

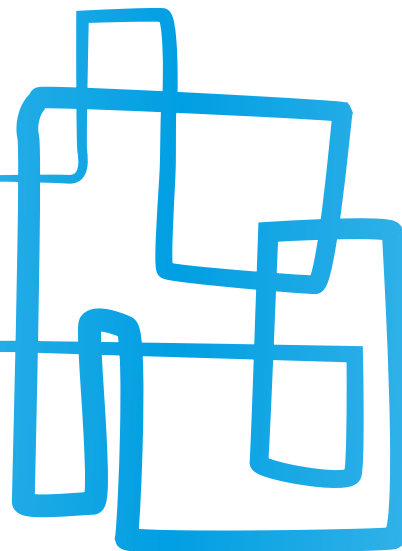
Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb

Zdeněk Kalvach
a kolektiv



Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb

**Zdeněk Kalvach
a kolektiv**



OBSAH

Slovo úvodem (Bc. Petr Haška)	5	Ústavy sociální péče a propojování různých typů pobytů	44
Starost obcí ve prospěch seniorů (prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.)	6	Geriatricie	46
Zdravé stárnutí a rozvoj komunitních zdravotních a sociálních služeb z pohledu Světové zdravotnické organizace (MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH)	7	Hospice a domácí paliativní péče	46
Demografická změna a Česko jako součást evropského prostředí přátelského seniorům – rozvoj dobrého sousedství a komunitní podpory (MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.)	11	Psychoterapie a krizová intervence	47
1. část		Logopedie	48
Obecná východiska	15	Podpora lidí se specifickým zdravotním postižením	48
Proč je zájem o podpůrné služby právě nyní aktuální?	15	Animace života ve stáří – volnočasové aktivity	48
Priority v podpoře a v přístupech	16	Animace života ve stáří – podpora sociální participace	48
Potřeba a principy zdravotnické a sociální reformy aneb „odkud a kam“	17	3. část	
Nač může Česko navazovat	18	Jak rozumět vybraným zdravotně sociálním jevům významným pro komunitní přístupy	49
Dva protikladné koncepty v přístupu k lidem s omezenou či ztracenou soběstačností	19	Zdravotní problémy pokročilého stáří – geriatrická křehkost	49
Péče, nebo podpora?	20	Soběstačnost	49
Gordický uzel zdravotně sociálního pomezí	20	Pády	50
Role obcí	21	Zanedbávání sebe sama a syndrom hromadění	50
Participativní komunitní plánování	22	Demence	51
Metodologie seniorům přátelských měst dle WHO	22	Dehydratace, hypertermie (přehřátí) a hypotermie (podchlazení)	51
Ucelenost společenské podpory	23	Podněty k podpoře komunitních zdravotně sociálních služeb (PhDr. Karel Schwarz)	55
Komunitní systém integrovaných podpůrných služeb	24	Dostupnost a plánování služeb v obcích (doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.)	61
2. část		Dlouhodobá péče a integrované zdravotně sociální služby: zkušenosti ze zahraničí (Mgr. Petr Wija, Ph.D.)	68
Prvky a přístupy systému integrovaných podpůrných služeb	25	Komunitní podpora zdravotně sociálních služeb ve Švédsku – vize pro ČR (Mgr. Petr Wija, Ph.D.)	73
Občan – klient	25	Silná role samosprávy jako předpoklad úspěšného fungování komunitních služeb	73
Pečující rodina	26	Zákon o sociálních službách a principy podpory seniorů ze strany obce	74
Sousedství, sousedské vztahy	27	Působnost sociálních komisí v obcích	74
Občanské spolky a iniciativy včetně církví	28	Financování a zpoplatnění sociálních služeb	75
Dobrovolnictví	28	Priority a aktivity Švédského království a role dalších institucí	76
Místní firmy a jejich sociální odpovědnost	29	Důstojnost a posílení role jedince ve zdravotním a sociálním systému	76
Obce	30	Závěr	77
Přístupnost, bezbariérové prostředí, univerzální design	31	Umění stárnout „Pro-aging“ v pojetí Heinze Rüeggera (Mgr. et Mgr. Kornélia Kolářová Takácssová, Th.D.)	78
Všeobecný praktický lékař	32	PŘÍLOHA	
Komunitní sestra	33	Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020: Obecný závazek pro bezbariérovou Evropu (dokument Evropské komise)	81
Depistáž a dispenzarizace klientů SIPS, poradenství a koordinace podpory	34	Seznam doporučené literatury	94
Tísňová péče	35	Přehled kontaktů k získání dalších informací	95
Pečovatelská služba	36		
Domácí zdravotní péče	38		
Osobní asistence	39		
Sociální práce	40		
Ucelená rehabilitace	40		
Komunitní podpora lidí s duševní poruchou	42		
Bydlení lidí s omezenou soběstačností	43		
Denní stacionář	44		



Dostává se Vám do rukou publikace, jejímž cílem je inspirovat místní a krajské samosprávy k podpoře komunitních zdravotně sociálních služeb a podnítit odbornou diskusi na toto téma. Důvod, proč jsme se rozhodli věnovat pozornost tomuto tématu je zřejmý. Senioři si přejí žít a stárnout doma, v prostředí svých blízkých. Současně v následujících letech počet seniorů v České republice rychle poroste. Přestože bylo učiněno mnoho k rozvoji pobytových služeb pro seniory, v mezinárodním srovnání je v České republice stále nedostatečná podpora seniorů v jejich domácím prostředí ze strany obcí a nízká koordinovanost zdravotních a sociálních služeb. Zahraniční zkušenosti ze zemí, jako je například Švédsko, přitom ukazují, že klíčovou roli v celém systému podpory a služeb pro seniory by měly sehrát právě obce a samospráva.

Diakonie ČCE se proto rozhodla pokračovat v dosavadní silné tradici proseniorských aktivit a pozornosti věnované seniorům, tématu stárnutí a stáří a realizovat projekt, který by měl tuto situaci změnit. Projekt „Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“, podpořený z Programu švýcarsko-české spolupráce a Ministerstva zdravotnictví ČR, je realizován ve spolupráci s naším švýcarským partnerem Stiftung Diakoniewerk Neumünster. Kromě diskuse s klíčovými aktéry v různých regionech České republiky a aktivit na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu je cílem projektu také vzdělávací, výzkumná a publikační činnost. Proto Diakonie ČCE založila Institut důstojného stárnutí, jehož úkolem je nejen napomáhat dialogu zainteresovaných stran, ale také zpracovávat konkrétní modely propojení a financování integrovaných proseniorských služeb a zprostředkovávat odborné poznatky ze zahraničí. Za tímto účelem Institut pořádal konferenci, které se v květnu tohoto roku zúčastnili přední odborníci z České republiky, Švédska, Francie, Německa, Izraele a Velké Británie.

Předkládaná publikace je dalším krokem na cestě k nalezení a uplatnění komunitního modelu zdravotně sociálních služeb v České republice. Jejím hlavním autorem a odborným garantem je MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., se kterým Diakonie ČCE dlouhodobě spolupracuje. Publikace nastiňuje obecná východiska a prvky systému integrovaných podpůrných služeb v obcích, tj. jaké jsou předpoklady komplexního a funkčního modelu podpory seniorů v komunitě. Pozornost tomuto tématu bude věnována také v rámci vzdělávacích seminářů, které poběží od října 2014 do března 2015 v šesti krajích, a to ve spolupráci s jednotlivými městy, jejich samosprávami, Svazem měst a obcí, ale i ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací WHO a odbornou veřejností.

Věřím, že i tato publikace přispěje k dosavadním snahám o systémové řešení péče o seniory a ty, kteří potřebují naší zvýšenou pozornost.

Bc. Petr Haška
ředitel Diakonie ČCE

Starost obcí ve prospěch seniorů

Každý stárnoucí člověk ztrácí dříve či později svou praktickou soběstačnost a potřebuje pomoc či podporu tak, aby bezpečně a ke své spokojenosti zvládal běžnou životní každodennost. Nezastupitelnou roli hraje nejen rodina a sousedská či přátelská výpomoc, ale také aktivity obcí, které souhrnně nazýváme komunitní podporou. O tom, proč a jak by měly a mohly jednotlivé obce organizovat komunitní systémy podpory pro své seniory, se reprezentanti místních samospráv, občanských sdružení i angažovaní jednotlivci mohou inspirovat z předložené publikace, kterou právě držíte v ruce.

Autorem největší části textu je lékař a přední český geriatr Zdeněk Kalvach, který srozumitelnou formou zpracoval teoretická východiska komunitních systémů. Ke spolupráci přizval odborníky, kteří přispěli především prezentací svých zkušeností z komunitní práce. Učinili tak proto, aby nejen pomohli organizátorům komunitních systémů, ale především proto, aby se zlepšila kvalita života seniorů, kteří potřebují pomoc a kteří zcela pochopitelně chtějí dál žít ve svém domácím prostředí a mohou se vyhnout institucionální formě péče nebo ji časově výrazně oddálit.

Ojedinelý, ucelený, odborně fundovaný a srozumitelný text publikace jistě osloví angažované čtenáře a pomůže jim rozvinout nebo zkultivovat komunitní systémy péče a podpory potřebných seniorů.

prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.
Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Zdravé stárnutí a rozvoj komunitních zdravotních a sociálních služeb z pohledu Světové zdravotnické organizace

Péče o starší lidi se povětšinou považuje spíše za rodinnou povinnost než za závazek státu. Stav, rozvoj a rozsah péče o starší lidi se proto také liší mezi zeměmi evropského regionu více, než jiné zdravotní a sociální programy. K základním potřebám starších lidí patří soběstačnost, pokud možno nezávislý život, možnost podílet se na rozhodování a životě společnosti i místní komunity. Prevence osamělosti a izolace patří k účinným metodám podpory zdraví a přitom zlepšuje životní pohodu starších lidí. Přínosem pro zdraví i kvalitu života jsou iniciativy věnované aktivnímu a zdravému stárnutí. Proto vítám aktivity Institutu důstojného stárnutí a Diakonie ČCE na podporu komunitních zdravotních a sociálních služeb, zlepšení celkových podmínek i prostředí napomáhajících důstojnému a zdravému stárnutí v komunitě.

Zdravé stárnutí je podmíněno celým dosavadním životem. Důležitý je zdravý start do života i okolnosti dalšího růstu a vývoje. Lidé by měli mít možnost ovlivnit kvalitu svého života, zvolit si zdravý životní styl a v průběhu svého života se připravovat na změny, které přinese stáří.

Podpora zdraví a zlepšování životní pohody by měla být orientována zejména těmito směry: připravovat opatření, rozvíjet iniciativy umožňující důstojné a zdravé stárnutí, omezovat nespravedlivé nerovnosti, starat se o adekvátní, stabilní a udržitelný systém sociální ochrany, včetně důchodového systému, hájit práva osob se zdravotním postižením. Důležité je vyzvat starší lidi k účasti na tvorbě zdravotní politiky a umožnit jim, aby spolurozhodovali o své léčbě i další péči. Žadoucí je vytvářet podmínky pro zlepšení zdravotní gramotnosti a zdravotní péče v rámci rodiny, omezovat rizika duševních poruch u osob s tělesným postižením, prostřednictvím médií se zaměřit na oslabení negativních sociálních stereotypů, které se týkají starších lidí, a zavést nezávislý systém kontroly kvality institucionálních služeb.

I když je dlouhověkost nesporným úspěchem, je zapotřebí na demografický vývoj adekvátně a včas reagovat. Bez investic do zdraví a efektivity zdravotních a sociálních služeb i jejich lepší koordinace budou podle prognóz náklady na zdravotní a dlouhodobou péči rychle růst. Proto bude třeba věnovat pozornost nastavení patřičných sociálních a ekonomických mechanismů, které zvýší hospodárné fungování zdravotních a sociálních systémů. Cestou k tomu je mimo jiné také posílení role samospráv v podpoře zdraví i efektivní koordinaci sociálních a zdravotních služeb.

Nově přijatá evropská strategie Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví 2020“ a evropská regionální strategie SZO, zaměřená na zdravé stárnutí, přijatá pro roky 2012–2020, jsou dobrým vodítkem pro nastavení vhodných opatření i v rámci České republiky. Jsem velmi ráda, že iniciativy WHO nalézají v České republice dobrou odezvu

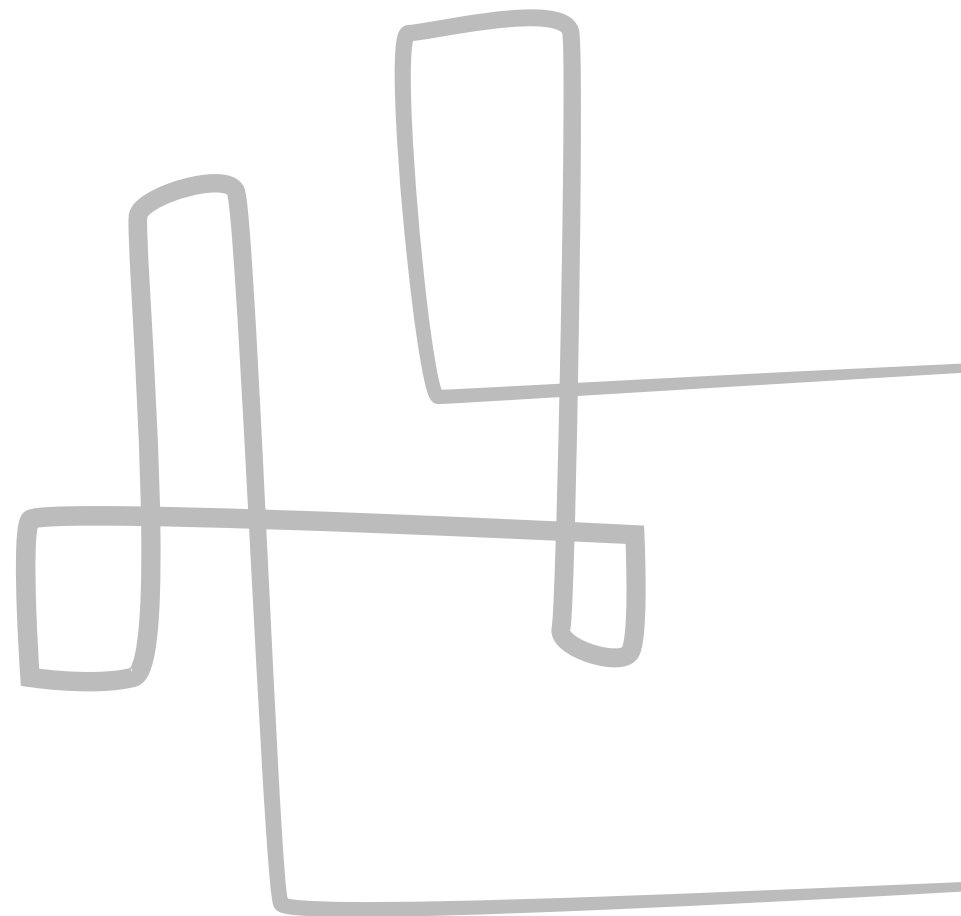
a uplatnění, že jsou dále rozvíjeny, zejména se zaměřením na participaci občanské společnosti i aktivní roli krajských a obecních samospráv.

Přeji této publikaci, jejímž hlavním autorem je přední český gerontolog a geriatr Zdeněk Kalvach, hodně pozorných čtenářů, projektu hodně úspěchů, kladné přijetí a spolupráci ze strany samospráv a všech těch, kteří se na vytváření podmínek pro zdravé stárnutí a rozvoji komunitních služeb podílejí.

