziologicky nejvýhodnější stoupání při sklonu schodiště 30°. Dimenze výšky a šířky schodišťových stupňů je pak odvozena z délky kroku dospělého člověka 61–63 cm a vypočítá se podle Lehmannova vzorce $2xv+h=61-63$ cm. V návrhu obydlí pro seniory volíme spíše krok kratší (např. $2 \times 15,5 + 30 = 61$), musíme však počítat s tím, že schodiště s pohodlným sklonem má větší prostorové nároky. Schodiš-

ťové rameno má být přímé, minimální šířky 1200 mm a s podestou o rozměru min. 1400 mm. Tyto rozměry by měly být dodrženy také proto, že umožňují dodatečnou instalaci zařízení nápomocných k překonání výškových rozdílů (zvedací plošiny, sedačky apod.). Schodišťové stupně je vhodné opatřit protiskluzovou úpravou povrchu a navrhnout tak, aby jejich nástupní plocha hranou nepřechnívala nad podstupnicí.

Ve víceúrovňových rodinných domech, kde žijí senioři s pohybovými problémy, je možné dodatečně instalovat schodišťové výtahy a zdvihací plošiny kolmé nebo šikmé. Tato zařízení mohou nahradit výtah tam, kde ho není možné zabudovat pro nedostatek místa, kde jde o občasnou potřebu, anebo z důvodů ekonomických.



Foto archiv HORIZONT-NARE s.r.o.



Foto archiv HORIZONT-NARE s.r.o.



Foto archiv HORIZONT-NARE s.r.o.

Zvedací zařízení mohou najít využití také při úpravách stávajících čtyřpodlažních a nižších bytových domů, které obvykle výtah nemají, ale potřeba vertikální bezbariérové komunikace přitom narůstá úměrně se stárnutím jejich obyvatel. Vyhláška udává, že dopravní plošina schodišťových výtahů a svislých zdvihacích plošin určených pro dopravu osob na vozíku v exteriéru i interiéru musí mít v bytových stavbách minimální rozměry 800x1250 mm. V interiéru několikaúrovňového bytu může být dostatečnou pomocí pro seniory s pohybovým omezením schodišťová sedačka.

Tam, kde není možné stavebními úpravami zajistit osobám na vozíčku, tedy i mnohým seniorům, snadný pohyb v různých úrovních objektu, může pomoci tzv. schodolez. Jde o mobilní zařízení, které je obvykle speciálním doplňkem invalidního vozíku.

Byt, pokoj – soukromá zóna

Většina seniorů žije nebo touží žít ve vlastním bytě. Část seniorů se rozhodne přestěhovat se na stáří do bytů, které jsou pro ně určeny a měly by vyhovovat jejich potřebám. Stejně tak všechna institucionální zařízení pro pobyt starých lidí respektují jejich požadavky již v návrhu. Běžné byty jsou pro seniory většinou nevyhovující. Zvláště pak pro ty, kteří trpí různými omezeními pohyblivosti, nemocemi či jinými fyzickými nebo psychickými poruchami. V průběhu svého každodenního života narážejí na praktické prostorové problémy.

Vstupní dveře do bytu musí umožnit otevření nejméně 900 mm, což platí i pro hlavní křídlo dvoukřídlých dveří. Je dobré si uvědomit, že teprve šířka dveří 1000 mm umožní pohodlný pohyb na invalidním vozíku a snadnou manipulaci s osobou ležící na nosítkách nebo pojízdné posteli. Máme-li zájem na tom, aby se staří lidé nemuseli ve svém vysokém věku stěhovat do institucionálních zařízení, je třeba počítat s tím, že velikost dveřních otvorů v jejich



Foto archiv HORIZONT-NARE s.r.o.

bytě by měla i tyto manipulace umožnit. Ovládání dveří je umístěno vždy ve výšce 750–1100 mm. Vstupní dveře do bytu seniora s poruchami paměti by měly být i z vnější strany opatřeny klikou (nikoli tzv. koulí). Bezpečnost proti vlámání je potom třeba zajistit jiným způsobem.

Okna v bytech seniorů by měla mít nižší výšku parapetu, doporučuje se 700 mm, neboť senioři velkou část svého času tráví vsedě, či dokonce vleže v posteli. Snížením parapetu zvětšíme jejich zorný úhel a tím i kontakt s okolním venkovním světem. Proto jsou mimořádně vhodná francouzská okna. Pozorování vnějšího života z okna se často stává pro starší lidi s omezenou schopností pohybu jednou z denních činností. Vhodně navržená velikost a tvar okna jsou pro ně proto velmi důležité.

Balkon, lodžie nebo terasa se často stávají jedním z mála míst kontaktů starých lidí s venkovním prostředím. Aby tyto prostory umožnily obyvatelům bytů odpočinek, stolování či práci na čerstvém vzduchu, musejí být dostatečně velké. Minimální hloubka balkonu či lodžie by tedy měla být 1500 mm a pokud možno větší. Venkovní prostory musejí mít samozřejmě protismykovou úpravu. Zábradlí ve výšce 1100 mm by mělo být alespoň zčásti transparentní, aby nebránilo seniorům ve výhledu. Také truhlík na květiny by měl být umístěn tak, aby nepřekážel ve výhledu a byl starému člověku lehce dostupný. Jeho výška 600–800 mm dává možnost pečovat o květiny vsedě.

Ložnice je velmi intimní prostor bytu, kde mnozí staří lidé tráví velkou část dne, v některých případech i celý den. Je proto důležité, aby to byla místnost dostatečně prostorná, dobře větraná, vhodně propojená s hygienickou buňkou, vybavená pohodlným nábytkem. Ložnice seniorů jsou většinou jednolůžkové. I v bytě manželského

páru je vhodné navrhnout možnost odděleného spaní v různých místnostech. Norma ČSN 73 4301 Obytné budovy udává minimální velikost ložnice pro jednu osobu 8 m², pro dvě osoby 12 m². Ložnice těchto velikostí jsou velmi těsné, a proto je pro spaní seniorů vhodné navrhovat místnosti větší. Vhodný je univerzální, dostatečně velký prostor, umožňující slučování funkcí a variabilní vybavení nábytkem podle měnících se potřeb seniora.