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH

projekt WHO: Global network of age-friendly cities and communities
(Globální síť měst a obcí přátelských seniorům)

www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network



Demografická změna a česko jako součást evropského prostředí přátelského seniorům – rozvoj dobrého sousedství a komunitní podpory

Prožíváme zásadní civilizační přelom – tzv. demografickou změnu s nástupem dlouhověké společnosti, se zvýšením podílu a změnou role seniorů v populaci, s prodloužením života ve stáří a zlepšením jeho zdravotního a funkčního stavu. Jak řekl na 2. Světovém shromáždění o stárnutí v roce 2002 v Madridu tehdejší generální tajemník OSN Kofi Annan, „jsme uprostřed tiché revoluce, která svými zásadními ekonomickými, sociálními, kulturními, psychologickými a duchovními dopady daleko přesahuje oblast demografie“. A zdaleka nejde ani jen o ekonomické záležitosti, na něž se stále v Česku soustředí pozornost – např. na penzijní reformu. Jde o pojetí a smysl života ve stáří, o mezigenerační vztahy. Mnohá schémata přístupů a služeb, mnohé zaběhané stereotypy se přežily; hrozí problémy, konflikty, rozpočtová nestabilita; mnohé může a musí vykonat „stát“, ale těžiště života i řešení výzev spočívá v osobní zodpovědnosti, na úrovni základních společenství – rodin, obcí a spolků. Zde se rozhodne nejen o bezprostřední kvalitě seniorského života konkrétních lidí, ale také o společenském využití seniorského potenciálu a o nezbytném tlaku zdola na „velkou politiku“, na podobu legislativního a rozpočtového rámce.

Minimálně od poloviny 80. let věnují vrcholné mezinárodní instituce – Organizace spojených národů (OSN, UN), Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO), později Evropská komise (EK, EC) – cílevědomou pozornost seniorské problematice a demografické změně – populačnímu stárnutí, zestárnutí početných poválečných ročníků, prodlužování naděje dožití, nástupu dlouhověké společnosti. Jde o metodickou pomoc národním státům jak v podpoře úspěšného stárnutí se zdravým, aktivním stárším, tak v podpoře seniorů s ohroženou či ztracenou soběstačností, o zlepšení kvality jejich života, jde také o ustavování neformálních mezinárodních standardů a nástrojů dobré praxe.

K aktivitám z posledních let patří např. „Strategie a akční plán pro zdravé stárnutí v Evropě 2012–2020“ (Strategy and active plan for healthy ageing in Europe 2012–2020), „Politiky a prioritní intervence na podporu zdravého stárnutí“ (Policies and priority interventions for healthy ageing), „Paliativní péče o seniory: k lepší praxi“ (Palliative care for older people: to better practice), „Evropská zpráva o předcházení nevhodnému zacházení se staršími lidmi“ (European report on preventing elder maltreatment). Připravuje se „Evropská úmluva k demografické změně“ (EU covenant on demographic change) a v roce 2013 odstartovala evropská úřadovna WHO společně s Evropskou komisí projekt „Seniorům přátelské prostředí v Evropě“ (Age-friendly environments in Europe, AFEE). K jeho realizaci se počátkem roku 2014 ustavila celoevropská inovační síť „Seniorům přátelská prostředí“ (Age-friendly environments in Europe, www.afeinnovnet.eu) s cílem zavádět inovace zdola, na místní a regionální úrovni, v přirozeném duchu dobrého sousedství

s využitím místních tradic, zdrojů a vazeb. Ke klíčovým aktérům evropské sítě patří nestátní nezisková organizace AGE Platform Europe (www.age-platform.eu) se sídlem v Bruselu, evropská úřadovna WHO či Rada evropských obcí a regionů (Council of European Municipalities and Regions). Evropské obce a regiony (počítají se včetně našich českých) se mohou do sítě zapojovat s pětiletými plány zahrnujícími fáze přípravy, realizace a vyhodnocení. AFEE svým způsobem navazuje na již vyladěný, zaběhnutý projekt WHO „Zdravá města“ (WHO Healthy cities). Úspěšná Národní síť zdravých měst v ČR (www.nszm.cz) je součástí Evropské sítě zdravých měst (WHO European healthy cities network). I v rámci tohoto staršího projektu představuje problematika úspěšného stárnutí a zdravého stáří jednu z priorit a manuál z roku 2007 „Globální města přátelská seniorům“ (Global age-friendly cities: a guide), bohužel obcemi mimo NSZM jen minimálně využíváný, je dodnes užitečnou pomůckou, „inspirací pro města, jak vycházet vstříc seniorům a jak využít potenciál, který senioři pro společnost představují“. Nynější AFEE přináší pokrok jednak soustředěním zájmu a sil výhradně na seniorskou problematiku, jednak konkretizací přístupů na úrovni odpovídající evropskému regionu, jeho možnostem a standardům a konvencím Evropské unie.

Zapojení do celoevropské sítě, hledající inovativní přístupy či „jen“ seznámení se současnými evropskými trendy a postoji k demografické změně, může pomoci místním správním a samosprávním, aby přistupovaly k seniorské problematice a s ní souvisejícím otázkám mezigenerační solidarity uceleněji, se širšími znalostmi a tím také účinněji. Tato publikace je manuálem, který se snaží stručným způsobem informovat o evropských aktivitách, o povaze demografické změny a o prvcích podpory (službách, intervencích, nástrojích), s nimiž by měl pracovat **systém integrovaných podpůrných služeb** (SIPS) na místní, komunitní úrovni – zvláště ve městech a obcích s rozšířenou pravomocí. Manuál je určen nejen činitelům místní správy a samosprávy, ale také občanskému aktivu, angažovaným občanům, občanským iniciativám, místním akčním skupinám (www.nsmascr.cz), zkrátka všem, kteří považují kvalitu života ve stáří včetně své vlastní budoucnosti za pozitivně ovlivnitelnou věc veřejnou, za záležitost, kterou kromě nich nikdo, žádný úřad „nevezme za svou“, kteří přitakávají onomu „kdo, když ne my, kdy, když ne teď, kde, když ne ve své obci?!“ A dlužno dodat, že času pro systémové změny a zvláště pro součinnost různých složek příliš nezbývá – „času je málo a voda stoupá“!

Východiskem k akčnímu přístupu, ke skutečně cílevědomému hledání řešení a k úspěšnému vyřešení výzev by mělo být především vědomí, že

- **Demografická změna** s populačním stárnutím a nástupem dlouhověké společnosti je opravdu zásadní společenská výzva vyžadující bezodkladná systémová opatření na všech úrovních.

- Klíčovou roli v řešení výzev demografické změny musejí sehrát **obce**, jejich sdružení, místní společenství; tomu by měly odpovídat jejich znalosti, kompetence, finanční zdroje i metodické nástroje – např. samozřejmé projednávání jak úrovně a ucelenosti stávajících podpůrných komunitních služeb, sítí služeb i míry sociální participace seniorů v obci včetně strategického plánování rozvoje, tak projednávání dopadu různých opatření na kvalitu života místních seniorů i na mezigenerační solidaritu.
- Seniorskou populaci je třeba vnímat v celé její různorodosti, **heterogenitě**, od lidí funkčně elitních, strádajících nedostatkem příležitostí k seberealizaci a participaci, přes lidi křehké a závislé na pomoci jiných až po seniory umírající, žádající o domácí hospicovou péči v souladu s konceptem podporujícím „dying in place“ (umírání v přirozeném domácím prostředí). Nerespektování této heterogenity, nebezpečně deformovaná stereotypizace, ztotožnění seniorské problematiky, ba celé demografické změny, se situací, problémy a potřebami jednoho segmentu starších lidí, je příčinou velmi závažných, nebezpečných deformací!
- Z hlediska soběstačnosti a kvality života jde nejen o věk, o zdravotní a funkční stav, ale také o **prostředí**, jak sociální (rodina, sousedství), tak geografické s fyzickou i organizační dostupností služeb, další podpory i běžných aktivit. Dostupnost služeb i obslužnosti (např. dopravní) je v ČR velmi různorodá, snižuje se se vzdáleností od velkých městských center (závažný problém podpory lidí na venkově), nejnižší je na pomezí krajů a v odlehlých či sociálně vyloučených lokalitách. Obce tak musí v různých oblastech čelit různému spektru problémů a deficitů a potřební lidé jsou naopak konfrontováni s velmi rozdílnou mírou vstřícnosti, přístupnosti i podpory/pomoci.
- Cílem opatření musí být **sociální inkluze**, začlenění a participace starších lidí včetně seniorů s omezenou soběstačností, nikoliv jejich vyloučení do ústavů či zvláštního společenského statu; jde o podporu „bezzvěké (ageles)“ společnosti, v níž věk nehraje zásadní roli, společnosti přátelské pro všechny generace, podporující jejich solidární soudržnost.

Obecná východiska

Proč je zájem o podpůrné služby právě nyní aktuální?

Důvodů pro prioritní společenský zájem o seniorskou problematiku obecně i o zmíněné konkrétní projekty – včetně edukačního projektu Diakonie ČCE – je několik:

- **Nástup dlouhověké společnosti:** Lidé se běžně dožívají a budou dožívat věku 90–95 let, mnozí věku 100–105 let. I když se jejich zdravotní a funkční stav významně, až dramaticky zlepšuje a výskyt závažných zdravotních postižení se snižuje, respektive jeho nástup se posouvá do stále vyššího věku, jde často o lidi křehké, vyžadující pomoc a podporu. Dlouhověká společnost je však o čemsi více: mění perspektivu a periodizaci lidského života i očekávání a nároky lidí – život ve stáří včetně života se zdravotním postižením a funkčním omezením již dnes je a nadále bude dlouhý. Vyžaduje nové formy participace, přeformulování zodpovědnosti, solidarity, mezigenerační spolupráce, vyžaduje vyšší kvalitu i smysluplnost odpovídající stoupajícím nárokům nově stárnoucích generací, kterým nestačí a nebude stačit jen jakási základní biologická zabezpečení před hladem a chladem. Podstatná část těchto zásadních civilizačních změn se stejně jako v ostatních zemích odehraje i v ČR na úrovni obcí, sousedství, všeobecně vstřícného prostředí.
- **Rozvoj a vývoj medicíny:** Medicína dokáže bez ohledu na věk řešit mnohá ohrožení života i mnohá zdravotní postižení, mnohdy však (zatím) jen s neúplným uzdravením vyžadujícím další dlouhodobou, byť jen dílčí podporu. Medicína také opouští dlouhá nemocniční (ústavní) ošetřování. Těžištěm medicínské činnosti se stávají preventivní opatření a vysoce účinné krátkodobé diagnostické i léčebné výkony, po nichž se nemocní s různou potřebou „následné péče“, doléčení, rekonvalescence, rehabilitace, adaptace na změněnou zdravotní a funkční situaci vrací „domů“ – do rodin a obcí (nebo do vyloučených sociálních ústavů).
- **Rozvoj podpůrných možností:** Lidské poznání i růst společenské produktivity přináší nové informační, komunikační a jiné technologie, nové možnosti služeb i podpůrného prostředí. To představuje nejen nové šance, zásadní zvýšení kvality života i účinnosti intervencí (těžší postižení jsou zvládnutelná s lepší kvalitou života a s vyššími ambicemi na seberealizaci), ale také potřebu složitější koordinace, větší ucelenosti podpůrných aktivit, jejich účelného „šití na míru“ jednotlivým klientům.
- **Změna možností a rolí tradiční rodiny:** Soudobá rodina je charakterizována jako multigenerační a multilokální. Běžně jde o 4 generace, jejichž členové žijí

vzájemně od sebe i značně vzdálení, což ztěžuje přímou podporu a mění podobu domácí rodinné péče. Ta se mění z monopolní zodpovědnosti ve významnou součást podpůrného systému – sama podporu a péči poskytuje i vyžaduje.

- **Potřeba systémových změn:** Starým schématům a modelům přežívajícím z dob krátkověké společnosti jednodušších možností i potřeb „praskly švy“. Nové výzvy potřebují nové přístupy – na vyšší úrovni, s lepší koordinací i účelností.
- **Demografický apel:** Kromě přirozeného zvyšování naděje dožití (prodlužování střední délky života) dojde během krátké doby k zestárnutí mimořádně početných poválečných ročníků, lidí narozených v prvních letech po skončení 2. světové války, což představuje v důsledku věkem podmíněných potřeb a nároků v krátké době skokový nápor na podpůrné služby, zdravotnické a sociální resorty, na penzijní systémy i na lidská společenství včetně obcí.
- **Sociální hrozba:** Demografická změna se obecně chápe jako pozitivní evoluční jev, jako civilizační úspěch umožňující naplnění celého přirozeného rozsahu lidského života, jeho přirozené délky, završení osobnostního vývoje eliminací předčasné úmrtnosti. Pomalost společenské reakce na demografickou změnu, neujasněnost pojetí dlouhého života, zvláště dlouhého stáří, tlak na penzijní systémy, mandatorní výdaje, zdravotnické a sociální systémy, stejně jako nedostatek pracovních příležitostí však ohrožují mezigenerační solidaritu. Tyto jevy vedou k „demografické panice“, k projevům gerontofobie (strachu ze starců a stáří), ageismu (věkové diskriminaci), úsporné marginalizaci seniorských problémů až k neomaltuziánským obavám z „přemnožení přestárlých, postproduktivních“ lidí, kteří spotřebou neúměrně vysokého podílu společenských prostředků se stávají domnělou „přítěží“ a brzdou konkurenceschopnosti společenství, což má být řešeno nejlacnějším možným způsobem. Etické důsledky, dopad na sociální potenciál, mravnost a soudržnost takového společenství jsou devastující.

Priority v podpoře a v přístupech

OSN formulovala hned na počátku cílevědomého mezinárodního úsilí o účinnou podporu a sociální inkluzi starších lidí v roce 1991 obecné (globální) priority přístupu k seniorům na všech úrovních jejich funkční zdatnosti a zdravotního stavu. Těmito prioritami, které by měly respektovat i místní aktivity, jsou:

- Důstojnost
- Autonomie, svébytnost, kontrola nad dnem
- Participace, sociální inkluze
- Seberealizace, smysluplnost
- Zabezpečení (přístřeší, strava, voda, hygiena, teplo, zdravotní péče, nestrádání bolestí).

Zatímco v rozvojových zemích s nízkou životní úrovní může těžiště podpory spočívat v základní zabezpečení (zvláště za humanitárních katastrof), v hospodářsky vyspělých zemích je nutno považovat toto minimum za samozřejmost. Společenská

odpovědnost a úsilí o kvalitu služeb odůvodňují další 4 priority, které odstraňují hmotnou nouzi dosažením sociální spravedlnosti, lidské důstojnosti, autonomie a seberealizace, tedy nikoliv prostě obživy, ale vytvořením podmínek pro naplnění ostatních priorit.

Z materiálu WHO „Strategie a akční plán pro zdravé stárnutí v Evropě 2012–2020“ (Strategy and active plan for healthy ageing in Europe 2012–2020) lze jako příklady dílčích priorit pro národní, regionální i místní aktivity uvést:

- Prevence sociální izolace a sociálního vyloučení
- Kvalita péče poskytované starším lidem se zvláštním zaměřením na péči o lidi trpící syndromem demence či vyžadující paliativní (hospicovou) péči
- Veřejná podpora neformálních forem péče
- Budování kapacit v geriatrii a gerontologii
- Prevence špatného zacházení a zanedbávání
- Podpora pohybové aktivity a aktivního stáří (rekondiční aktivity, naplňování koncepce přístupnosti – bezbariérového prostředí, vytváření podmínek pro činnost)
- Prevence pádů a jejich závažných důsledků (bezbariérové prostředí, tísňová péče jako jistota kontaktu)
- Racionální vakcinace a prevence nozokomiálních nákaz

Potřeba a principy zdravotnické a sociální reformy aneb „odkud a kam“

V obecném povědomí dominuje problematika seniorů se závažným zdravotním postižením, s ohrožením či ztrátou soběstačnosti. Historicky se přístup k těmto lidem rozvíjel jako jednoduchá základní pomoc, od 18. století institucionalizovaná do chorobinců, starobinců, invalidoven. Během 20. století se ústavní péče zkvalitnila (v Československu se staly ve 20. letech mezinárodním vrcholem Masarykovy sociální domovy v Praze – dnešní Thomayerova nemocnice) a od 40. let se začala ve Velké Británii rozvíjet terénní pomoc – pečovatelská služba a domácí zdravotní péče (home care). V Československu se po 2. světové válce vyprofiloval dvojkolejný systém rozdělený do dvou rezortů: zdravotnictví připadly tzv. interní oddělení 2. typu pro chronicky nemocné, od 70. let přejmenovaná na léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), dnes obvykle označované jako nemocnice následné péče (NNP) či problematicky jako geriatrická centra; v terénu (ne)pracovaly od 70. let zdravotní sestry pro návštěvní službu u starých a dlouhodobě nemocných (tzv. geriatrické sestry – nikdy jich nebyl dostatek), nahrazené posléze po roce 1989 agenturami domácí péče (home care – HC). Rezortu sociální péče připadly ústavy sociální péče (ÚSP) včetně domovů důchodců (DD), dnes vesměs označovaných jako domovy pro seniory, jejich ošetrovatelská oddělení a centra (OC) a v terénní složce pečovatelská služba (PS).

Mezinárodně bylo od 80. let 20. století jasné, že takto historicky nastavené, rezortně a profesně rozdělené, ba přímo oddělené systémy nemohou lidsky ani ekonomicky odpovídat měnícím se potřebám a narůstajícím nárokům. Tím méně mohou vyhovovat nadcházejícímu skokovému přírůstku starších lidí po roce 2015 v důsledku zestárnutí

silných ročníků poválečných dětí. Charakteristickou se stala snaha o 4 změny formulované například v rámci Vídeňského dialogu na konci 80. let:

- De-sektorializace – prolomení dvojkolejnosti, bariér mezi rezorty, profesemi, odbornostmi i kompetencemi s posílením ucelenosti, flexibility a účelnosti služeb (v českých podmínkách především akceptování zdravotně sociální povahy potřeb naprosté většiny klientů)
- De-institucionalizace – maximální možné omezení ústavních forem péče s přenesením těžiště podpory na komunitní úroveň, do obvyklého domácího prostředí „světa bez ústavů“, do podpory pečujících rodin a v případech zbývajících ústavů s tlakem na přirozenost jejich prostředí a na jejich otevřenost jako součásti komunitního prostoru
- De-profesionalizace – humanistické zlaičtění péče, nadřazení laskavě vstřícné lidskosti nad „profesní vybroušenost“, začlenění spolupráce rodin a sousedské pomoci do týmové práce, rozšíření potenciálu kvalifikovaných profesionálů tím, že edukují laiky (např. „vyškolení“ rodiny v jednoduchých rehabilitačních úkonech, které mohou provádět pod supervizí mnohem častěji, než by mohl činit sám odborník při návštěvách); též rozumné snížení mzdových nákladů
- De-medicinalizace – nadřazení kvality života a lidskoprávních aspektů biomedicínské vědě, zcivlnění ústavních režimů a ústavního prostředí, nadřazení podpory nemocného člověka boji s jeho chorobami zvláště u chronicky nemocných lidí, aniž by to znamenalo zpochybnění, natož skutečné omezení dostupnosti potřebné zdravotní péče, lékařských konzultací, bezproblémového kontaktu se „svým lékařem“.

Z hlediska uceleného a vyváženého přístupu k výzvám demografické změny a stárnutí populace je nutno znovu zdůraznit, že problematika podpory lidí se ztracenou soběstačností a jejich pečujících rodin je jen jedním ze segmentů potřeb heterogenní seniorské populace.

Nač může Česko navazovat

V Česku lze při uvedeném úsilí navazovat především na myšlenky průkopníka reformy sociálních služeb Milana Chába (1952–2001), ředitele ústavu sociální péče pro lidi s mentálním postižením, který byl zásadním zastáncem a realizátorem cílevědomé minimalizace ústavní péče (de-institucionalizace), úsilí o „svět bez ústavů“ (Quip, 2004), když je „z ústavu do obce: několik kroků“.

Milan Cháb zastával názor, že problémy ústavní péče nejsou řešitelné na úrovni ústavů, že jde o systémovou záležitost. Komunitní služby výstižně definoval jako nehierarchicky uspořádanou regionální síť různorodých služeb pro lidi ohrožené institucionalizací, dlouhodobým či trvalým umístěním v ústavní péči se všemi úskalími podvázání autonomie, seberealizace, sociální inkluze, s hrozbou maladaptace, mnohdy na hranici omezení přirozených lidských práv. V případě zdravotnických a ošetrovatelských ústavů poukazoval na hrozbu hospitalismu, rozvoje imobilizačního syndromu i zanedbávání péče a prohrěšků nevhodného zacházení (elder abuse and neglect, EAN).

Jiným pozoruhodným průkopníkem je Jitka Zgola (nar. 1946), ergoterapeutka, průkopnice „úspěšné péče o člověka s demencí“ (Grada, 2003), založené na animaci života těchto lidí s využitím jejich byt' zbytkového potenciálu (sociálního, komunikačního, rozhodovacího, tvůrčího) a na ochranu či posílení jejich sociální role a lidské důstojnosti.

Dva protikladné koncepty v přístupu k lidem s omezenou či ztracenou soběstačností

Při uvažování o tom, jak přistoupit k podpoře lidí se závažným zdravotním postižením, jak pojmut podporu a služby (tzv. dlouhodobou péči), je důležité si uvědomit, že existují dva protichůdné koncepty, které lze označit jako existenciálně humanistický a redukcionisticko-ekonomický.

Redukcionisticko-ekonomický koncept v podstatě redukuje nesoběstačné lidi na biologické systémy, společensky „neproduktivní“ („postproduktivní“), vyžadující převážně základní biologickou zabezpečení – jde o despekt k lidskému potenciálu a redukcí lidství na biologický systém, kdy za univerzální jsou považovány pouze základní biologické potřeby, jejichž uspokojení se považuje za dostatečnou kvalitu péče. Primárně se vychází z ekonomických parametrů poskytování služeb (podpory, péče) s obavami z jejich nákladnosti, především z mandatorních výdajů jak sociálních, tak zdravotních, a s obavami o udržení stability systémů financování i konkurenceschopnosti celé společnosti. Jako zaběhanější, domněle účelnější a snadněji rozpočtovatelné jsou preferovány tradiční ústavní formy péče, u nichž se zdůrazňuje především úspornost provozu – část ústavů je nešťastně chápána a proponována jako jakási „nízkonákladová odstavná parkoviště“.

Existenciálně humanistický koncept vychází z univerzality celého spektra lidských potřeb včetně potřeby nejuniverzálnější – být vnímán jako jedinečná, pozitivně přijímaná lidská bytost s nepozbytnou důstojností, svébytností, s produktivní smysluplností své existence, a to bez ohledu na míru zdravotního postižení. Zdůrazňuje se kontinuita lidského života a životního příběhu. Základní zabezpečení není naplněním péče/podpory, ale „jen“ jejich předpokladem, jednou složkou ucelené podpory s hledáním smyslu. Proto se preferují komunitní formy podpory, přirozenost prostředí, začlenění v přirozených sociálních skupinách, bezbariérový přístup, otevřenost prostředí, animační aktivity bránící tomu, aby se život se zdravotním postižením a funkčním omezením stal ve vyšším věku „mrazivě opuštěnou čekárnou na smrt“. Z ekonomického hlediska má přednost účelnost před „úsporným šetřením“ chápáným jako zúžení hrazených služeb na základní zabezpečení a plošné setrvalé omezování výdajů. Existenciálně humanistický koncept také usiluje o růst sociálního potenciálu, kvality vztahů dobrého sousedství, soudržnosti společenství, lidské vzájemnosti včetně rozvoje dobrovolnictví. V tomto konceptu je role obcí klíčová, neboť jde navíc též o bydlení, dopravní spojení, bezbariérový veřejný prostor.

Péče, nebo podpora?

Tradičně se v ČR hovoří o **pěči** – zdravotní, sociální, ucelené, dlouhodobé, komunitní. To posiluje vnímání klientů jako lidí „nemohoucích“, na péči odkázaných. Péče se tak snadno může stát uchvacující, omezující, podrobující si klienta, narušující jeho autonomii i sociální role. Péče také vzbuzuje dojem, že čím je jí více, tím je lepší, že péči lze klienta k jeho prospěchu doslova zahrnout. Dochází tak k deformacím ve smyslu nežádoucí podřízenosti klientů poskytovatelům péče, kteří to mnohdy vyžadují a zdůvodňují tím, že „nyní jste v mé péči a zodpovědnosti“. Slovy Milana Chába však, „péče nemůže učinit z lidí neschopných schopné“. Péče snadno konzervuje i navozuje závislost, prohlubuje nesoběstačnost, činí z klientů pasivní příjemce a vyžadovatele úkonů.

Lépe je proto hovořit o **podpoře** znevýhodněných lidí, o podpoře k soběstačnosti, ke smyslu života, k sebeúctě, a to podle vůle klienta, s respektem k jeho přáním a rozhodnutím, s podporou jeho neformální participace na plánování a provádění služby. Proto je chybná představa o řešení situace budováním pečovatelských ústavů, v nichž budou klienti podřízeni péči personálu. Přednost má podpora lidí ohrožených ústavní péčí v domácím prostředí, v komunitě.

I v případě lehčích forem znevýhodnění a omezení je v popředí přístupu podpora sociální inkluze, sociálního začlenění, respektive prevence sociálního vyloučení (sociální exkluze). Samotný pojem sociálního vyloučení se objevil v sedmdesátých letech 20. století a byl nejprve vztahován k ekonomickým aspektům, tedy k chudobě. Postupně se ukázalo, že jde o záležitost složitější. Současné pojetí chápe sociální exkluzi jako proces úpadku a dezintegrace vztahů mezi jedincem či určitou minoritou a majoritní společností, hlavním společenským proudem (mainstream), obcí. Ztrácí se pocit sounáležitosti, sdílení, vzájemného chápání, vzájemné vstřícnosti, pomoci, respektu a také participace včetně přístupu k informacím a možnosti ovlivňovat dění. Důsledkem na straně vyloučených (exkludovaných) je frustrace, nejistota, mnohdy ztráta sebeúcty, rezignace, asociální či dokonce antisociální chování, případně autoagrese.

Gordický uzel zdravotně sociálního pomezí

Dlouhodobým problémem je nejen v Česku skloubení zdravotnických a sociálních služeb. Existují sice nemocní pacienti bez potřeby sociálních služeb či naopak zdraví lidé sociálně potřební – v hmotné nouzi či bez přístřeší, ale zvláště ve vyšším věku převažuje početná skupina těch, kteří potřebují podporu, pomoc jak zdravotní, tak sociální. Jde o chronicky nemocné s omezenou pohyblivostí, s potřebou ošetrovatelské péče (převazy kožních defektů, ošetřování stomií, aplikace léků, základní kontrola zdravotního stavu), rehabilitace, pečovatelské služby, dovozu obědů, sociálních dávek atd. Právní řád ČR však výraz zdravotně sociální (služby, péče) nezná. Dlouhodobě existuje rezortní dvojkolejnost, kterou se minimálně 30 let nedaří překonat – důsledkem je nezabezpečení i neúčelnost výdajů. Ke klientům mnohdy vyjíždějí 2 služby, i když by zjevně vše mohla řešit jedna návštěva. Dochází k dublování, překrývání i naopak k negativním kompetenčním konfliktům, v jejichž důsledku se

potřební lidé ocitají nezabezpečeni v „území nikoho“. Tento stav zhoršuje nadměrná snaha o očištění zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění od sociálních výdajů a naopak – vlečou se žabomyší války o kompetence a zodpovědnost, činnost rezortních týmů se stále více vymezuje vůči sobě navzájem, vzájemně se vzdaluje, místo aby docházelo k prolínání. Tomu napomáhá zcela odlišná metodologie přístupů, kvality péče i financování v obou rezortech. Situaci nezlepšilo ani zkusmé sloučení ministerstev zdravotnictví, práce a sociálních věcí do jednoho rezortu. Řešení shora je zjevně neschůdné.

Role obcí

Za výše uvedené situace narůstá role obcí, zvláště větších obcí s rozšířenou pravomocí, které se mohou stát svorníkem různých forem péče a podpory a také přirozenou platformou pro ujasňování a koordinování přístupů a postojů různých aktérů. Například ve Švédsku se takto formulovaný Zákon o obcích stal v roce 1992 zásadním zlomem v řešení řady problémů. Tento zákon nastolil odpovědnost obcí za podporu lidí s ohroženou či ztracenou soběstačností včetně nastavení služeb lidem po propuštění z nemocnice, které bylo před tím obtížné (šlo o tzv. bedblockers, lidi blokující nemocniční lůžka, když již pominula zdravotní nezbytnost nemocničního ošetřování).

Nejde jen o to, co dnes zákony obcím ukládají a nařizují, ale především o to, co jim nezakazují, v čem mohou a mají rozvinout a převzít iniciativu, využít svou autoritu a společenskou vážnost, stát se v zájmu svých občanů tím, kdo rozhýbá stojaté vody. Obce také mohou na základě vlastních zkušeností, (ale i limitací, na které narazí – zvláště pokud se ukáží jako obecný problém) iniciovat potřebné společenské změny včetně legislativních a ekonomických (např. cestou rozpočtového určení daní). Obce to přitom dokážou snadněji a účinněji než jednotlivci či zájmová sdružení.

Pro začátek je důležité, aby obce

- přijaly osud a kvalitu života občanů se závažným zdravotním postižením (zvláště seniorů) za svou významnou zodpovědnost a prioritu, aby je nechápaly jako jakési „chovance státu“
- uvědomily si, že podpora těchto lidí není dosud nijak uceleně řešena, odborně „vědecky“ formulována, a že žádné ucelené řešení nemůže přijít shora s ohledem jak na mezirezortní bariéry, víceoborovost mnoha problémů či náhodně poskládané kompetence, tak na velké rozdíly v situaci a podmínkách jednotlivých obcí.

Pak je možné přistoupit k neformálnímu úsilí o zmapování místní situace a místních podmínek, o formulování toho, co chybí, čeho by bylo třeba dosáhnout, a posléze o vytvoření vlastního programu podle místních podmínek. Nejde a nesmí jít o byrokratickou agendu, nýbrž o zamyšlení nad dobrým sousedstvím, vstřícným prostředím univerzálního designu, nad chybějícími službami a postupy, které by zlepšily kvalitu života znevýhodněných lidí i jejich pečujícími rodin. Základem mohou a měly by být

„zdravý selský rozum“, žitá zkušenost a lidský zájem, doplněné v duchu participativního plánování expertními doporučeními a názory uživatelů na situaci – co chybí, co by jim pomohlo, co jim ztrpčuje život.

Zásadní obrat nemůže přinést kampaň spuštěná shora, valící na obce další úkoly, „papirování“, vynucující formální proklamace, neúčelná setkání, ustavování neefektivních komisí či rad a narážející na ekonomické limity i obranu, „to není v naší kompetenci“. Obrat může přinést jen vlastní rozhodnutí obcí, že „do toho půjdou“, jejich pochopení, že situace je vážná, že není a nebude nikým jiným řešena a že opravdu nejde o to, co ze zákona dělat musejí, ale o to, v čem všem jim zákon nebrání, co jim nezakazuje, co však dosud k obecně škodě leží ladem. Náměty, jak na to, přinášejí i mezinárodní projekty či zkušenosti Národní sítě zdravých měst ČR.

Participativní komunitní plánování

Metodickým nástrojem k vytváření obecních programů může být participativní komunitní plánování. Nezbytné je však pochopení, že komunitní plánování se pro tyto účely společenské platformy a ucelené podpory musí nutně změnit, že musí vykročit z ranku „sociálních služeb“. Jinak nejen že nepomůže řešit, ale naopak prohloubí ona „území nikoho“, negativní kompetenční konflikty, nepřivede k jednomu stolu všechny relevantní aktéry, nedokáže nalézt nejúčelnější, nejjednodušší řešení problémů. To, co ze stávajícího pojetí komunitního plánování zůstává inspirativní, jsou metodické postupy včetně úvodní (neformální a úsporné) analýzy situace s demografickým výhledem, včetně stanovení priorit a návazných kroků a včetně aktivně podporované účasti uživatelů chystaných změn, aby stanovení potřeb a priorit jim bylo účinně a účelně „ušito na míru“. Atmosféra takového plánování by měla vyjadřovat rozhodnutí „my občané se chceme o sebe vzájemně postarat v duchu dobrého sousedství a využití našich místních možností“ (včetně zapojení místních firem). Důležité je, aby komunitní plánování nepodporovalo, ale naopak bořilo formalismus, byrokratickou zátěž, bariéry, neúčelné monopoly na zajišťování služeb v duchu de-sektorializace a de-profesionalizace. Různé běžné úkony lze právě tak provádět nepružně a draze na svazující standardizované rezortní úrovni profesionálními službami, jako pružně a levně v rámci sousedské výpomoci a komunitní vzájemnosti. Mnohdy jde opravdu o zmíněný přesmyk uvažování o tom, co zákon příkazuje (někdy dokonce uvažování, jak se tomu, co zákon nařizuje, vyhnout, jak zdůvodnit objektivní nemožnost či jen formálnost splnění) k tomu, co zákon nezakazuje k naplnění cílů komunitní vzájemnosti.