Velikost ložnice je dána také možností umístění postele tak, aby k ní byl zajištěn přístup ze tří stran. V jistém období seniorova života je pro péči o něj podstatný oboustranný přístup k jeho lůžku. Člověk má však přirozenou potřebu spát v úkrytu, a dokud je to možné, přivítá možnost spát u zdi. Neméně důležitý je výběr lůžka. Pro pohodlí seniora i v případě asistenční pomoci by mělo být vyšší, než je jeho běžná výška, tedy 500–580 mm s volným prostorem pod postelí. Správnou volbou typu postele s polohovacím, případně elektricky ovládaným roštem a jejím vhodným umístěním můžeme prodloužit dobu setrvání seniora v jeho vlastním bytě. Ložnici je dobré vybavit lehce dostupným signalizačním zařízením a vhodným osvětlením v záhlaví postele s nastavitelným směřováním a možností změny intenzity světla.

Obývací pokoj je centrem denního života seniora. V malém bytě je to velmi často obytný prostor sdružující všechny funkce kromě hygieny. V takovém případě, stejně jako tehdy, je-li senior na vozíčku, by měla tato místnost být větší než 20 m². K zařízení obytného prostoru, má-li být příjemné a bezpečné, jistě přispěje vhodné rozmístění nábytku, aby všude byla dodržena minimální průchodná šířka 800 mm se zachováním volného prostoru s průměrem kruhu 1–500 mm pro případnou nutnost použití invalidního vozíku. Výběr a použití nábytku by měl mít možnost ovlivnit obyvatel bytu. Pokud senior žije ve vlastním bytě nebo bytě své rodiny, je tento poža-

davek samozřejmostí. Stěhují-li se však lidé na stáří do některého z institucionálních zařízení, měla by jim být dána možnost vybavit svůj nový domov vlastním nábytkem a obklopit se věcmi, na které jsou zvyklí a které mají rádi.

Byty určené pro seniory musejí mít schopnost reagovat na specifické potřeby v průběhu jejich stárnutí. Tím, jak člověk ztrácí fyzické a psychické schopnosti, omezuje se i jeho životní prostor, a byt, později pouze i jen jeho část, se stává jeho jediným působišťem. I drobné úpravy a změny mohou být rozhodující pro žádoucí setrvání starého člověka ve vlastním bytě. Signalizační zařízení je vhodné instalovat všude tam, kde vzniká nebezpečí úrazu, požáru, vytopení apod. Bezbariérový interiér, řešený s ohledem na osobní požadavky konkrétního obyvatele, může podpořit jeho samostatnost a nezávislost a oddálit nebo úplně vyloučit potřebu jeho umístění v institucionálním zařízení či ústavu.

Pozn. Bezbariérové užívání staveb řeší Vyhláška č. 398/2009 o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb MMR účinná od 18. 11. 2009 a přílohy č. 1–4.

V. kapitola

Jak vybavit koupelny, WC a kuchyně pro seniory

Doc. Ing. Zdeňka Lhotáková, CSc.
Fakulta architektury VUT v Brně

Současní senioři se v porovnání s předchozími generacemi těší stále lepšímu zdraví a jsou mnohem aktivnější, přesto se málokdo rád přiznává, že už mu činí obtíže používání klasických sanitárních předmětů. Požadavky na bydlení seniorů se různí podle několika faktorů, a to především podle zdraví a osobní kondice, podle způsobu bydlení – zda bydlí sami, s rodinou, nebo v seniorských domech – a v neposlední řadě podle jejich finančních možností. Jedním z předpokladů jejich spokojeného bydlení jsou dobře a účelně zařízené byty, kde lze bydlet i bez bariér, a právě koupelny, WC a kuchyně jsou místy, které vyžadují nejen pohodlí, ale i bezpečnost. Dnešní koupelny, WC i kuchyně určené seniorům mohou být velmi dobře vybaveny nejen sanitárními zařizovacími předměty (umyvadla, sprchy, vany, bidety, klozetové mísy), v kuchyních dřezy a spotřebiči, ale i úložnými prostory, jako jsou různé police, skříňky a další doplňky. V tzv. seniorských programech dnes na trhu najdeme celé řady speciálně uzpůsobených sanitárních předmětů v různých technických provedeních i designových řadách a cenových relacích.

Samozřejmě že úprava bytu, zejména koupelny a kuchyně, pro seniory, kteří mají pohybové obtíže, vyžaduje pečlivou přípravu a využití všech nabízených možností, které těmto lidem ulehčí život. Koupelna, WC i kuchyně pro seniory a osoby s omezenou možností

pohybu vyžadují mnohdy specifické řešení prostoru i jiné tvary a rozměry zařizovacích předmětů, přičemž nemusí v ničem zaostávat za moderními designově i technicky dokonalými místnostmi běžných uživatelů.



Foto archiv JIKA, bezbariérová koupelna.

V hygienických místnostech, tj. koupelnách a WC určených seniorům, je třeba vycházet z toho, kde tito lidé žijí, respektovat jejich hygienické návyky i potřeby a rovněž uzpůsobit vybavení koupelen a WC jejich potřebám. Při výběru typů zařizovacích předmětů a dalšího vybavení patří k základním faktorům rozměry místností, styl celého bytu, věk a pohybové možnosti uživatelů, jejich specifické požadavky a v neposlední řadě finanční prostředky, které jsou k dispozici. Žijí-li senioři ve společné domácnosti s celou rodinou, je vhodné (pokud je to možné) zařídit vedle koupelny rodiny samo-

statnou hygienickou buňku pro seniory, vybavenou sprchovým koutem, umyvadlem a případně klozetovou mísou, a to s takovými zařizovacími předměty, které jejich potřebám budou vyhovovat a budou pro ně pohodlné i bezpečné při používání. Výběr speciálně upravených, bezpečných a ergonomicky uzpůsobených sanitárních předmětů je na dnešním trhu velký. Nové typy zdravotně technických zařizovacích předmětů jsou racionálně a ergonomicky navrhované, propracované do každého detailu, ať již v designu nadčasovém, romantickém, v retro stylu apod. Výběr je tak rozmanitý, že jistě lze najít takové vybavení koupelny, které odpovídá možnostem a představám budoucího uživatele.

Základní vlastnosti zařizovacích předmětů se posuzují podle všeobecně platných kritérií, která by měla splňovat určité předpoklady,



Foto archiv JIKA, zdravotní umyvadlo.

zejména mít vhodný tvar a velikost vycházející z rozměrů lidského těla a prostoru potřebného pro úkony při používání. Předměty musí být vyrobeny z pevných, nepropustných, odolných a trvanlivých materiálů, přičemž povrchy předmětů je třeba volit takové, aby byly dobře udržitelné a trvanlivé. Speciálními úpravami pomocí nanotechnologií je dosahováno velmi hladkého povrchu, na němž špína ani vápenné složky neulpívají a odtékají spolu s použitou vodou.

Pro výrobu sanitárních zařizovacích předmětů se používá zdravotnická keramika z tradičních materiálů se stále dokonalejšími vlastnostmi a povrchy. Jejím tvarového vzhledu se ujali přední světoví designéři, kteří navrhují ucelené stylové koupelňové sety. Celou řadu tvarových i barevných možností přineslo používání plastů, obzvláště u van a sprchových koutů. Nové špičkové výrobky akrylátové jsou vyrobeny z antibakteriálních vysoce kvalitních materiálů (např. Corian a Varicor), které jsou dokonale tvarovatelné, jednoduché na údržbu a velmi odolné proti mechanickému opotřebení. Z dalších nových materiálů je to např. granit, vyráběný ze žuly a akrylátu, sklo, které je sice křehké, ale stalo se plnohodnotným materiálem pro zařizovací předměty (nejčastěji umyvadélka na desku nebo celistvé umyvadlo s odkládacími plochami). Dalším materiálem, používaným především pro luxusní zařizovací předměty, je speciálně upravované kvalitní dřevo (tropické dřevo, cedr, teak), mramor, leštěná žula, leštěný pískovec a v posledních letech se i v bytovém sektoru používá nerezová ocel (obvykle se používala na zařizovací předměty pro veřejné hygienické místnosti).

Nejčastěji používaným zařizovacím předmětem v koupelně je umyvadlo. Dnes se nabízí široký výběr umyvadel od hlubokých po mělká, tvarově různá, úzká či široká s odkládací plochou, dvojumyvadla atd. Podíváme-li se na typy vhodné pro seniory, nejvhodnější

jsou umyvadla s odkládacími plochami a hlubším mycím prostorem, která podle upevnění mohou být samostatná zavěšená nebo umístěná na desku, nábytková atd. Pro osoby se sníženou pohyblivostí nebo s invalidními vozíky jsou vybrané typy umyvadel upraveny tak, že lze u nich sedět nebo je podjet i s invalidním vozíkem (mají upravený tvar a tzv. podomítkový sifon). Přední hrana umyvadla může být vybraná (výška hrany je cca 800 mm) a některé typy mají zvýšenou přední hranu, čímž je zabráněno rozstříkávání vody. V seniorských programech výrobci nabízejí rovněž umyvadla s ergonomickými opěrkami paží či integrovanými madly v elegantním designu. Vodovodní baterii je vhodné umístit na umyvadle, aby byla lépe dosažitelná. Pro místnosti WC se vyrábí menší umývadélka, která mohou být umístěna vedle záchodové mísy, ve výklenku či v rohu místnosti, aby bylo možné umytí rukou přímo po použití WC.

Další důležitou otázkou je rozhodnutí, zda v koupelně zřídit vanu, nebo sprchu. S přibývajícími léty se vstup do vany může stát kom-



Foto archiv JIKA, vana s madly.

plikovaným až nebezpečným. Senioři proto dávají často přednost sprchovým koutům, které jsou pro ně přístupnější, zejména pokud jsou vybaveny nízkými vaničkami (s výškou 35 mm) nebo zcela bez vaniček. Do koupelen seniorů jsou velmi vhodné sprchové kouty ploché, vyspádované do odtokových vpustí nebo žlábků tak, aby se voda nerozlévala mimo sprchovací prostor. Sprchovací prostory bývají proti rozstřikování vody opatřeny sprchovými dvířky, která mohou být z tvrzeného skla nebo plastová, zavírací, posouvací, skládací, dokonce i pevně instalovaná. Tyto sprchové prostory mohou být doplněny pohodlnými sedátky (nejlépe sklopnými). Mnohdy uživatel volí komfortní sprchové multifunkční boxy (altány), kde je možno využívat nejrůznější masážní programy, páru a další relaxační a regenerační vybavení. Podlahová část nebo dno sprchy má mít protiskluzovou úpravu.

Někteří senioři se neradi vzdávají vany, jejíž výběr je ovlivněn nejen daným prostorem, ale i přístupností pro starší lidi. Ideální je, pokud to prostor dovolí, umístit v koupelně vanu i sprchový kout. Dnes se vyrábí vany upravené pro sníženou pohyblivost starších osob v nejrůznějších tvarech a velikostech, přičemž běžné podélné vany mají délku 1500–1900 mm, zkrácené i 1200 mm s šířkou od 700 mm, ale je celá řada van rohových i atypických tvarů. Vany jsou laminátové, ocelové se smaltovaným povrchem, novější jsou ocelové vany, které mají vnitřní povrch potažený akrylátem, a mnoho van je ergonomicky tvarovaných. Pro samostaně stojící vany se používá litiny nebo akrylátových směsí.

Vany vhodné pro seniory a osoby se sníženou pohyblivostí mají nižší hloubku (380 mm) a integrovaná, mobilní nebo podél vany umístěná madla, takže vstup i výstup z vany je snazší. Vhodná je protiskluzová úprava dna (ceny od 6 000 Kč). Podle vyhlášky č. 398/2009 se u záhlaví vany doporučuje plocha široká 400 mm

a páková nebo termostatická baterie umístěná v dosažitelné vzdálenosti. Pro větší bezpečí starších lidí při vstupu a výstupu se vyrábějí vany vybavené otvíracími dvířky, což je velmi pohodlné, ale jejich pořízení je finančně nákladné (cca 50 000–70 000 Kč).