Metodologie seniorům přátelských měst dle WHO

Projekt Světové zdravotnické organizace „Globální síť seniorům přátelských měst a obcí“ (Global network of age-friendly cities and communities), na nějž navazuje i aktuální a z evropské reality účelněji vycházející projekt evropského prostředí přátelského seniorům, poskytuje ověřená metodická východiska.

Inovativní komunitní projekty by měly být střednědobé, v délce kolem 5 let, zahrnující fáze nejprve analýzy situace a plánování, pak realizace a v posledním roce vyhodnocení, evaluace s plánováním dalšího období. Zájem se obvykle soustředí na následující oblasti:

- veřejná prostranství a budovy – bezbariérové a podpůrné uspořádání
- doprava
- bydlení – včetně bytů zvláštního určení typu domů s pečovatelskou službou
- sociální participace
- respekt a sociální inkluze – atmosféra, odstranění věkové segregace
- občanská participace a zaměstnání
- komunikace a informace včetně ICT
- společenská podpora, sociální pomoc a zdravotnické služby – sociální, zdravotní a dlouhodobá podpora/péče.

Základním cílem by mělo být zásadní posílení sociální inkluze, nikoliv pouhé vylepšení prostředí.

Ucelenost společenské podpory

Ke slabinám stávajícího systému v ČR patří jeho nesystémovost, jeho roztržitost, neprovázanost, velmi často neznalost, neuvědomování si celého spektra služeb a činností, které by se mohly na ucelené podpoře konkrétního člověka podílet. Často je příčinou nadřazení úhradového mechanismu, takže je z úvah vyraženo vše, co do úhradového mechanismu nepatří, co jím nelze zajistit. Dochází tak k úhradově podmíněným bariérám, k úhradově podmíněné roztržitosti (sektorializaci). Čím jsou služby úhradově (účetně) čistší, oproštěné od všech nepovinných či jen sporných úkonů, čím jsou úspornější, tím je celý systém roztržitější, dřevější a impotentnější. Mnohdy finanční kontroly nezabrání šikovnému „tunelování“, pochválí účetnický purismus a sníží účinnost systému, kvalitu podpory a mnohdy i účelnost vynaložených prostředků. Zatímco člověk – klient zůstává za všech okolností ucelenou bytostí, jeho podpora se fragmentuje.

Úhradově roztržitému systému taxativně vyjmenovávaných a časově limitovaných úkonů je žádoucí vytvořit korektiv ideově koncipovaného systému. Proti tomu, co pouze a z čeho smí být uhrazeno, je třeba postavit, co by mělo a mohlo být danému člověku podpůrně poskytnuto. Srovnáním těchto dvou světů – stejně jako v právní či politické oblasti světa taxativního pozitivismu „paragrafů“ se světem smyslu a „ducha“ zákona či politiky – lze odhalit množinu onoho dnes nejen neposkytovaného, ale také nezvažovaného, nenabízeného, opomíjeného. Lze pak též hledat způsoby k začlenění těchto prvků do běžné praxe, především v konkrétních případech konkrétních lidí a konkrétních obcí, včetně úhradových mechanismů – veřejných, komerčních, sponzorských. Za mimořádně závažné považujeme, že dnes chybí nejen „peníze“, dobrá vůle, ochota, zájem, nejen metodika provádění, ale mnohdy též samotná znalost toho, co vůbec poskytovat lze, oč je možné usilovat, čeho lze využít.

Tento text proto není a nechce být manuálem k tomu, jak fungovat ve stávajícím systému, ve stávající realitě, není výčtem toho, co dnes obce musí a co nesmějí, ani radou, jak toto povinné zajišťovat či jak se lze něčemu nepříjemnému z toho vyhnout, jak se z některé zodpovědnosti vymanit, jak snížit náklady na uložení plnění. Text chce být návrhem toho, co mohou lidé (klienti) požadovat, co by jim dnes mohlo být nabídnuto, co lze k jejich podpoře využít. Cílem je pak zamyšlení nad tím, co z toho opravdu využít a jak toho dosáhnout – finančně, a především organizačně, metodicky. Pro mnohé čtenáře může být četba překvapením, co vše vlastně dnes v Česku zbytečně nefunguje, není zajištěno, jak moc je náš (ne)systém děravý, neúčelný, nebezpečný a zbytečně nekošatý.

Ostatně účinné účelnosti lze dosáhnout obecně spíše optimální uceleností, provázáním, zasíťováním, přesnější a rychlejší identifikací potřeb, než restriktivními úsporami – vždyť celek je vždy více než souhrn částí. Česku dnes v oblasti dlouhodobé podpory prakticky zcela chybí, koordinační case management včetně znalého poradenství s poskytnutím souhrnných informací o všem, čeho lze podpůrně využít, bez ohledu na rezortní vymezení, kompetence poskytovatelů či úhradový mechanismus. Lidem tak mnohdy nechybějí ani tak peníze či dobrá vůle, jako informace, znalosti jak postupovat – ani ne tak ve smyslu nárokovatelnosti, vymáhání toho, nač mají nárok, jako spíše podkladů, čeho všeho mohou využít, co vše a jak jim může pomoci.

Komunitní systém integrovaných podpůrných služeb

Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS) by měl být právě takovým uceleným souhrnem informací, znalostí, dovedností, aktérů a přístupů, které lze v dlouhodobé podpoře lidí se závažně ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností a jejich rodin využít, a také námětem pro koordinaci postupu.

Žádný občan nikdy nebude potřebovat současně všechny uvedené prvky. Mnohdy se rozhodne nevyužít (např. z důvodů finanční nákladnosti) ani všechny, které jsou u něho indikovány, anebo se nepodaří zajistit jejich reálnou dostupnost. Z hlediska obcí jistě nejde o zajišťování všech uvedených služeb a podpor, ani o zajištění jejich provozování či financování. Měl by však existovat ucelený přehled a obce by měly zajistit svým občanům přístup k němu, měly by se zabývat reálnou dostupností i vytvářením podmínek pro její postupné zlepšování – bez ohledu na úhradové mechanismy.

Prvky a přístupy systému integrovaných podpůrných služeb

Občan – klient

Základem systému musí být sám uživatel podpory – pokud možno jako aktivní subjekt, nikoliv pasivní objekt. Jde v zásadě o čtverou problematiku:

- **Respektování vůle klienta** – zajištění, aby si v rozsahu zúženém chorobou zachoval alespoň dílčí kontrolu nad děním (be in control), právo volby, autonomie (svěbytnost), aby se nestal zvěcnělým příjemcem, objektem péče, o jejímž rozsahu i způsobu poskytování zcela rozhodují jiní lidé, především sami poskytovatelé. Proto je třeba zabývat se mechanismem plánování služeb, aby šlo opravdu o plánování vycházející individualizovaně (neformálně) ze situace, přání a priorit daného člověka (person centered planning, PCP), nikoliv o schématickou aplikaci standardizované služby ve stylu „budte rád, že se o Vás staráme, víme nejlépe jak“. Metodologií PCP se zabývá např. Quip – Společnost pro změnu (www.kvalitavpraxi.cz).
- **Participativní komunitní plánování** – aktivní stimulování účasti klientů, jejich rodin, případně potenciálních budoucích uživatelů (např. seniorských sdružení) na rozvíjení služeb, podpory, bezbariérového prostředí v dané obci.
- **Zodpovědnost klienta** – od dětství budované vědomí, že je člověk zodpovědný **za vlastní osud** (byť v případě závažného postižení či znevýhodnění jen omezeně), za své chování, za svou úroveň, za to, co se s ním děje, za asertivitu i férovost komunikování se společností, se službami, s celým systémem, aby zbytečně nevyužíval či dokonce nezneužíval možnosti podpory a nepodílel se tak na neúčelnosti výdajů.
- Ve vztahu ke stáří jde také o vědomí jeho ovlivnitelnosti, o cílevědomou snahu **naplnit úspěšné stárnutí a aktivní stáří**, což souvisí s vědomím hodnoty života (i v jeho funkčně redukované podobě), s vůlí k zachování životní smysluplnosti, s naplněním „ontogenetického úkolu stáří“, kterým je zachování osobnostní integrity („stále jsem to já a žiji svůj život“), nepropadnutí beznaději a rezignovanému úpadku. Kromě vůle ke smyslu a „zachování tváře“ jde také o pokoru **umět přijmout narůstající množství podpory**, pomoci, případně i péče, „neprat se“ s ní, necítit se jí poníženo, je-li poskytována laskavě a důstojně, s respektem.

Pasivita i „fasovací“ mentalita klientů jsou závažným faktorem stagnace systému včetně komunitních služeb i nízké účelnosti využívání příspěvků na péči, jejich častého vyvádění mimo financování poskytovatelů péče.

Z hlediska obce jde především o rozvoj kultury služeb, které obec poskytuje, o neformálnost participativního plánování, které „vychovává“ k občanské zodpovědnosti, a o práci s klienty podpůrných služeb v rámci jejich dispenzarizace. Jde o to, aby se „někdo kompetentní“ (sociální pracovník, komunitní sestra) zabýval situací podporovaných lidí, jejich názory, spokojenosti se službami a náměty (zkušenostmi) jak dál, co chybí, co a jak je špatně, co vyžaduje změnu, a aby se s těmito informacemi prokazatelně pracovalo, aby lidé (dnes znechucení byrokratismem a formalismem) zjišťovali, že má smysl, aby své názory sdělovali, aby byli zodpovědní, participativní a korektní.

Současně jde o zajištění dostatku ucelených a snadno dostupných informací, co všechno, jakou podporu lze využít, oč a za jakých podmínek lze usilovat – tyto informace jsou dnes roztržité a lidé se často od různých institucí místo rady dozvídají „to nevím, to není v mé kompetenci a ani nevím, kdo by to mohl vědět, možná zkuste...“. K včasnému aktivnímu rozhodování jsou potřebné nejen hmotné prostředky, ale také informace, kompetence a vůle – motivace.

Bez zodpovědnosti klientů a jejich vůle ke smyslu, k aktivnímu životu to nepůjde.

Pečující rodina

Největší objem podpory a péče se odehrává neformálně v rámci rodiny, která je také v naprosté většině případů (přes existenci asociálních rodin a domácího násilí) nejúčinnějším obhájcem a protektorem znevýhodněných lidí a nejbezpečnějším prostředím. Je proto důležité, aby se pečující rodiny a laické pečování staly významnou součástí ucelené podpory a respektovaným partnerem služeb a pečujících profesí, jak také předpokládají projekty WHO. Zacvičení laiků v dílčích úkonech s odbornou supervizí násobí účinnost odborných intervencí. Pečující rodiny tak

- je třeba respektovat
- lze využít ke zvyšování účinnosti odborných služeb zvláště v domácím prostředí (zapojení rodin je však možné a důležité i v ústavní péči – systém řízených, edukovaných návštěv)
- vyžadují podporu podle zásady „pečujte o pečující rodiny, aby ony mohly pečovat o své závislé členy“ – převládá názor, že i z hlediska společenských nákladů je účelnější podporovat pečující rodiny než přejímat péči o nesoběstačné osoby – obce mohou být i v tomto ohledu zásadně prospěšné.

Podle zkušeností není pravdou, že se rodiny dnes nechtějí o své členy starat, že je převážně „odkládají“ do institucí a že dokonce tunelují jejich penze, příspěvky na péči a jiné prostředky. Ve skutečnosti jde o výjimky a o nebezpečně nepravdivou stereotypizaci. Mnohem častěji rodiny chtějí pečovat, ale nevědí jak a/nebo nemají reálné

možnosti. Často také pracují v úzkosti, na hranici fyzických sil a s pocitem nedostatečné podpory („nikdo mi nerozumí, nikdo mi neporadí, nikdo mi nechce pomoci“) – hrozí pak chyby a zkratová jednání z přetížení.

Podpora pečujícím rodinám může být různorodá:

- poradenství – mít možnost získat na jednom místě ucelené informace o službách, materiální (finanční) podpoře i různých podpůrných intervencích, např. bezbariérových úpravách bytu, kompenzačních či ošetřovatelských pomůckách apod. (SIPS),
- možnost neformálního řešení průběžných problémů, komplikací, potřeby pomoci se znalým (multirezortně znalým) kompetentním odborníkem z praxe (nikoliv s úředníkem),
- partnerská vstřícnost ze strany odborníků a profesionálních poskytovatelů péče včetně zdravotnických zařízení se zájmem o skloubení laické a odborné péče,
- pružná dostupnost respitních služeb podporujících skloubení péče o ošetřovatelsky náročného člověka s osobním a pracovním životem – např. dostupnost denních center (stacionářů), krátkodobých respitních ošetřovatelsko-sociálních pobytů po dobu pracovních či jiných povinností, dovolené, vlastního onemocnění apod.,
- společenské ocenění dlouhodobé rodinné péče,
- systémová změna legislativy na podporu ošetřování člena rodiny v rámci dlouhodobé péče (zápočet pro důchodové zabezpečení, krátkodobá pracovní neschopnost na ošetřování člena rodiny s rozšířením okruhu oprávněných osob apod.) – obce se mohou stát vlivným podporovatelem těchto změn,
- péče o tělesné i duševní zdraví pečujících rodinného příslušníka včetně krizové intervence, intervence hrozícího syndromu vyhoření apod.

Sousedství, sousedské vztahy

Ukazuje se, že dobré sousedství, vysoký sociální potenciál komunity vzájemné vstřícnosti a neformální pomoci jsou významně stabilizující faktory z hlediska nejen subjektivního hodnocení zdraví a kvality života, ale také prodloužení života v komunitě, snížení a oddálení potřeby ústavní, respektive nemocniční péče (jak dlouhodobé, tak krátkodobé).

Dobré sousedství (jakkoliv je obtížně hodnotitelné a podporovatelné jen nepřímo úsilím o vstřícné mezilidské vztahy a vědomí vzájemné sounáležitosti) je významný prvek systému integrovaných podpůrných služeb v komunitě, a to ve vzájemném prolnutí s činností občanských spolků, církví a s dobrovolnictvím. Dobré sousedství usnadňuje každodenní život, zvyšuje pocit sociální podpory, navozuje jistotu kontaktu pro případ náhlé nouze, usnadňuje službu tísňové péče (viz), je závažnou složkou dispenzarizace (viz) a především depistáže (viz) lidí s ohroženou a klesající soběstačností. K projevům dobrého sousedství mohou patřit i konzultace sousedů s neformálním, vstřícným kontaktním místem

obce o tom, co lze učinit pro člověka s pravděpodobným rozvojem nesoběstačnosti, selhávajícího v běžném životě, s možným rozvojem self-neglect (zanedbávání sebe sama). Nejde o to takového člověka „bonznout“, požadovat, jak se dnes opakovaně děje, aby praktický lékař či obecní úřad zařídili jeho institucionalizaci, odvezení do ústavu. Jde o vzájemnou součinnost k nastavení či přenastavení podpory a služeb, které by umožnily pokračovat kvalitně v domácím životě i při zhoršení funkčního stavu.

Občanské spolky a iniciativy včetně církví

Sociální kapitál společenství a úroveň sousedství výrazným způsobem ovlivňují místní spolky, občanská sdružení, občanské iniciativy. Mnohé nasvědčuje tomu, že čím vyšší je úroveň spolkového života a občanské angažovanosti, tím vyšší je i míra vzájemnosti a vzájemně poskytované podpory a pomoci – lidé „někam patří“, nejsou si cizí.