Chtějí-li senioři ve svých koupelnách i relaxovat či rehabilitovat, nabízí se jim hydromasážní vany nebo sprchová zařízení. Hydromasážní vany mívají obvykle 6 až 8 trysek na bocích (trysky mohou být pevně zakotvené, anebo natáčecí) a mohou být doplněny zádovkými tryskami. Hydroterapie využívá vlastnosti vody, kdy na organismus působí nejen tepelná, ale i pohybová energie vody a dochází k hloubkovému prohřátí organismu. Velmi uklidňující je perličková masáž, při níž působí proudící vzduchové bublinky vycházející



Foto archiv firmy Delecroix, vana Floriane.

tryskami ve dně vany; relaxační účinek má spojení výhod vodních a vzduchových systémů, které masírují kůži, dodávají jí kyslík a účinně zlepšují krevní oběh i funkci pohybového aparátu.

Nejnovější tendence směřují k využívání multifunkčních předmětů, jako jsou vany se sprchovacím prostorem, sprchovací boxy s nejrůznějšími tryskami pro masáže, páru, saunování nebo klozety s bideťovací funkcí a odváděním pachů přímo z klozetové mísy apod. Zařízení nádržkového typu (umyvadla, vany apod.) musí být opatřeny bezpečnostním přelivem, přiznaným nebo skrytým, a zápachovou uzávěrkou, přístupnou pro čištění. Tyto předměty bývají navrženy zkušenými designéry tak, aby i pro tělesně postižené a starší spoluobčany byla koupelna i místem odpočinku a relaxace.



Foto archiv firmy Laufen, závěsný klozet.



Foto archiv autorky.

Při výběru klozetových mís je základní otázkou volba typu a způsob upevnění, které se volí s ohledem na potřeby a schopnosti uživatele a podle velikosti prostoru, do něž je WC umístěno (zda bude v samostatné místnosti, nebo bude instalováno s ostatními zdravotně technickými předměty v koupelně). Klozetové mísy se dnes standardně vyrábí stacionární pro posazení na podlahu, ale i závěsná provedení, která se snadněji uklízí a opticky působí lehčeji. Pro starší a méně pohyblivé osoby se doporučuje zvýšená výška klozetové mísy cca 480 mm, se sedátkem 500 mm, což umožňuje snazší vstávání.

Závěsné klozety jsou vhodné pro seniory, protože jejich výšku lze dle potřeb uživatele velmi jednoduše nastavit. Novinkou jsou moderní typy klozetů v provedení tzv. „back to wall“, což znamená, že mísa je přiražena až ke stěně, takže zde nevznikají „mrtvé kouty“.



Foto archiv firmy Geberitn, bidetovací sedátko.

Je třeba se zmínit i o bidetech, které slouží k intimní hygieně člověka. Dnes se nabízí široký sortiment těchto předmětů; pro seniory nachází uplatnění také multifunkční provedení klozetové mísy spojené s funkcí bidetu, tzv. „sprchovací toalety“, kde je do klozetové mísy instalována sprška pro omývání intimních částí těla proudem vody s následným bezdotykovým osušením teplým vzduchem. K vybavení WC místností patří i pisoáry, které mohou být pro byty vybaveny záklopem (podobným poklopu na toaletní míse). Nové typy pisoárů jsou tvarově dokonalé a vyrábí se v polozápustných i zápustných verzích, takže jsou vhodné právě do bytových prostorů. Doplněné automatikou reagují na pohyb, bezhlučně a automaticky splachují a pro úsporu vody mají nastavitelné její množství.

Nepostradatelnými ve vybavení hygienických místností se mohou stát úchytná madla, která zvyšují pocit jistoty a bezpečnost při používání sanitárních předmětů, ať již je to u van, sprch, umyvadel nebo klozetů. Madla mohou být u zařízeníových předmětů instalována samostatně, nebo do nich být přímo integrována. Pro použití klozetů slouží osobám s velmi omezenými pohybovými možnostmi i tzv. mechanické podpěry, které jim pomáhají v usedání a vstávání. Není bezpečné opírat se např. o umyvadlo, které může pod váhou uživatele povolít.

Pro seniory je velmi důležité vybrat jak v koupelně, tak i v kuchyních odpovídající vodovodní výtokové baterie, a to takové, které budou pro ně pohodlné, dokonale funkční a usnadní jejich obsluhu. Pro umyvadla a vany se nejčastěji navrhuje pákové baterie se snadným ovládáním, případně vybavené systémem tzv. vodních brzd a omezovačů teplot. Technicky vyspělejší jsou termostatické baterie, které dovolí dopředu přesně navolit teplotu vody, takže se uživatel nemůže opařit. Většina modelů je zároveň vybavena bezpečnostní pojistkou (zpravidla nastaveno na 38°), která jen po přepnutí dovolí

namíchat opravdu horkou vodu. Taková baterie by neměla chybět ani u vany. Termostatické baterie bývají v stojánkovém, nástěnném klasickém i v tzv. podomítkovém provedení, kdy celou výtokovou baterii je možné zapustit do stěny tak, že nad obklady vystupují jen ovládací prvky. Běžně mají tyto baterie dva ovládací prvky, jedním



Páková baterie s perlátorem.

se určuje teplota vody a druhým průtok; nejmodernější typy mají ovládání integrované do jednoho prvku. K praktickým armaturám pro bezproblémové ovládání zejména staršími osobami patří bezdotykové senzorové armatury, které jsou řízeny elektronicky a pustí vytékající vodu pouze tehdy, je-li to opravdu potřebné (reagují na vložení rukou nebo přistupující osoby spouštěním a vypínáním vody).

Pro sprchování, ať již ve sprchových koutech nebo ve vaně, existuje celá řada ručních i hlavových sprch, vybavených možnostmi volby různých proudů vody od normálního přes jemný, masážní, pulzační nebo jednolitý. Úsporu vody při denní hygieně ve sprše lze ještě zvýšit pořízením hlavic s nastavovacími systémy různé síly proudu vody od silného až po slabý. Rukojeti ruční sprchy uzpůsobují výrobci pro seniory tak, že jsou příjemné na držení, pohodlné a bezpečné. Pro bezpečnost při pohybu v koupelně i na WC se doporučuje protiskluzové provedení podlahy bez zbytečných koberečků či dřevěných roštů, které snadno mohou zapříčinit pád uživatele. I samotná údržba může být problematická, proto v koupelnách seniorů nechme jen nejnútnejší zařízení a závěsné modely, pod kterými se snadno uklízí.