Spolkový život vlastně vytváří mezistupeň mezi naprostou spontaneitou bezprostředního sousedství a organizovaným dobrovolnictvím. V podpoře především svých vlastních členů, ale také v participativním komunitním plánování, ve zlepšování bezbariérového prostředí obecné přístupnosti, v pořádání dobročinných akcí k získání prostředků pro finančně náročné řešení situace konkrétního člověka v domácím prostředí, v tom všem se mohou uplatnit jakékoliv spolky v dané obci. Největší význam mají nejen v Česku církevní organizace s tradicí, zkušenostmi, jasným hodnotovým systémem. Charita, dobrovolnictví, vzájemnost, vstřícnost, dobré sousedství se velmi často rozvíjejí „od kostela“ – v Česku jistě obdobně jako v Rakousku, Německu, Švýcarsku, Itálii či Velké Británii. Tomu ostatně odpovídají výzkumy veřejného mínění, podle kterých i v proklamovaně „ateistickém“ Česku sehrávají církve mimořádně významnou a pozitivní roli v řešení problémů, které souvisejí se stárnutím populace obecně, i problémů konkrétních starších lidí. Podle 62 % respondentů Eurobarometru při tom svou roli plní pozitivně (podle 18 % nedostatečně). Ještě lépe byly hodnoceny seniorské a obecně občanské iniciativy: 79 % pozitivně, jen podle 11 % respondentů nedostatečně. Naopak vláda sehrávala pozitivní roli jen podle 22 % a negativní podle 68 % odpovědí, u regionálních a místních úřadů byl výsledek 48 % pozitivní versus 42 % negativní (Eurobarometr 2011). Jde o závažný argument pro cílevědomý rozvoj občanské společnosti, pro aktivní podporu spolků v obecním životě i pro jejich zapojování do konkrétní podpory znevýhodněných občanů a jejich rodin. Současně jde o závažný podnět k zamyšlení nad tím, jak dnes obce a kraje dostávají představám a potřebám svých občanů – výsledek Eurobarometru z roku 2011 není lichotivý, naopak je varovný z hlediska odcizení obcí a občanů!

Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je považováno za „mazadlo“ občanské společnosti, je přirozenou součástí sociálního kapitálu společnosti, dobrého sousedství (a z určitého aspektu jeho nejvyšším projevem). Zatímco z hlediska institucí jde o smluvně formalizované vstupy dobrovolnických organizací, v obcích jsou nejvíce a neúčelněji

rozvinuty různé formy vzájemné sousedské a přátelské podpory a pomoci, které lidé v nich zapojení mnohdy ani nechápou jako „dobrovolnictví“, nýbrž jako samozřejmé projevy prosté lidské slušnosti a vzájemnosti.

Z hlediska organizovanějších forem může jít na úrovni obcí např. o zprostředkování společenství či jen přátelských konverzací s osamělými lidmi, o organizování dobrovolné účasti na bezbariérových úpravách veřejných prostor, o pružnou akutní pomoc znevýhodněným lidem při calamitních situacích či o formalizovanou spolupráci s profesionálními poskytovateli především pečovatelské terénní služby.

Lze odhadnout, že v menších obcích a odlehlých oblastech je pro částečně formální, obcí iniciovanou, zprostředkovávanou a supervizovanou dobrovolnickou podporu a pomoc (především pružně krátkodobou, ale někdy též dlouhodobou) více příležitostí a potřeb než ve městech a velkých obcích s velkou kapacitou profesionálních služeb a s krátkými vzdálenostmi.

Možná by bylo v Česku žádoucí častěji na obecní úrovni „zvednout telefon“ a zprostředkovat pružnou a spolehlivě zodpovědnou sousedskou výpomoc – tak, jak se děje v zemích s rozvinutějšími občanskými a sousedskými vztahy.

Místní firmy a jejich sociální odpovědnost

V Česku se zakořenila absurdní bariéra mezi světem „děbelsky nemilosrdně zlého“ podnikání a světem „andělsky charitativních“ neziskových organizací. Jde o nebezpečnou sektorizaci, kterou je naléhavě potřebné překonat, neboť slovy Jiřího Wolkera, „svět je jak srdce kulatý a je-li ve dví rozřátý, umírá“. Stejně oprávněně jako mnohdy neziskové organizace vytykají těm profitním nadměrnou ziskovost, může jim být naopak vytykána neúčelnost, dokonce chybějící evaluace efektu jejich činnosti – dobrý úmysl jistě nemůže být vše. Spolupráce v rámci SIPS by mohla přispět k tolik potřebnému zvýšení sociálního potenciálu české společnosti posílením vzájemné důvěry, spolupráce, sounáležitosti.

V souladu s mezinárodními zkušenostmi je potřebné i v Česku rozvíjet na místní a regionální úrovni prolnutí podnikatelského a neziskového sektoru do jednoho uceleného systému, do jednoho participativního plánování využívajícího místních zdrojů. S podnikatelským sektorem včetně regionální hospodářské komory lze konzultovat nejen sponzoring, ale také řadu dalších záležitostí: využití jejich kapacit, produktů (mimo rámec ovlivňování veřejných zakázek, výběrových řízení či tlaku zájmových lobby na způsob řešení obecních problémů a plánů), účelnost vynaložených prostředků.

V rámci společenské odpovědnosti firem (corporate social responsibility – CSR), dobrovolného integrování sociálních a ekologických hledisek do každodenních firemních operací a interakcí, by měly obce cílevědomě usilovat o zapojení i středních a malých místních firem, místních podnikatelů do participativního komunitního plánování při řešení nejen střednědobých a dlouhodobých rozvojových programů obce, ale i krátkodobých, každodenních problémů konkrétních lidí s omezenou či ztracenou soběstačností a jejich

rodin. Mělo by jít o využití spíše jejich zkušeností, kapacit, kreativity, zodpovědnosti a dobré vůle, než jejich peněz. Proto jde o víc než o anonymní filantropii – jde o vytvoření podmínek pro účelnou seberealizaci firem a podnikatelů v dobrém sousedství, v životě obce přátelské seniorům a znevýhodněným lidem.

Obce

Jak popsáno v úvodu, obce mají mohutný potenciál pro rozvojové programy, pro vytváření široce participativní dohodovací platformy i pro advokacii, protektivní ochranu znevýhodněných lidí, které mohou zaštitit proti různým institucím svou autoritou i svým know-how, mohou jim pomoci k právu, spravedlnosti a férovosti nejpružnější, nejrychlejší, nejúčinnější a nejpřirozenější ze všech mechanismů – pokud chtějí!

Z legislativního hlediska jsou obce základními územními samosprávnými společenstvími občanů,

o jejichž individuální potřeby mají ze zákona pečovat (Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích). Právě obce mohou být svorníkem negativních kompetenčních konfliktů, koordinátorem různorodých služeb, obhájcem práv a zájmů svých občanů, což stanoví zákon např. tím, že obce nemohou odmítnout opatrovnictví o osobu zbavenou soudem způsobilosti k právním úkonům.

Z hlediska sociálních služeb je obec jako součást státní správy povinna „zajišťovat základní standard (sortiment a kvalitu) sociálních služeb v rozsahu daném politikou státu, který na něj přispívá nebo jej kryje ze státního rozpočtu; k tomuto účelu lze koncipovat normativy vybavenosti územních celků sociálními službami, a to jak věcně (např. počet míst v domovech pro seniory na 1000 obyvatel), tak finančně“ (I. Tomeš).

Obce plní z hlediska státní správy a samosprávy tyto úkoly a činnosti:

- obce v samostatné působnosti:
 - ▶ zřizují především terénní služby, zejména pečovatelskou službu,
 - ▶ pokud zřizují rezidenční zařízení, jsou financována zčásti formou státní účelové dotace na lůžko, zčásti z rozpočtu obce, zčásti z úhrad klientů za služby,
- obecní (pověřené) úřady v přenesené působnosti:
 - ▶ rozhodují o dávkách hmotné nouze,
 - ▶ rozhodují o některých dávkách souvisejících se zdravotním postižením (příspěvek na úhradu bezbariérového bytu či příspěvek nevidomým),
 - ▶ zabezpečují sociální práci,
- obce s rozšířenou působností (obecní úřady vykonávají státní správu zhruba v rozsahu bývalých okresních úřadů a jejich role je klíčová, představují i páteř SIPS):

- ▶ rozhodují o přiznání příspěvku na péči včetně provedení sociálního šetření,
- ▶ zajišťují urgentní sociální služby, pokud by jejich okamžité neposkytnutí ohrozilo člověka na životě či zdraví,
- ▶ poskytují dávky hmotné nouze v určitých situacích, např. u osob bez příští, při ohrožení trestnou činností jiné osoby (domácí násilí),
- ▶ rozhodují o jednorázových příspěvcích na pořízení zvláštních pomůcek pro lidi se zdravotním postižením, na zakoupení či zvláštní úpravu motorového vozidla a jeho provoz, na úpravu bytu,
- ▶ rozhodují o příspěvku na individuální dopravu a přiznání mimořádných výhod těžce zdravotně postiženým občanům a vydávají průkazy mimořádných výhod.

I s vědomím toho všeho jsou však obce především společenství občanů přirozené lidské vzájemnosti a dobré vůle, kteří kolektivně rozhodují o dění ve svém sousedství, ve své komunitě.

Významnou úlohou obcí je přispívat k utváření konstruktivní atmosféry přátelské seniorům s důrazem na úspěšné stárnutí, aktivní stáří a na mezigenerační solidaritu „bezvěké“ společnosti.

Přístupnost, bezbariérové prostředí, univerzální design

Obce jsou zodpovědné též za naplňování Evropské koncepce přístupnosti, Evropské strategie k řešení disability (European Disability Strategy 2010–2020), obecně přátelského bezbariérového prostředí v duchu univerzálního designu. Iniciátorem a zdrojem příkladů dobré praxe je v Česku i v této oblasti Národní síť zdravých měst ČR (www.zdravamesta.cz, www.nszmcr.cz), vycházející z projektu Světové zdravotnické organizace „zdravá města“, zmíněného v úvodu.

Důležitým pojmem se stal univerzální design – vytváření prostředí a výrobků, které vyhovují všem lidem. Nejde jen o „výrobky a úpravy pro lidi zdravotně postižené“, ani „pro lidi staré“, nýbrž o prostředí přátelské všem. Bezbariérové úpravy prospívají lidem na vozíku či s nejistou a bolestivou chůzí o holi, stejně jako mladým sportovcům se zlomenou nohou, rodičům s kočárkem nebo turistům s těžkými zavazadly.

V roce 2003 byla zveřejněna a později několikrát aktualizována Evropská koncepce přístupnosti (European Concept of Accessibility), podle níž je podstatou „přístupnosti“ právo na život uprostřed společnosti bez diskriminačních prvků, s odstraňováním bariér v uměle vytvářeném prostředí. Koncepce vychází z principů univerzálního designu a vztahuje se na design staveb, infrastruktury – veřejných prostranství, stavebních a spotřebitelských výrobků. Jde o nástroj umožňující zajistit prostředí, které je vyhovující, bezbariérové, bezpečné a příjemné pro všechny – pro seniory, lidi s chronickým zdravotním postižením i s krátkodobou indispozicí, pro maminky s malými dětmi či kočárky i pro lidi přepravující těžká zavazadla. Koncept univerzálního designu neuznává dělení lidské populace na osoby zdravé a osoby s hendikepem. Přístupné prostředí je

především ohleduplné, zohledňuje rozmanitost uživatelů. Nikdo by neměl mít pocit, že jsou jeho potřeby opomíjeny. Dále je bezpečné (nepřijatelné jsou např. kluzké podlahy), neohrožuje zdraví, nezhoršuje zdravotní problémy těm, kteří trpí nemocemi či alergiemi, svým designem podporuje zdravé užívání prostoru a výrobků, je funkční, přehledné, srozumitelné, umožňuje snadnou orientaci. Všichni by měli pochopit a ztotožnit se s tím, že vytvářením prostředí pro lidskou různorodost pomáhají i sami sobě.

Všeobecný praktický lékař

Všeobecný praktický lékař pro dospělé je v konceptu dlouhodobé péče (LTC) i SIPS nejvýznamnější lékařskou odborností, hlavním lékařským aktérem. Je kompetenčně uznaným koordinátorem

primární péče a geriatrem první linie kontaktu. Kromě jiného:

- ▶ indikuje domácí péči (viz) hrazenou z prostředků všeobecného zdravotního pojištění a spolupracuje s příslušnou agenturou při jejím poskytování,
- ▶ indikuje pečovatelskou službu (viz),
- ▶ indikuje různé formy rehabilitace, respektive zajišťuje rehabilitaci indikovanou odborným lékařem, jejíž některé formy lze zajistit i cestou domácí péče,
- ▶ indikuje konziliární vyšetření lékařů jiných odborností (např. psychiatra, geriatra, centra bolesti),
- ▶ spolupracuje s mobilními (domácími) formami hospicových (paliativních) služeb,
- ▶ posuzuje zdravotní stav pro účely sociálních dávek, příspěvků na péči a práceschopnosti,
- ▶ potvrzuje žádosti o terénní i pobytové sociální služby,
- ▶ zajišťuje konzultace a poradenství pro rodinné příslušníky, např. o půjčování zdravotních pomůcek pro imobilní pacienty (polohovací postele, mobilní klozetová křesla apod.), poskytuje kontakty na domy pro seniory, pečovatelské domy, zařízení pro nemocné s demencí, na respitní zařízení,
- ▶ zná dlouhodobě klienty SIPS, jejich rodiny, sociální zázemí i nároky bydlení, je oprávněn iniciovat úpravy domácího prostředí v zájmu bezpečnosti a navrhovat zavedení různých služeb, je schopen identifikovat případy nevhodného zacházení, domácího násilí, zneužívání, zanedbávání péče i zanedbávání sebe sama (selfneglect).

Současně se praktický lékař tradičně těší u laické veřejnosti i různých institucí přirozené autoritě a největší vážnosti ze všech aktérů SIPS.

Praktický lékař by měl být vždy chápán jako velmi významný člen týmového case managementu, posuzující daného člověka a nastavující služby podle jeho přání, potřeb a prognóz (person centered planning, PCP). Obvykle však praktičtí lékaři nejsou schopni, popřípadě nemají zájem ani možnost být hlavním koordinátorem podpory, a dokonce ani poskytovat ucelené poradenství o SIPS a dlouhodobé péči, pokud přesahuje jejich nesporné odborné kompetence a znalosti. Správním zrušením územního (obvodního) systému zdravotní péče praktičtí lékaři ztratili podstatnou část kompetence pro plošnou

depistáž (vyhledávání) rizikových osob ohrožených nezabezpečeností, zanedbáváním sebe sama, ztrátou soběstačnosti, dekompenzací funkčního stavu, kalamitními situacemi (pády).

Přesto by obce měly důsledně usilovat o to, aby praktičtí lékaři působící v jejich lokalitě se neformálně podíleli na SIPS a jeho rozvoji, aby poskytovali obcím informace nikoliv o svých pacientech (pozor na prolamování důvěrnosti informací!), ale o nedostatcích v dostupnosti a kvalitě služeb bez ohledu na jejich rezortní příslušnost. Pro jednání s praktickými lékaři je také důležitá přiměřená kvalita a dostupnost lékařské péče v sociálních institucích včetně domovů pro seniory, případně v nově vytvářených ústavech tzv. dlouhodobé péče, provozovaných na území obce jako součást jejího komunitního prostoru, i když obec není jejich zřizovatelem.

Komunitní sestra

Zdá se, že zásadní by v SIPS mohla a měla být pozice dosud velmi málo využívané komunitní zdravotní sestry, a to jako zaměstnanec (orgánu) obecního úřadu, především v obcích s rozšířenou působností. Právě komunitní sestra (jako obdoba někdejšího historického úřadu městského lékaře, městského fyzika) by mohla být obci zodpovědná za přehled o úrovni, dostupnosti, ucelenosti SIPS, ucelené zdravotně sociální i další podpoře lidí s omezenou soběstačností ohrožených dlouhodobým či trvalým umístěním v ústavní péči, za vedení agendy, za přehled o klientech, depistáž (viz), dispenzarizaci (viz), za komplexní a kompletní poradenství.

Je třeba zdůraznit, že takto vymezená pozice komunitní sestry nesmí být zaměňována za zdravotní sestru pracující v agentuře domácí péče, ani za někdejší (před rokem 1990) tzv. geriatrickou sestru pro návštěvní službu u starých a dlouhodobě nemocných, jejichž úkolem je provádění ošetrovatelských úkonů v domácnostech, v terénu – i když je k nim kvalifikována (obdobně jako městský lékař, „fyzicus“ neprováděl z tohoto titulu léčebné úkony, i když jich byl schopen).

Z hlediska vzdělání a profesní katalogizace je komunitní sestra zdravotnický pracovník s vyšší kvalifikací, který může samostatně poskytovat, organizovat a metodicky řídit ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, může se podílet na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí. Komunitní sestra nejprve musí získat odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra, dnes v bakalářském studijním programu ošetrovatelství nebo studiem na vyšší odborné škole. Po získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu pokračuje ve specializačním vzdělávání v oboru komunitní sestra. Ten lze rovněž studovat přímo v magisterském studijním programu. Kromě ošetrovatelské práce především v agenturách domácí zdravotní péče se může stát v komunitě klíčovým aktérem depistáže, dispenzarizace, pasportizace, koordinace a poradenství v rámci dlouhodobé péče a SIPS! Kromě běžných činností všeobecné sestry je totiž oprávněna bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:

- komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce nebo skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče,
- koordinovat poskytování integrované péče,
- komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče (S. Čechová).

Soudíme, že obce by se měly cíleně zajímat o využití komunitní sestry jako zaměstnance obecního úřadu pro řízení a rozvoj SIPS, aby ucelenost této podpory nezůstala jako dosud bezprizorní. Platná legislativa jim to (zatím) neukládá, ale také jim to nezakazuje a lepší řešení zodpovědného, kvalifikovaného koordinátora, schopného na rozdíl od sociálního šetření pružně posoudit i zdravotní stav klienta, zřejmě neexistuje!

Depistáž a dispenzarizace klientů SIPS, poradenství a koordinace podpory

Depistáž je metoda (původně lékařská, uplatňovaná však i v sociální práci a dalších oblastech) aktivního vyhledávání lidí zvýšeně ohrožených určitou chorobou či určitým chorobným stavem nebo lidí v časném nenápadném stádiu těchto chorob. V našem případě jde o vyhledávání lidí výrazně omezených v realizaci svých rozhodnutí a v zajišťování svých potřeb, s výrazně ohroženou soběstačností, s vysokým rizikem náhlé dekompenzace funkčního stavu se vznikem nezabezpečení a s akutní potřebou zdravotní, sociální či jiné intervence. Rizikové jsou především lidé na nízké úrovni potenciálu zdraví s geriatrickou křehkostí (kriticky nízkou mírou zdatnosti, odolnosti adaptability), osamělí lidé s kognitivní poruchou či v pokročilém stáří (orientačně nad 85 let), takoví lidé žijící jen v manželské dvojici se stejně starým či funkčně nezdatným partnerem, lidé s projevy self-neglect, zanedbávání sebe sama (viz).

Aby byla terénní práce účelná, musí na depistáž navázat **dispenzarizace** – aktivní práce s vytipovanými rizikovými lidmi. Jde o jejich periodické návštěvy, nabídku podpůrných služeb, zdravotní péče, sociální pomoci, o aktivní návštěvy a intervence v období kalamit (vlny veder či mrazů, povodně, chřipkové epidemie), kdy právě mezi těmito křehkými lidmi s nízkou odolností i adaptabilitou je nejvyšší výskyt komplikací včetně úmrtí.

Depistáž mohou provádět plošně v daném území zvláště komunitní sestry (viz), sociální pracovníci, v rozsahu registrovaných pacientů všeobecní praktičtí lékaři. Agendu dispenzarizace mohou vést komunitní sestry, méně vhodně sociální pracovníci. Zapojení do dispenzarizace křehkých lidí s omezenou soběstačností mohou být i příslušníci různých profesí, kteří mají své stálé „rajóny“ – např. městští strážníci (policisté) či poštovní doručovatelé; zvláště za uvedených kalamit mohou v rámci svých pochůzek aktivně kontrolovat vytipované lidi, upozornit kontaktní osobu na městském úřadu na změnu jejich chování či na podezřelé okolnosti (např. neodebrané noviny ve schránce na dopisy).

Pro účelnost, ucelenost a účinnost podpory je u každého jednotlivce velmi důležitá její koordinovanost, včasnost, její individuální „ušití na míru“ – hovoří se o case managementu.

Koordinaci podpory může nejlépe provádět komunitní zdravotně sociální pracovník,

nejspíše komunitní sestra, ve spolupráci s registrujícím praktickým lékařem daného člověka. Úroveň znalostí o rozsahu ucelené podpory předurčuje kvalifikaci koordinátora také k poskytování kvalitního **poradenství** pro všechny zájemce o SIPS, pro samotné klienty a ještě častěji pro pečující rodiny, aby se dozvěděli, co přichází při jejich postižení do úvahy jako podpora souhrnně z různých rezortů, čeho lze využít a jak postupovat...

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní distanční sociální služba, jejímž základním cílem je snížit zdravotní a sociální rizika starých nebo zdravotně postižených lidí a umožnit jim žít v jejich vlastním sociálním prostředí. Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) kodifikuje v § 41 typologii této služby následovně:

- Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.
- Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - ▶ poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
 - ▶ sociální poradenství,
 - ▶ sociálně terapeutické činnosti,
 - ▶ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - ▶ pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Jde o nezastupitelnou terénní sociální službu, která patří do čtveřice základních terénních služeb (tři sociální, jedna zdravotní), které dokáží křehké seniory či lidi se zdravotním postižením udržet co nejdéle ve vlastním domově, v přirozeném prostředí, na které jsou zvyklí. Těmito službami jsou:

- domácí ošetrovatelská péče (home care),
- pečovatelská služba,
- osobní asistence,
- tísňová péče.

Tísňová péče pomáhá řešit velký problém mnoha osamělých seniorů a zdravotně postižených lidí – obavu z nemožnosti dovolat se pomoci, pokud ji budou akutně potřebovat, přičemž k nejobávanějším náhlým indispozicím patří pády. Jindy se o osaměle žijícího člověka obává jeho rodina. Mnohdy se posléze zdá jediným řešením pobyt v ústavu, i když hlavním přáním je žít ve vlastním domově – ovšem s „jistotou kontaktu“.

Poskytovatel tísňové péče zabezpečuje v krizové situaci okamžitou odbornou pomoc, kterou si uživatel přivolá pouhým stisknutím tísňového tlačítka. Pomoc je nepřetržitá 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Cíle tísňové péče:

- rychlá pomoc v akutních a urgentních situacích, jakými jsou např.
 - ▶ pády s nemožností postavení,
 - ▶ náhlé srdeční příhody a jiné zdravotní indispozice,
 - ▶ úrazy,
 - ▶ psychické a emoční krize,
 - ▶ domácí násilí,
 - ▶ technické nehody, které nedokáže klient rychle vyřešit,
 - ▶ jiná akutní ohrožení, zvláště kriminální – např. snaha cizí osoby o vniknutí do bytu;
 - ▶ snížení sociálních, zdravotních a bezpečnostních rizik, která křehkým a osamělým klientům hrozí;
 - ▶ zachování soběstačnosti a nezávislosti starších osob a zdravotně postižených lidí;
 - ▶ zajištění autonomie, maximální možné délky života ve vlastním sociálním prostředí při zdravotním postižení;
 - ▶ prolomení osamělosti, sociální izolace a vyloučenosti;
 - ▶ pomoc seniorům a zdravotně postiženým lidem při prosazování jejich práv a zájmů a zprostředkovávání jejich kontaktu s různými institucemi a organizacemi;
 - ▶ poskytování sociálního, zdravotního i obecného poradenství;
 - ▶ snížení počtu hospitalizací i pobytů ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů;
 - ▶ zkrácení doby hospitalizací;
 - ▶ snížení potřeby následné zdravotní péče v LDN a v ošetrovatelských zařízeních;
 - ▶ snížení potřeby umístění v ústavech sociální péče;
 - ▶ pomoc pečujícím rodinám – tzv. odlehčovací, respite péče.

Při poskytování tísňové péče je důležitá součinnost obcí. Jde především o příspěvek na zřízení stanice v bytě klienta. Systém může být napojen např. na pult centrální ochrany městské policie, vhodnější je však využití služeb některého z velkých poskytovatelů této služby – největším a nejzkušenějším je v ČR pražské občanské sdružení ŽIVOT 90 (www.zivot90.cz). Mimořádně prospěšná je tísňová péče v malých obcích a odlehlých oblastech. Její účelnost zvyšuje dobré sousedství umožňující v případě nouze využít pomoc blízkých sousedů.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je služba veřejná, která přesto, že její poskytovatelé mají různou právní subjektivitu, patří do struktury veřejné správy ČR. Jde o sociální službu určenou především pro seniory a zdravotně postižené občany, která se poskytuje podle podmínek a požadavků zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Všichni poskytovatelé pečovatelské služby v České republice musí být zaregistrováni v tzv. registru poskytovatelů sociálních služeb.

Pečovatelská služba je určena osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, a to zejména z důvodu dlouhodobě (předpoklad trvání minimálně 1 rok) zhoršeného zdravotního stavu, nebo krizové životní situace – např. úmrtí v rodině, odstěhování rodinných příslušníků z bydliště žadatele o službu, dočasné nepohyblivosti např. z důvodu zlomeniny, nebo návratu z dlouhodobé hospitalizace. Služba se poskytuje nejčastěji přímo v domácnostech uživatelů služby. Splňuje proto hlavní cíl sociálních služeb vůbec – umožnit uživatelům služby žít běžným způsobem života v přirozeném prostředí. K základním činnostem pečovatelské služby patří:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu – např. oblékání, přesuny v rámci bytu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu – např. pomoc při ranní či večerní hygieně včetně holení, pomoc při koupání/sprchování, příprava koupele,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy – např. dovoz oběda, pomoc při vaření či přípravě jídla, pomoc při podávání jídla, dohled nad podáváním jídla,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti – např. úklid bytu, donáška nákupu nebo doprovod při nákupu, vyřízení pochůzek (pošta, úřady), praní a žehlení prádla, ale i topení v kamnech či donáška vody,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – doprovod k lékaři, do zaměstnání, nebo na společenskou akci.
- Jednotlivé úkony pečovatelské služby taxativně vymezuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Co do obsahu jsou úkony pečovatelské služby téměř shodné s úkony osobní asistence. Hlavní rozdíl mezi oběma službami tkví v době poskytování – pečovatelská služba se poskytuje v určené době, osobní asistence je ze zákona nepřetržitá. Stává se, že lidé chybně zaměňují pečovatelskou službu s ošetrovatelskou nebo dokonce zdravotní péčí. Jakékoliv zdravotní úkony v domácnosti (včetně manipulace s léky) však smí vykonávat pouze domácí zdravotní péče (home care, kvalifikované zdravotní sestry), a to na základě indikace lékaře.
- Vyhláška stanovuje rovněž maximální úhrady za jednotlivé úkony, které uživatel služby hradí poskytovateli. Poskytovatelé si mohou sami určovat výši úhrad dle svých stanovených postupů, ale vždy v rámci stanovené maximální hranice, kterou uživatelům garantuje vyhláška. Poskytovatelé se liší také v časovém rozsahu, v němž své služby poskytují – záleží na zřizovateli a na finančních prostředcích. Některé pečovatelské služby fungují pouze v pracovní dny od 7.00 do 15.30, jiné mají nepřetržitý provoz. Pro klienty je pochopitelně žádoucí zajištění služeb, zvláště rozvozu jídla, nepřetržitě, tedy také o víkendech a svátcích. (K. Dušková, v Kalvach Z. et al. Křehký pacient a primární péče)
- Obce obvykle problematiku pečovatelské služby velmi dobře znají, s jejími poskytovateli jsou v průběžném kontaktu a často ji považují za podstatu komunitní podpory lidí se zdravotním postižením. Hrozí tak přecenění pečovatelské služby s redukcí potřeb klientů právě jen na rozsah jejích úkonů. Přes zásadní význam je však třeba pečovatelskou službu chápat „jen“ jako jednu část portfolia komunitní podpory, jako jednu z mnoha složek SIPS.

Domácí zdravotní péče

Domácí péče (DP, home care, HC) je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo, při propuštění z nemocnice ošetrojícího lékaře příslušného oddělení (nemocniční doporučení má platnost maximálně 14 dní). Poskytovateli jsou agentury domácí péče, jejichž seznam lze nalézt na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR.

Domácí péče představuje na bazální úrovni zdravotnického partnera sociální pečovatelské službě a právě prolnutím těchto dvou aktérů, respektive sloučením částí jejich kompetencí vzniká nízkonákladové jádro tzv. dlouhodobé péče (LTC) v její redukcionistické podobě.

Indikací k domácí péči je potřeba odborné pomoci druhé osoby, která může být poskytována v domácím prostředí – hospitalizace není nezbytná. Nárok na poskytování má každý občan ČR, jehož ošetrojící lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a sociálního prostředí rozhodne o její potřebnosti. Obvykle se v rámci úhrad zdravotních pojištěn poskytuje v rozsahu do 3 jednorázových návštěv denně.

Pro těžce zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti, ani další životní potřeby nebo kteří pro nepříznivý stav potřebují ošetření jinou osobou nebo další osobní péči, pokud jim ji nemohou poskytovat rodinní příslušníci, zajišťují orgány státní správy a samosprávy sociální péči v podobě pečovatelské služby. Ta se dle platných právních norem poskytuje na rozdíl od domácí zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu klientem, a to s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků.

Státní správa či samospráva využívá pro pečovatelskou službu registrované poskytovatele sociálních služeb, nebo vyčlení v rozpočtu příslušný objem finančních prostředků pro zařízení, která pečovatelskou službu zajistí smluvně. Patří k nim i agentury domácí péče, které pak po uzavření písemné dohody se státní správou či samosprávou poskytují komplexní (tzn. zdravotní i sociální) péči klientům s těžkým zdravotním postižením. Sociální potřebnost klienta stanoví sociální pracovník, který také určí, v jakém rozsahu se bude PS poskytovat a uvede spoluúčast klienta na úhradě. Úkony zabezpečující nezbytné životní potřeby sociálně potřebných klientů, např. celková koupel včetně mytí vlasů, se poskytují bezplatně, tedy bez spoluúčasti klienta na úhradě. V rámci domácí péče se u sociálně potřebných klientů nejčastěji provádějí následující úkony PS: jednoduché ošetrovatelské úkony, ošetření nohou – pedikúra, masáž, zástřih a úprava vlasů, dopomoc při oblékání, při přesunu na vozík, WC, lůžko, donáška léků, jídla a pití, příprava a uvaření snídaně, svačiny, oběda, večeře, dopomoc při podávání jídla a pití, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, praní, žehlení a drobné opravy prádla, doprovod na vyšetření, nákupy, nutné pochůzky (B. Misconiová v Kalvach Z. et al. Křehký pacient a primární péče).

Osobní asistence

Osobní asistence je sociální služba uvedená v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, pod § 39. Její definice zní: „Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje“.

Služba osobní asistence je součástí ucelené podpory lidí se závažným zdravotním postižením k sociální inkluzi. Oproti domácí péči i pečovatelské službě se poskytuje bez časového omezení, mnohdy v převážné části dne, což ovšem na uživatele klade značné úhradové náklady. Bez služby osobní asistence by ovšem uživatel v mnoha případech musel žít trvale v ústavním zařízení, kde by o něj bylo pečováno. Úsilí poskytovatelů osobní asistence směřuje k tomu, aby se služba stala účinným prostředkem k plnohodnotnému životu člověka se závažným postižením, aby mu zajišťovala dobrý životní standard, možnost žít doma ve vlastní domácnosti způsobem, který se blíží běžnému standardu. I člověk s těžkým postižením tak může studovat, pracovat, uplatňovat své schopnosti.