Kuchyně

Podíváme-li se na „vychytávky“ v kuchyních pro seniory, je třeba si uvědomit, že s vývojem nových technologií se proměňuje i vybavení kuchyně. Kuchyni pro lidi ve vyšším věku je třeba připravit tak, aby ji mohli užívat bez zbytečných komplikací a cítili se tu maximálně bezpečně. Kuchyně nebo kuchyňský kout je jednou z nejdůležitějších a nejfrekventovanějších místností v bytě a měly by být navrženy tak, aby společně s jídelnou tvořily nedílnou součást obytného prostoru. Plní hned několik funkcí – je přípravnou pokrmů, úložištěm nádobí, skladem potravin, ale i jídelnou, někdy



Kuchyň.

i prádelnou. Podíváme-li se na provoz v kuchyni, představují jej tři základní tzv. funkční centra – mycí, varné a skladovací. Jejich vzájemné uspořádání architekti navrhují podle tzv. “pracovního trojúhelníku” tak, aby vzájemná vazba usnadnila co nejvíce práci v kuchyni. Jejich výška se odvíjí od výšky postav uživatelů. Podle nejnovějších trendů nemusí být pracovní plocha ve stejné výšce, ale doporučuje se nejnižše umístit varnou plochu, aby bylo možné bezproblémově nahlížet do hrnců během vaření, o něco výše může být přípravná plocha (850–900 mm) a nejvýše je umístěn dřez (tak, abychom mohli na jeho dno volně položit ruce, aniž bychom ohýbali záda).

Mycí centrum je tvořeno dřezy, odkapávací plochou a popř. myčkou nádobí. Dřezy je vhodné volit hlubší a vedle nich nechat dosta-

tečnou odkládací plochu. Pro odtok vody z dřezu je vhodné volit zápachovou uzávěrku (sifon) tzv. nábytkového typu nebo ji umístit do stěny za dřezem, aby prostor pod dřezem byl přístupný dle potřeby i pro invalidní vozík. Při zařizování kuchyně pro seniory je třeba respektovat také možnosti ovládání výtokových armatur seniory – baterií a výtoků, které musí být v dosažitelném místě, nejlépe integrované přímo na dřez či desku. Nejrozšířenějším typem jsou směšovací pákové baterie, které jsou oproti klasickým kohoutkům daleko výhodnější, lépe se ovládají, pouhým pootočením ovládacích prvků (páky nebo otočnou pákou typu „joystick“) umožňují plnou regulaci a kontrolu průtoku vody či nastavení teploty. Pro seniory jsou z hlediska ovládání i bezpečnosti provozu vhodné optoelektronické bezdotykové baterie, které umožňují nejen zabránit přenosu bakterií a ušpinění povrchu, ale především mají bezpečné ovládání a vedou k úspornému zacházení s vodou (lze dosáhnout až 70% úspory vody a energie). U těchto armatur lze velmi jednoduše nastavit všechny požadované funkce, ať již před použitím, nebo v jeho průběhu. K atraktivním typům patří baterie s vysokým raménkem a vytahovací sprškou, u některých typů kombinovanou s kartáčkem na mytí nádobí nebo čištění zeleniny. Vodovodní baterie s vysokým raménkem usnadňují plnění vysokých nádob, hrnců a váz; je-li dřez umístěn před oknem, uplatní se zde moderní sklápěcí baterie. Další funkcí může být i ovládání odpadové soupravy.

K úspoře vody jistou měrou přispívají také perlátory, které jsou integrovány do výtokových částí dřezových výtokových armatur. Tato koncovka na vodovodu redukuje průtok vody tím, že obohacuje vodu vzduchem a způsobuje, že proud vody je příjemně jemný a udržuje armatury bez usazenin vodního kamene. Moderní výtokové armatury se vyrábí v široké škále materiálů (nerez, mosaz s povrchovou úpravou, chrom v lesklé úpravě či s povrchem mat-



Foto archiv firmy Hansgrohe, baterie Allegra.

ným, v podobě kartáčovaného niklu, který nezanechává na povrchu otisky prstů, nebo v kombinaci více materiálů atd.), v mnoha barvách a barevných kombinacích.

Varné centrum může být integrované v jeden spotřebič pro vaření i pečení, nebo mohou být umístěny zvlášť varné desky a pečící trouby, mikrovlnné trouby ap. Pečící trouby a mikrovlnky jsou pro pohodlné a bezpečné užívání seniory nejvhodněji umístěny ve výšce cca 1100–1200 mm, aby je bylo možné ovládat i vsedě. Otvírání trouby může být u novějších typů obdobné jako u mikrovlnných trub (boční otvírání, je pohodlnější). Z obou stran varných ploch by mělo být pamatováno na odkládací prostor v šířce alespoň 300 mm (přídavnou plochu pro pohybově omezené osoby



Kuchyň – šuplíky.

volit s podjezdnou výškou) a opatřit je nespalnou podložkou. Pro nedostupná funkční zařízení, jako je odsavač par nebo osvětlení, je pro seniory vhodné dálkové ovládání.

Pracovní plochu je vhodné umístit mezi varné a mycí centrum. O jejich výšce jsme se již zmínili; odvíjí se především od postavy uživatelů. Doporučená hloubka pracovní plochy bývá běžně 600 mm, ale v posledních letech se často zvyšuje na 750–800 mm, takže je možné před zadní stěnu postavit různé kuchyňské náčiní nebo je nad pracovní deskou zavěsit. Povrch je dnes možno upravit dle přání uživatele. Mohou to být přírodní i umělé materiály, které by měly být dobře udržitelné a odolné proti mechanickému poškození (dřevotřískové desky s povrchovou úpravou, umělý nebo přírodní kámen atd.).

Skladovací zóna sestává z úložných prostorů pro kuchyňské náčiní a skladování potravin. Není-li k dispozici samostatná spíž, využívá se většinou velkoobjemových skříní, chladniček a mrazniček. Spodní kuchyňské skříňky jsou mnohdy těžko přístupné a starší lidé se v nich špatně orientují. Proto je vhodné nahradit klasické otevírací spodní skříňky plnovýsuvnými objemovými zásuvkami, které jsou přehledné, snadno dostupné a jejich dojezdy jsou velmi tiché. Stejně praktické jsou výsuvné drátěné rošty místo klasických poliček. Přístup k obsahu rohových skříněk zase usnadňují takzvané otočné rondely nebo speciální výsuvné rohové mechanismy. Horní skříňky je dnes možné pořídit takové, které lze jednoduchým pohybem stahovat do dostupné vzdálenosti uživatele.