Osobní asistent vykonává pro uživatele ty činnosti (nebo mu s nimi pomáhá), které by si uživatel dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo jeho zdravotní postižení. Služby osobní asistence se poskytují bez omezení místem i časem, tj. doma i mimo domov, přes den i v noci, o víkendech – vše dle aktuální potřeby klienta. Jde zejména o jeho sociální podporu. Osobní asistent je klientovi partnerem, neboť jejich vzájemný vztah je velmi osobní, dlouhodobý a zasahuje do intimní oblasti života (hygiena, toaleta, apod.). Lze říci, že ze všech 4 základních podpůrných služeb, schopných zachovat člověka se závažným zdravotním postižením autonomní život v přirozeném domácím prostředí (domácí péče, pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče) je osobní asistence službou a vztahem nejpřátelštějším a nejosobnějším. Může být

- neřízená (sebeurčující) – asistenci si plně volí a řídí sám klient,
- řízená – asistenci poskytuje a nastavuje svými spolupracovníky vysílající organizace, tedy poskytovatel služeb osobní asistence; řízená asistence vyžaduje obvykle odbornou přípravu asistentů a poskytuje se hlavně osobám se smyslovým (sluchovým, zrakovým), mentálním nebo psychickým postižením, tedy s výrazným omezením orientace a rozhodovacích schopností – u smyslového postižení záleží na míře adaptace.

Osobní asistent pomáhá osobě s postižením naplňovat především dva okruhy základních životních potřeb:

- biologické – jídlo, pití, spánek, toaleta, hygiena, úprava prostředí, polohování, pohyb apod.,
- kulturní – vzdělání, zaměstnání, kultura (kino, divadlo, knihy, hudba, internet), nakupování, procházky, styk s lidmi, úřady, doprovod k lékaři apod.; pokud si uživatel vysloveně přeje osobního asistenta a je ochoten si ho zaplatit, tak teoreticky nic nebrání, aby asistent byl s uživatelem i v nemocnici – i když někde jsou

rádi, že jim asistent pomůže, jinde zase nechtějí (podobně jako v případě dobrovolníků), aby někdo zasahoval do režimu hospitalizace; nezbytná je dohoda uživatele s asistentem i se zdravotnickým zařízením.

Služba osobní asistence je určena především těm občanům s postižením, kteří jsou dostatečně silní a trpělívi, aby něco pro sebe udělali, něco dokázali. Uživatelem by neměl být člověk, který chce pomoc pouze pasivně přijímat (být opečován) bez vlastní snahy o dosažení maximální možné soběstačnosti, samostatnosti, svébytnosti. Osobní asistence nenahrazuje domácí péči ani pečovatelskou službu, je především podporou k seberealizaci a vyžaduje vůli ke smyslu. Proto je častější u mladších osob včetně dětí, jimž často umožňuje absolvovat školní docházku obvyklým způsobem (Z. Pěchotová v Kalvach Z. et al. Křehký pacient a primární péče).

Sociální práce

Sociální práce patří ke klíčovým prvkům dlouhodobé péče, SIPS a zvládání nesoběstačnosti. Sociální pracovníci provádějí sociální šetření, zajišťují agendu sociální pomoci, poskytují sociální poradenství, mají však obvykle jen dílčí informace o zdravotnické problematice. Významná je role sociálních pracovníků pro zkvalitňování života klientů, pro jeho animaci. Sociální pracovníci působí především

- na sociálních odborech úřadů,
- ve zdravotnických i sociálních ústavech,
- přímo v terénu – obvykle však nikoliv s agendou lidí s dlouhodobě omezenou či ztracenou soběstačností, pokud nejde současně o lidi bez přístřeší či jinak extrémně sociálně vyloučené.

Obce mají vesměs dobře zvládnutou agendu sociální pomoci, byť často byrokratickým způsobem. Problémem však bývá přímá práce v terénu a v případě zdravotně sociální dlouhodobé péče (ne)propojenost a tím i zásadní nepochopení a nepodpoření potřebných lidí a jejich rodin. Ostatně věcný záměr zákona o dlouhodobé péči reflektoval tento problém představou o vytváření multioborových komunitních týmů tvořených vždy zdravotní sestrou (komunitní sestrou) a sociálním pracovníkem.

Velmi závažným problémem pro sociální práci se může stát právě na komunitní úrovni azylové bydlení nemajetných starých lidí neschopných nadále hradit pobyt v určitém typu nákladných pobytových zařízení či v dosavadním nájemním bytě.

Ucelená rehabilitace

Ucelená (komplexní) rehabilitace usiluje o dosažení co nejvyšší možné nezávislosti lidí, jejichž zdravotní a funkční stav byl v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady různou měrou dlouhodobě omezen. Jde o vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož

základním smyslem je minimalizace přímých i nepřímých důsledků dlouhodobého (případně trvalého) zdravotního postižení s cílem optimálního začlenění člověka do společnosti.

Rehabilitace se schematicky skládá z následujících složek:

- sociální rehabilitace
- pedagogická rehabilitace
- pracovní rehabilitace
- léčebná (medicínská) rehabilitace
 - ▶ fyzioterapie
 - ▶ ergoterapie
 - ▶ kognitivní rehabilitace – rehabilitace duševních schopností např. po úrazech hlavy či cévních mozkových příhodách
 - ▶ balneoterapie – lázeňská léčba
 - ▶ fyzikální terapie – aplikace tepla, chladu, elektřiny, magnetického pole, ultrazvuku.

Z hlediska dlouhodobé podpory v rámci SIPS jsou nejvýznamnějšími rehabilitačními prvky fyzioterapie a ergoterapie.

Fyzioterapie se zabývá především (zjednodušeně řečeno) obnovou funkce poškozených struktur – např. obnovou hybnosti ochrnuté končetiny, obnovou pohybového stereotypu, odstraněním bolestivých stavů pohybového aparátu, především páteře.

Ergoterapie se zabývá především zlepšením funkční zdatnosti organismu, obnovením soběstačnosti náhradou funkce poškozených struktur – např. nácvikem využití kompenzačních pomůcek, nácvikem chůze s oporou, ale také bezbariérovou úpravou prostředí. Jinými slovy ergoterapie je zdravotnický obor zabývající se diagnostikou a terapií funkčních schopností v oblasti aktivit a participace osob s disabilitou. Jde hlavně o soběstačnost v běžných denních činnostech (ADL – activities of daily living), diagnostiku a terapii horních končetin, předpracovní rehabilitaci, trénink kognitivních funkcí, výběr vhodných kompenzačních pomůcek, návrh bezbariérových úprav v bytě a další činnosti, které vedou ke zlepšení soběstačnosti i motivace pacienta

Rehabilitační obnova funkce je nadřazena pečování o funkčně závislé! Proto by obce měly věnovat pozornost dostupnosti účinné fyzioterapie a ergoterapie s vědomím, že návaznost a ucelenost rehabilitace, včetně kvalitní fyzioterapie a ergoterapie, patří stále k závažným slabinám českého zdravotnictví. Důsledkem je zbytečné konzervování bolestivých stavů i funkčních deficitů, mnohdy se zbytečným umístěním v ústavech dlouhodobé péče.

Obdobně negativní je (ne)dostupnost ergoterapeutického poradenství o bezbariérových úpravách domácího prostředí např. pro život lidí s ochrnutím po cévních mozkových příhodách. Málokdo z laiků ví, jak lze upravit koupelnu, jak snížit riziko pádů, jakých pomůcek lze využít. Obvykle to v plném rozsahu nevědí ani praktičtí lékaři o agenturách domácí péče či sociálních pracovnících nehovoře. Pacienti a jejich rodiny zůstávají většinou bez potřebných informací.

Komunitní podpora lidí s duševní poruchou

(využit text O. Pěče v Kalvach Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*)

Komunitní podpora osob s duševní poruchou zahrnuje celý soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být uspokojovány jejich zdravotní, psychické i sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi.

Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity. Ti jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, které však určuje pozměněnou roli.

Komunitní forma péče o duševně nemocné představuje od poloviny 20. století převládající trend v řadě vyspělých zemí. Je spojena s deinstitucionalizací, úsilím sledujícím redukcí velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnu právě ve služby komunitní. Hlavním nástrojem je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou oblastí, ve které působí. Zřizují se také služby, které slouží jako alternativa k hospitalizaci: asertivní komunitní léčba, výjezdové týmy krizové intervence, krizová centra a respitní domy, denní stacionáře, různé formy komunitních rezidenčních (pobytových) služeb a služeb pracovní či sociální rehabilitace odlišených podle míry podpory profesionálů a integrace v komunitě.

V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni:

- praktičtí lékaři,
- specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy,
- psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic,
- krizové služby a denní stacionáře,
- rezidenční (pobytové) služby v komunitě,
- služby psychiatrické rehabilitace.

Obce by se měly aktivně připravit na psychiatrickou de-institucionalizaci, neboť může hrozit velmi nežádoucí omezování psychiatrických lůžek bez přípravy komunitní podpory. Obce by se proto měly aktivně zapojit do rozvoje komunitních psychiatrických služeb a zajímat se také o reálnou dostupnost konziliárních psychiatrických vyšetření zvláště u geriatrických pacientů s kognitivní poruchou, se syndromem demence a s tím souvisejícími problémy včetně poruch chování.

Bydlení lidí s omezenou soběstačností.

Kvalitní bydlení je jedna z klíčových potřeb lidí se závažným zdravotním postižením a omezením soběstačnosti. Jde o víc než o přístřeší – důležité jsou bezpečnost, podpora soběstačnosti, sociální začleněnost i dobré, podpůrné sousedství. Pokud nároky na kvalitní bydlení, především bezbariérovost nesplňuje stávající příbytek daného člověka a není nutná komplexní péče v pobytovému zařízení, lze využít:

- Státní příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu – nejlépe po konzultaci s ergoterapeutem o účelnosti a účinnosti zamýšlených úprav,
- Chráněné bydlení, což je dlouhodobá pobytová sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, především duševním, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuální nebo skupinovou a může využívat podporu osobního asistenta. Služba poskytuje za úplatu stravu nebo pomoc při jejím zajištění, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.
- Byty zvláštního určení, které jsou významným nástrojem podpory ze strany obcí, respektive městských částí, neboť jde o byty obecní (ve vlastnictví obce). Jejich pronájem nespadá do sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. O přidělení bytu rozhoduje sama obec podle předem stanovených kritérií a následně uzavírá s žadatelem běžnou nájemní smlouvu, pro niž nejsou stanovena žádná speciální pravidla; řídí se obecnou úpravou nájmu bytu podle občanského zákoníku. Byty jsou určeny především lidem ve starobním či plném invalidním důchodu, kteří nepotřebují komplexní ústavní péči, neboť ve vhodných (bezbariérových) podmínkách jsou schopni vést dlouhodobě v podstatě nezávislý život. Jde o 2 typy bytů
 - ▶ byty v domech s pečovatelskou službou, u nichž se předpokládá, že jejich obyvatelům bude poskytována sociální služba podle § 40 zákona o sociálních službách, tedy pečovatelská služba, a to na základě smlouvy uzavřené mezi konkrétním uživatelem a poskytovatelem sociální služby,
 - ▶ byty bezbariérové v běžné zástavbě.

Je žádoucí, aby se nabídka obecních bytů zvláštního určení, představujících účinnou podporu bez narušení autonomie i sociální inkluze, zvyšovala a odpovídala předpokladatelně stoupající poptávce ze strany nově stárnoucích početných ročníků „poválečných dětí“. Bydlení v bytech zvláštního určení podporované spektrem komunitních služeb je třeba nadřadit ústavnímu životu v pobytových zařízeních. V budoucnu by nikdo neměl odcházet do ústavu jen proto, že bydlí v náročném barierovém prostředí nebo že nemá jistotu kontaktu v případě náhle vzniklé nouze, např. pádu. Aby tomu tak opravdu bylo, to je plně v kompetenci obcí – vytvořením prostředí a zesílováním služeb.

Využití informačních, komunikačních i dalších vyspělých technologií včetně tísňové péče (viz) vytváří sofistikovanou možnost autonomního života podporovaného prostředím (ambient assisted living, AAL) včetně telekomunikace, dálkového monitorování

zdravotního stavu klienta, jeho pohybu, tělesných funkcí (krevní tlak, puls, saturace kyslíku, koncentrace krevního cukru), stavu lůžka (vlhkost) u nepohyblivých osob. Systémy dokáží signalizovat pád klienta či vniknutí cizí osoby do bytu, regulovat v bytě teplotu, řešit vypnutím únik plynu, přetékání vody, připálení stravy na elektrickém sporáku, dodržovat časový plán aplikace léků apod. Vždy však musí jít o vyváženou kombinaci vyspělé techniky s lidským kontaktem, se vstřícnou lidskou komunikací!

Denní stacionář

Denní stacionáře jsou cenná sociální služba především v rámci respitní podpory pečujících rodin. Zvláště lidé s velkým rizikem pádů či lidé s pokročilou kognitivní poruchou, se syndromem demence, s poruchou orientace a blouděním či s dysexekutivním syndromem – s poruchou dodržování denního režimu a přiměřeného řešení běžných situací, neschopní bezpečné samostatné sebeobsluhy doma, mohou být v čase (od rána do odpoledne), kdy je rodina v zaměstnání, zajištěni ve stacionáři poskytujícím bezpečnost – dohled, stravu, pomoc při hygieně, animační program (náplň dne nepovinnými řízenými aktivitami), kognitivní i pohybovou rehabilitaci, sociální kontakt s komunikací.

Pro činnost stacionáře jsou důležité prostorové podmínky – velikost i členitost, nejlépe s přístupem do zahrady, a „staromódní“ přátelskost vybavení nábytkem včetně několika lůžek ke krátkému odpočinku. Pravidla pro činnost zpracovala v rámci podpory lidí se syndromem demence např. Česká alzheimerovská společnost (www.alzheimer.cz).

Z hlediska obce je kromě jiného důležitá pomoc při získání vhodného objektu a také dotační podpora včetně příspěvku na dopravu, který umožňuje snížit na minimum či zcela odstranit úhrady klientů alespoň z území obce za dopravu do stacionáře a zpět – svoz klientů z blízkého, přirozeně „spádového“ komunitního okolí často zajišťuje vlastní dopravní prostředek stacionáře.

Ústavy sociální péče a propojování různých typů pobytu

Ústavy sociální péče, respektive zařízení pro pobytové služby sociální péče včetně domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (pro lidi s chronickým duševním onemocněním včetně různých forem demence) by měly být z hlediska obcí chápány jako součást komunitního prostoru, a to bez ohledu na to, zda obec jejich zřizovatelem je, či není. Jde o to, aby klienti ústavů žili v co nejpřirozenějším prostředí, nikoliv v „souostroví ústavů“, v jakémsi uzavřeném „státě ve státě“.

V rámci de-institucionalizace by mělo všech ústavů ubýtn, v rámci de-sektorializace by se zbylé ústavy měly otevřít do komunity, aby bylo možné vzájemně výhodné sdílení služeb i animování ústavního života komunitními aktivitami s destigmatizací obyvatel ústavů.

Z hlediska praktických zkušeností a v souladu se snahou o zesíťování služeb a jejich propojení kolem konkrétního člověka je velmi žádoucí, aby se vytvářela pobytová centra přirozené návaznosti, aby se předem řešil obávaný problém „kam budu muset jít, až se zhorším tak, že tady nebudu moci zůstat“. Vznik těchto center by měl překonávat bizarní, nesmyslné a kruté bariéry mezi rezorty zdravotní a sociální péče/podpory. Jde tedy o propojení

- penzionového bydlení (bytů zvláštního určení, domu s pečovatelskou službou) pro fázi vysoké, prakticky plné autonomie v bezbariérovém prostředí s podporou terénních služeb (pečovatelská služba, home care, tísňová péče),
- se sociálně ošetrovatelským pobytovým zařízením pro případ ztráty soběstačnosti a potřeby péče přesahující penzionové možnosti (ústav sociální péče – domov pro seniory),
- s možnostmi poskytovat zdravotní péči v zásadě na úrovni léčebny pro dlouhodobě nemocné (zdravotní pobyty, zdravotní péče nasmlouvaná zdravotními pojišťovnami, samostatný zdravotně ošetrovatelský segment pobytového centra), a tím též
- s podmínkami umožňujícími péči o lidi s pokročilým syndromem demence (oddělení se zvláštním režimem ve smyslu především dostatečně velkého prostoru pro nestísňeně klidný život s omezením možnosti tento prostor opustit),
- s možností v takovémto centru poskytovat klientům i kvalitní paliativní (hospicovou) péči při splnění kvalifikačních předpokladů personálu, který se může vysouvat do přirozené spádové oblasti jako hospic mobilní (domácí hospicová péče),
- v takovémto uceleném pobytovém/ošetrovatelském centru zpravidla vznikne přirozeně denní stacionář pro blízké okolí (i některé klienty penzionové části),
- možností je poskytování služeb okolní komunitě (stravování, vysunutí pečovatelské služby),
- pro okolí může vzniknout i centrum tísňové péče,
- nezbytností je od počátku propojení s lékařským zajištěním – v počátcích např. s ordinací praktického lékaře poskytnutou v prostoru „domu s pečovatelskou službou“ či navazujícího „domova pro seniory“, později při rozvoji centra pak s lékaři zajišťujícími režim zdravotních pobytů s odbornou internistickou, geriatrickou, paliativní kvalifikací,
- obvykle přirozeně „přeteče“ pro okolí i nabídka komunitních služeb rehabilitačních – fyzioterapie, ergoterapie, půjčovna kompenzačních a ošetrovatelských pomůcek.