Práci s odpady usnadní seniorům drtiče odpadů, které se zabudovávají pod dřez, nebo skříňky pod dřezem se speciálními boxy, tzv. sortéry, **v nichž se shromažďují odděleně plasty, kovové části, papír, organický odpad a další. Některé typy těchto nověj-**



Kuchyň – trouba.

ších skříněk lze otvírat i kolenem (sortér se pak samočinně vysune do prostoru). Ke zmenšení objemu odpadu slouží různé kuchyňské lisy na plastové láhve i další neorganický odpad, jako jsou krabice od džusů, mléka, plechové obaly i skleněné lahve apod.

Podklady:

Lhotáková Z., Trnková K.: Moderní koupelny, vydalo nakladatelství ERA 2008

Lhotáková Z., Trnková K.: Kuchyně, vydalo nakladatelství ERA 2006

Odborné články autorky v časopisech

Kde hledat pomoc v případě zhoršení soběstačnosti

Ing. Eva Grollová, Diakonie ČCE

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, některé překážky, které ohrožují samostatné a bezpečné bydlení seniorů, je možné odstranit. V některých případech to však nestačí a samostatný život seniora vyžaduje podporu a pomoc někoho z blízkého okolí nebo externí profesionální služby. V současné době ještě neexistují takové komplexní služby, které by propojily sociální péči a např. zajištění stavebně-technických úprav soukromých bytů. V následujícím přehledu uvádíme organizace, které mohou řešit alespoň jednotlivé problémy, a to převážně v oblasti sociální péče.

Obecní úřad s rozšířenou působností

Pracovníci sociálního odboru příslušných obecních úřadů poskytují základní informace o poskytovaných sociálních službách v místě bydliště seniora. Senioři, kteří mají zhoršený zdravotní stav, zde mohou požádat o **příspěvek na péči**. Sociální pracovník se seniorem probere vše potřebné. Také je možné obrátit se na obvodního lékaře se stejnou žádostí a ten na základě zdravotní zprávy seniorovi zajistí kontakt se sociálním pracovníkem. Pokud je senior hospitalizovaný, je možno žádost podat prostřednictvím sociální pracovnice v nemocnici. O příspěvku a jeho výši rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Obecní úřad s rozšířenou působností také rozhoduje o vyplácení

jednorázových příspěvků, jakým je např. příspěvek na bydlení nebo na kompenzační pomůcky – viz samostatná kapitola.

Organizace poskytující sociální služby v bytě seniora

Jsou to organizace, které zřizují obce, města, popř. městské části, dále nestátní zařízení, např. církevní organizace jako je Diakonie a Charita, nebo organizace, které provozují fyzické osoby. Služby jsou poskytovány za úhradu. Některé typy sociálních, popř. zdravotních služeb:

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je poskytována osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (donáška obědů, nákupů), pomoc při zajištění chodu domácnosti (běžný úklid, pochůzky), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovod) a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Osobní asistence

Osobní asistence je poskytována osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Způsob a průběh této služby si volí a řídí (pokud je toho schopen) klient sám. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti apod.

Domácí péče

Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení praktického lékaře (nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci) v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je

zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením a seniorům, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Jde o služby krátkodobé. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění. Služba může být poskytována v domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních.

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti.

Tísňová péče

Služba tísňové péče umožňuje okamžitý kontakt mezi člověkem v tísní a dispečinkem, který v případě potřeby zajišťuje pomoc. Může se jednat jak o pomoc lékaře, tak o různé zásahy, které mohou zabránit nehodám apod. Tato služba může oddálit nutnost umístění seniorů nebo osob se zdravotním postižením do zařízení ústavní péče.

Ambulantní služby a týdenní stacionáře

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují tzv. ambulantní služby. Seniori do těchto zařízení mohou docházet nebo jsou do nich dováženi a mohou zde využívat různých služeb, např. pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy. Mohou se účastnit různých aktivizačních nebo

vzdělávacích činností. Zároveň je posilována jejich soběstačnost a mají možnost přicházet do styku s dalšími lidmi a tím si udržet sociální kontakty.

Stacionáře denní a týdenní

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům a osobám se zdravotním postižením. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně. V týdenních stacionářích je poskytováno navíc ubytování. Stacionáře umožňují kombinaci života ve vlastním prostředí a zajištění péče v době, kdy např. nikdo z rodinných příslušníků pro pracovní vytížení není seniorům přes den nebo přes týden nablízku.

Pobytové služby

Pobytové služby, jako jsou **domovy pro seniory** nebo **domovy se zvláštním režimem**, přicházejí na řadu v případě, že pobyt seniora v domácím prostředí již pro něj neskýtá bezpečí a ani nezaručuje udržení kvality jeho života. Také v tomto případě je třeba obrátit se nejprve na sociální pracovníky sociálního odboru příslušného obecního úřadu, popř. na sociální pracovníky konkrétního domova pro seniory, a včas se informovat o podmínkách přijetí do těchto zařízení.

Odborné a základní poradenství

Občanské poradny

Občanské poradny poskytují odborné poradenství týkající se různých životních situací. Je zde možné získat informace o nárocích na sociální dávky a sociální pomoc, rady v oblasti majetkoprávních vztahů, dědictví, v otázkách bydlení – např. nájemních vztahů, informace o různých typech služeb atp. Služby občanských poraden jsou bezplatné.

Poradenství pro seniory

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ukládá všem poskytovatelům sociálních služeb, aby poskytovali také základní poradenství. Znamená to, že i když určitá organizace není zaměřena např. na péči o seniory, měli by její školení pracovníci být schopni podat základní informaci o službách jiných poskytovatelů v místě nebo regionu.

Specializované poradenství pro seniory poskytuje organizace Život 90, www.zivot90.cz, která provozuje také krizovou a poradenskou bezplatnou linku na čísle 800 157 157, Gerontologické centrum, www.gerontocentrum.cz, Česká alzheimerovská společnost, www.alzheimer.cz, střediska Diakonie ČCE, www.diakonieccce.c, a pobočky Charity, www.charita.cz, poskytující služby seniorům v různých místech České republiky a další organizace působící na místní nebo regionální úrovni, např. Ledax, o. p. s., www.ledax.cz, (zároveň pořadatel konferencí Senior Living). Poradenství v užívání nových komunikačních technologií poskytuje Diakonie ČCE – Life-Tool Praha, Šípková 1838/1, 140 00 Praha 4, ww.lifetool.at. Firma Horizont Nare se specializuje na odborné poradenství a úpravy bezbariérových přístupů pro seniory a osoby s postižením, www.horizont-nare.com, zároveň poskytuje bezplatnou poradenskou linku na čísle 800 101 073.

Finanční pomoc na úpravu bytu

Mgr. Jana Černá, Diakonie ČCE

Úpravy bytu pro bezpečný pohyb seniora nebudou levné, ale kromě půjčky od příbuzných či vybíráním z vlastních úspor lze využít i peněz státních, a to prostřednictvím dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením.

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 182/1991 Sb.“).

Zdroj: www.mpsv.cz a www.portal.mpsv.cz (listopad 2009)

a) Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením:

Komu jsou dávky sociální péče poskytovány?

- osobám s trvalým pobytem na území ČR
- také občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce.

Jaké dávky se týkají bydlení?

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky.

Níže uvedený text uvádí pouze zjednodušené podmínky pro poskytnutí dávek sociální péče. Úplnou a aktuální informaci naleznete v právním předpise nebo Vám ji poskytnou pracovníci úřadů, které o dávce rozhodují, což jsou obecní úřady s rozšířenou působností – odbory sociálního zabezpečení.

1. Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Kdo poskytuje jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek?

Obecní úřad obcí s rozšířenou působností (jednorázová, nenároková dávka sociální péče).

Komu a kdy je poskytován tento peněžitý příspěvek? Občanu těžce zdravotně postiženému může být poskytnut peněžitý příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje, pokud potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna.

Příspěvek lze poskytnout na opatření zvláštních pomůcek uvedených v **příloze č. 4** k vyhlášce č. 182/1991 Sb. (např. polohovací zařízení do postele, zvedák do vany, přenosné WC, koupací lůžko...). Potřebuje-li tělesně, sluchově nebo zrakově postižený občan k překonání následků těžkého zdravotního postižení rehabilitační nebo kompenzační pomůcku, která v příloze uvedena není, může mu být poskytnut příspěvek na opatření takové pomůcky, která je s pomůckou uvedenou v příloze č. 4 srovnatelná. Srovnání provádí úřad, který o dávce rozhoduje.

Jaká je výše dávky?

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení (takové

provedení, které občanu plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti). Maximální výši příspěvku určuje i příloha č. 4.

Na úhradu nákladů spojených se zácvikem pro používání pomůcek uvedených v příloze č. 4 lze poskytnout příspěvek v plné výši prokázaných nákladů.

Úplně nebo prakticky nevidomým občanům lze hradit výdaje spojené s výcvikem a odevzdáním vodícího psa, a to až do výše obvyklých nákladů.

Jaký je nutný závazek?

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout, pouze pokud se žadatel písemně předem zaváže, že vrátí příspěvek (jeho poměrnou část) v případě, že

- a) zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím
- b) do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře.

2. Příspěvek na úpravu bytu

Kdo poskytuje příspěvek na úpravu bytu?

Obecní úřad obce s rozšířenou působností (jednorázová, nároková dávka sociální péče).

Komu se poskytuje příspěvek na úpravu bytu?

- občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost (příloha č. 5 písm. a) až g) k vyhlášce č.182/1991 Sb., např. amputace konče-

tiny, úplná obrna nebo těžké ochrnutí dvou končetin, podstatné omezení hybnosti kyčelních kloubů, výjimečně obdobné těžké funkční poruchy na základě několika postižení pohybového systému...)

- občanům úplně nebo prakticky nevidomým
- neslyšícím občanům (pouze pro úpravu či instalaci potřebné zvukové nebo světelné signalizace).

Na co se poskytuje příspěvek na úpravu bytu?

Na byt, který je užíván k trvalému bydlení.

Jaký je nutný závazek?

Příspěvek na úpravu bytu se poskytne, jen pokud se žadatel zaváže písemně předem, že:

- příspěvek (zálohu) vyúčtuje do tří let od zahájení řízení
- příspěvek (jeho poměrnou část) vrátí v případě, že byt vymění, byt prodá nebo dojde-li k jiné změně užívacího nebo vlastnického práva k bytu před uplynutím deseti let od jeho poskytnutí
- vrátí poměrnou část příspěvku v případě, že plánované úpravy se neuskuteční v rozsahu podle schválené dokumentace a vyplacený příspěvek přesáhl 70 % skutečně vynaložených nákladů.

Vrácení příspěvku nebo jeho poměrné části se nepožaduje, jestliže jeho výše nepřesáhla 5 000 Kč nebo jestliže zemře občan nebo dítě, jehož rodiči byl poskytnut. Od vymáhání příspěvku může obecní úřad obce s rozšířenou působností v případech hodných zřetele upustit.

Co je úprava bytu?

(jde o příklady úprav)

- a) úprava přístupu do domu, garáže, k výtahu včetně schodů, k oknům a na balkón
- b) úprava povrchu podlahy, ovládacích prvků domovní a bytové

- elektroinstalace, kuchyňské linky, popřípadě dalšího nábytku
- c) rozšíření a úprava dveří
 - d) odstranění prahů
 - e) přizpůsobení koupelny a záchodu včetně vybavení vhodným sanitárním zařízením a lehce ovladatelnými bateriemi
 - f) instalace potřebné zvukové nebo světelné signalizace
 - g) zavedení vhodného vytápění
 - h) vybudování telefonního vedení
 - i) stavební úpravy spojené s instalací výtahu.
- Rozsah úprav se posuzuje se zřetelem na závažnost a druh zdravotního postižení občana.

Jaká je výše dávky?

Výše příspěvku na úpravu bytu se určí se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny, a to až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo právnickými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji včetně projektových prací, nejvýše

- a) 50 000 Kč nebo
- b) 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu.

Příspěvek na úpravu bytu je možno poskytnout i formou zálohy (maximálně ve výši 50 % předpokládané výše příspěvku).

Pozn.: Informace o výši dávek je platná v roce 2009.

Posudková služba

Aby mohl být příspěvek na úpravu bytu (což jsou dávky podmíněné nepříznivým zdravotním stavem) poskytnut potřebné osobě, musí být vypracován posudek.

Pro účely sociálního zabezpečení vypracovávají posudky o zdravotním stavu ve vymezeném rozsahu *okresní správa sociálního zabez-*

pečení (OSSZ), Česká správa sociálního zabezpečení a posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí.

Nesouhlas s posudkem

Posudky o zdravotním stavu nejsou rozhodnutími a nelze proti nim podávat opravné prostředky. Posudky slouží jako podklad orgánu, který podle zákona rozhoduje o dávce nebo službě. Posouzení zdravotního stavu vždy vyžádá orgán, který o dávce nebo službě rozhoduje.

V případě nesouhlasu s rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení vydaném v prvním stupni správního řízení lze podat odvolání k nadřízenému orgánu.

Práva a povinnosti posudkové služby

Posudek orgánu posudkové služby musí vycházet ze zjištění zdravotního stavu občana a musí odpovídat posudkovým kritériím zakotveným v obecně závazných právních předpisech. Při posuzování posudkový orgán vychází z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři o zdravotním stavu občanů a přihlíží i k výsledku případného vlastního vyšetření posuzované osoby. Může též posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila vyšetření lékařem orgánu posudkové služby anebo vyšetření v určeném zdravotnickém zařízení a poskytla další součinnost, která je potřebná k podání posudku.

Kontakty na mezinárodní organizace zabývající se problematikou gerontotechnologií a bydlení lidí se speciálními potřebami:

American Association of Homes and Services for the Aging (Americká asociace bydlení a služeb pro seniory, AAHSA, www.aahsa.org), zabývá se „službami, které lidé potřebují v místě, které nazývají domov“, zřídila **Institute for the Future of Aging Services** (Ústav pro budoucnost seniorských služeb, www.futureofaging.org)

Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe (Asociace pro rozvoj podpůrných technologií v Evropě, AAATE, www.aaate.net)

California State University, Northridge Center on Disabilities (Kalifornská státní universita) pořádá konference **Annual International Technology and Persons with Disabilities Conference**, www.csunconference.org), vydává časopis Technology and Disability a disponuje vynikající knihovnou (Oviatt Library, www.library.csun.ed)

Center for Aging Services Technologies (Centrum pro stárnutí, služby a technologie, CAST, www.agingtech.org)

Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik (Německá společnost pro gerontotechniku, German Society for Gerontotechnology, GGT, www.gerontotechnik.de)

European Design for All e-Accessibility Network (Evropská síť elektronické dostupnosti a designu pro všechny, EDeAN, www.edean.org): podpora přístupu všech občanů k informační společnosti, sdružuje 160 organizací ze zemí Evropské unie

Festival of International Conferences on Caregiving, Disability, Aging and Technology (FICCDAT, www.ficdat.ca): pravidelné série konferencí na téma pečování, zdravotního postižení, stárnutí a technologií

International Association of Homes and Services for the Ageing (Mezinárodní asociace bydlení a služeb pro seniory, IAHSa, www.iahsa.net)

International Society for Gerontechnology (ISG, www.geron-technology.info) – Mezinárodní společnost pro gerontechnologie, (www.iospress.nl)

Life Tool, Linz (Asistivní technologie pro komunikaci, pobočka Life Tool Praha, Diakonie ČCE, Šípková 1838, Praha 4: www.lifetool.at/show_content.php?hid=34)

National Center for Assisted Living (Národní centrum podporovaného života, NCAL, www.ncal.org): problematika dlouhodobé péče (long-term care)

Oesterreichische Computer Gesellschaft (Rakouská počítačová společnost, Austrian Computer Society, OCG, www.ocg.at)

Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America (Severoamerická společnost pro rehabilitaci, inženýrství a podpůrné technologie, RESNA, www.resna.org)

Rehabilitation Engineering Society of Japan (Japonská společnost rehabilitačního inženýrství, RESJA, www.resja.gr.jp)

Rehacare (www.rehacare.de): pravidelné mezinárodní veletrhy

s problematikou zdravotního postižení, rehabilitace, kompenzačních pomůcek

Simon Fraser University – Gerontology Research Centre, Vancouver (www.sfu.ca): významné světové centrum zabývající se i gerontologickými aspekty architektury, urbanistiky, designerství

Technology for long-term care (Technika pro dlouhodobou péči, www.techforltc.org)

The Israeli Center for Assistive Technology and Aging (Izraelské centrum pro podpůrné technologie a stárnutí, GeronTech, www.gerontech.org.il)

Obsah

I. kapitola	
O bydlení seniorů	1
II. kapitola	
Bydlení seniorů v průběhu času	4
Mgr. Jana Černá, Diakonie ČCE	
III. kapitola	
Bydlení seniorů z pohledu lékaře	12
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., geriatr a gerontolog	
IV. kapitola	
Jak upravit byt, aby byl bezpečný	26
Doc. Ing. arch. Dagmar Glosová a kol.: Bydlení pro seniory. Brno, ERA 2006.	
V. kapitola	
Jak vybavit koupelny, WC a kuchyně pro seniory	37
Doc. Ing. Zdeňka Lhotáková, CSc. Fakulta architektury VUT v Brně	
VI. kapitola	
Kde hledat pomoc v případě zhoršení soběstačnosti	57
Ing. Eva Grollová, Diakonie ČCE	

Publikace vznikla v rámci projektu „Bydlení seniorů“, který v roce 2009 realizovala Diakonie ČCE, Belgická 22, 120 00 Praha 2. Projekt byl finančně podpořen Ministerstvem pro místní rozvoj ČR.



Vydala Diakonie Českobratrské církve evangelické, Belgická 22, Praha 2
Grafická úprava a tisk: H.R.G. spol. s r. o., Litomyšl