Takováto ucelená centra, přirozeně propojující komunitní služby s ucelenými zdravotně sociálními pobytovými službami, představují svým způsobem naplnění představy o kvalitní, humanistické dlouhodobé péči/podpoře. Jde o „běh na dlouhou trať“, o postupně („modulovým způsobem“) budovaná centra, v jejichž výstavbě by někdy hlavním, vždy však významným aktérem měla být domovská obec či svazek obcí. Hlavním zakladatelským partnerem se ukazují být tradiční církve.

Myšlenkově je velmi důležité, aby tato centra byla vnímána jako součást komunitního prostoru, aby lidé v nich byli především občany, teprve pak klienty, aby cítili zájem

a „ochrannou ruku“ veřejné obecní kontroly. Je potřeba, aby se při vytváření nových center i při rozvíjení a vnímání starších ústavů vycházelo od autonomního bydlení s narůstajícím spektrem služeb, nikoliv na základě „ustavení ústavu se svým řádem“. Měla by to být důstojná ucelená **komunitní centra seniorského bydlení s podpůrnými službami** a maximálně podporovanou autonomií, de facto jako zvláštní forma deinstitucionalizace.

Geriatricie

Geriatricie je lékařský obor, který se zabývá zdravotní problematikou pokročilého stáří především křehkých geriatrických pacientů. Specializovaní lékaři-geriatrii mohou být cennou konziliární pomocí praktickým lékařům, kteří jsou tradičními „geriatri první linie kontaktu“.

Obce jistě nemohou zřizovat geriatrické ordinace, mohou však vést jednání se zdravotními pojišťovnami o jejich potřebnosti. Ještě významnější je zájem obcí o vstřícnost nemocnic, o potřeby a stav křehkých geriatrických pacientů, kteří jsou v nich ošetřováni, zájem o úroveň komunikace nemocnic s komunitními službami, a to jak na příjmových ambulancích, tak při propouštění z hospitalizace. Nemocnice totiž mnohdy nerespektují potřeby křehkých geriatrických pacientů, nenabízejí specifický geriatrický režim, takže mnohdy dochází přes zvládnutí dílčího medicínského problému ke zhoršení celkového stavu s rozvojem typických geriatrických komplikací (tzv. geriatrického hospitalismu) včetně rozvoje imobility se ztrátou soběstačnosti a překladem do následné lůžkové péče v zařízeních typu léčeben pro dlouhodobě nemocné (LDN), respektive nemocnic následné péče (NNP).

Zájem obcí by mohl zlepšit nemocniční prognózu křehkých geriatrických pacientů včetně případného soustředění ošetrovatelských, rehabilitačních a dalších kapacit na specializovaných geriatrických nemocničních odděleních.

Hospice a domácí paliativní péče

Součástí dlouhodobé péče a SIPS je a stále více bude také podpora umírajících lidí, kterou se zabývá tzv. hospicová (paliativní) péče. Ta se definuje jako komplexní (ucelená) péče o nemocné s neléčitelným onemocněním v pokročilém stádiu ohrožujícím život (tedy o umírající) a o jejich příbuzné. Je zaměřena na kvalitní tlumení celkového utrpení (tělesného, duševního, sociálního i spirituálního), především bolesti, úzkosti, dušnosti, beznaděje, a také na vytváření a animování (oživování) prostoru, ve kterém by umírající lidé mohli zůstat sami sebou až do konce života, na zkvalitnění zbývajících života, na komunikaci s blízkými lidmi.

Paliativní péči lze poskytovat v nemocnicích, ve specializovaných paliativních ambulancích, ale z hlediska obcí především ve dvou komunitních podobách:

- Hospice jsou lůžková zdravotně sociální zařízení specializovaná na poskytování hospicové péče, obvykle s 25–30 lůžky – jde tedy o zařízení malá, vesměs rozvíjená s komunitní podporou. Novodobé hospicové hnutí vzniklo v 60. letech 20. století ve Velké Británii (C. Saundersová) a první hospic v České republice byl založen po roce 1989 typicky komunitně v Červeném Kostelci.
- Mobilní (domácí) hospic, domácí paliativní (hospicová) péče – ta nejlépe vyhovuje preferovanému přání „zemřít doma“ a nejlépe umožňuje kontakt umírajícího člověka s jeho rodinou, což má velký význam oboustranně: ze strany rodiny jde o prožitek služby, splnění závazku, završení vztahu, prevenci pocitů osamělosti, viny či absence rozloučení. Doma je největší prostor pro smíření, vysvětlení, vyřčení toho, co by nemělo zůstat nepovězeno. Nejspíše doma mohou zaznít slova významná nejen pro umírajícího, ale též pro jeho blízké v jejich dalším životě: „Děkuji – odpusť – odpouštím – mám tě rád(a) – propouštím tě“. Hospicová péče se dnes může realizovat v domácím prostředí dvojím způsobem jako
 - ▶ péče poskytovaná agenturami domácí péče (home care, viz) ve spolupráci s praktickým lékařem,
 - ▶ mobilní hospic, ucelené multidisciplinární služby zahrnující i pravidelné vizity a akutní návštěvy lékaře specializovaného na paliativní problematiku; výhodou mobilního hospice jsou větší zkušenosti a tým i větší schopnost zvládat paliativní komplikace na sesterské i lékařské úrovni, týmová sebranost, dostupnost akutní lékařské návštěvy a intervence opakovaně během celých 24 hodin a po 7 dní v týdnu, což praktický lékař není obvykle schopen zajistit např. s ohledem na ordinační dobu a další pacienty – nezbyvá pak než čekání na lékařskou službu první pomoci nebo opakované přivolání rychlé záchranné pomoci s převozem do nemocnice, mnozí praktičtí lékaři také nemají s komplikovaným umíráním zkušenosti.

Mobilní hospice, z nichž největší a nejstarší je pražská Cesta domů (www.cestadomu.cz), obvykle fungují s výraznou komunitní podporou.

Psychoterapie a krizová intervence

Stáří je chápáno jako období závažných ztrát a stresů, k nimž patří např. ovdovění, osamělost, penzionování, pokles životní úrovně až chudoba, závažná onemocnění, zhoršení funkční zdatnosti, ohrožení či ztráta soběstačnosti, přestěhování, hrozba dlouhodobé ústavní péče. Současně se zhoršuje zdatnost, odolnost a adaptabilita i v oblasti psychické – postupně i menší stresy mohou vést k dekompenzaci psychického stavu.

I když tomu tak vesměs není, měla by být součástí SIPS možnost psychologické podpory či alespoň krizové intervence a při osamělosti zajištění komunikačního kontaktu. Odborná způsobilost k základní intervenci „tady a teď“ by měla být součástí profesní výbavy zvláště komunitních sester a terénních sociálních pracovníků.

Reedukace řeči může být závažnou pomocí u lidí po cévních mozkových příhodách. V současnosti je z této indikace v terénu jen zřídka dostupná.

Podpora lidí se specifickým zdravotním postižením

Součástí poradenství by mělo být zprostředkování kontaktů na služby pro lidi se specifickým postižením, zvláště zrakovým (např. Tyfloservis) či sluchovým.

Animace života ve stáří – volnočasové aktivity

Součástí cílevědomého úsilí při vytváření seniorům přátelského prostředí je nabídka volnočasových vzdělávacích, sociálních a pohybových aktivit. Zásadní roli při jejich rozvoji by měla sehrávat místní seniorská sdružení – již proto, že bez aktivního zájmu samotných seniorů o konkrétní činnosti hrozí nízká účelnost, nedostatečné využití investic. Zvláště významná je podpora pohybových aktivit, rekondičních programů jak kondičních, tak silových, případně rehabilitačně zaměřených např. na zlepšení stability. Dekondice, svalová slabost, nestabilita patří totiž k nejvýznamnějším a současně i k dobře ovlivnitelným složkám seniorské křehkosti, nezdatnosti a posléze nesoběstačnosti.

Animace života ve stáří – podpora sociální participace

Kromě volnočasových aktivit by měla být rozvíjena i sociální participace ve smyslu seberealizace a využití potenciálu starších lidí. Jde např. o podporu drobných podnikatelských záměrů, zvláště sezónních.

Jak rozumět vybraným zdravotně sociálním jevům významným pro komunitní přístupy

Zdravotní problémy pokročilého stáří – geriatrická křehkost

Čistě medicínským problémem jsou určité věkem podmíněné choroby a zvláště zvláštnosti chorob, jejich klinického obrazu, diagnostikování a léčení ve stáří. Je důležité, aby medicína byla přiměřeně geriatricky vzdělaná a vstřícná, aby dobře geriatrické zvláštnosti chápala a řešila. To však překračuje problematiku komunitních přístupů. Pro ně je naopak velmi důležitý fakt, že k nejzávažnějším zdravotním problémům pokročilého stáří a k nejčastějším příčinám disability, funkčních deficitů, nesoběstačnosti ve stáří patří tzv. geriatrická křehkost (frailty), nízká úroveň zdraví ve smyslu zdatnosti, odolnosti a adaptability. Jde o multikauzální jev s různým spektrem příčin u různých lidí – některé patří do péče lékařů, řešení jiných je součástí racionální životosprávy (výživa, přiměřený pohyb), další potřebují psychosociální intervenci např. rezignace, ztráty smyslu a motivace, osamělosti, často jde o podporu k soběstačnosti (viz).

Soběstačnost

Soběstačnost je schopnost uspokojovat v daném prostředí běžné, obvyklé potřeby, zvládat obvyklé aktivity. Jde o pojem relativní, který má vždy tři složky – funkční zdatnost organismu, vůli, motivaci člověka a nároky prostředí. Proto i ohrožení či ztrátu soběstačnosti lze napravit trojím způsobem:

- zlepšením funkčního stavu organismu – léčení, rehabilitace,
- snížením funkčních nároků prostředí – bezbariérové uspořádání, zlepšení dostupnosti klíčových služeb a aktivit,
- podporou vůle a motivace člověka.

Z komunitního hlediska je významné, že zachování, posílení či obnova soběstačnosti mají přednost před zabezpečováním nesoběstačného člověka – „péče o neschopné neučiní z neschopných schopné“ (M. Cháb). Bezbariérové prostředí, univerzální design, realizování koncepce přístupnosti jsou hlavními řešeními i hlavní prevencí nesoběstačnosti.

Pády

Pády a strach z pádů jsou typickým a závažným problémem křehkých seniorů. Hrozí závažná poranění (např. obávané zlomeniny horní části stehenní kosti) i umístění v ústavní péči. Příčiny pádů jsou různorodé a v mnoha případech jsou neodstranitelné – strategie řešení by v těchto případech měla zahrnovat tyto aspekty:

- přednost má komunitní řešení – podpora v domácím prostředí před umístěním v ústavu,
- bezbariérové prostředí obecně v obci i konkrétně v bytě daného člověka (odstranění prahů, koberce od zdi ke zdi místo smekavých koberečků či kluzkých povrchů, bezbariérová úprava koupelny s madly a sprchovým koutem se sedačkou místo vany, kvalitní osvětlení),
- používání opěrných pomůcek (hole, chodítka),
- napojení tísňové péče pro případ pádu s nemožností vstát.

Zanedbávání sebe sama a syndrom hromadění

Zanedbávání sebe sama (self-neglect) je závažný zdravotně sociální problém, který se řeší na komunitní úrovni a obvykle výrazně zneklidňuje okolí. Jde o situaci, kdy zvláště osaměle žijící starší lidé zneklidňují své okolí nízkou úrovní či nově vzniklým úpadkem úrovně svého vzhledu, chování, stravování, příbytku či dodržování hygieny. U této situace je třeba rozlišit především:

- asociální životní způsob např. zestárých alkoholiků bez přístřeší,
- projev chudoby – řešení může nabídnout sociální pracovník (sociální pomoc),
- projev choroby (jak léčitelné – např. deprese, tak neléčitelné – např. Alzheimerova nemoc, demence) – řešení může v některých případech nabídnout lékař (farmakoterapie),
- projev maladaptace a rezignace (např. po ovdovění), tzv. Diogenův syndrom – řešením může být krizová intervence, psychologická podpora.

Lidé vykazující projevy self-neglect jsou riziková z hlediska dalších komplikací (např. podchlazení v chladných fázích roku). Proto by u nich měla probíhat cílevědomá dispenzarizace (viz).

Zvláštním případem self-neglect je **syndrom hromadění (hoarding syndrome)**: osamělý starý člověk hromadí ve svém bytě nepotřebnou věš – včetně hald starých novin, někdy včetně shromažďování většího počtu domácích zvířat, zvláště zatoulaných psů a koček. U této duševní poruchy bývá obvyklá nedůvěřivost a aktivně zachovávaná sociální izolace.

Odborně převládá názor, že pokud není situace medicínsky řešitelná (léčení deprese), je vhodná dispenzarizace, opakovaná nabídka pomoci, intervence za calamitních situací nikoliv řešení situace umístěním v ústavní péči (pokud o pobytové zařízení nemá daný člověk aktivní zájem).

Demence

Demence dnes patří k demonizovaným zdravotním problémům stáří. Nejde o jednu chorobu, ale o příznakový soubor (syndrom) různých příčin, z nichž k nejčastějším patří Alzheimerova nemoc a ateroskleróza mozkových tepen. Podle příčin a také podle pokročilosti onemocnění se také mění spektrum příznaků – někdy jsou v popředí poruchy paměti, jindy tzv. dysexekutivní syndrom, porucha zvládání různých činností, zachovávaní denního režimu. V pokročilých stádiích se objevují poruchy chování, úplná ztráta soběstačnosti. Poměrně časté jsou poruchy orientace s blouděním. Přístup k lidem trpícím syndromem demence je mnohem více o podpoře v životě se závažným zdravotním postižením než o vyšetřování a léčení. Rodina, sousedé, komunitní intervence mohou udělat mnohé pro důstojný a bezpečný život ve zvyklém domácím prostředí. Stejně jako v případě opakovaných pádů má tato podpora přednost před umístěním nemocného v dlouhodobé ústavní péči, která je vyhrazena pokročilým stádiím, pokud jsou spojena s doma nezvládnutelnými obtížemi. Pomoci mohou zvláště pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, sousedská pomoc, respitní podpora pečujících rodin (odlehčovací respitní pobyty), denní stacionáře s programováním aktivit, úpravy domácího prostředí (např. automatické vypínání elektrického sporáku), GPS monitorování pohybu mimo byt. Součástí komunitní podpory by měla být vstřícná, přátelská dispenzarizace, dohled nad měnícími se potřebami, nad zabezpečeností a bezpečností, zvláště za calamitních situací. Jak uvedeno, komunitní dispenzarizace by mohly vhodně zajišťovat komunitní sestry. V pobytových zařízeních pro seniory je žádoucí maximální tolerance vůči lidem se syndromem demence, zvláště v počátečních stádiích – bez snahy o jejich vylučování do ústavů se zvláštním režimem. V roce 2013 byl zpracován mezinárodní materiál o tom, jak by měla vypadat obec, komunita přátelská lidem trpícím syndromem demence (viz Greene a Lakey).

Dehydratace, hypertermie (přehřátí) a hypotermie (podchlazení)

Dehydratace, hypertermie a hypotermie jsou časté a závažné zdravotní problémy ohrožující křehké seniory, zvláště ty, kteří žijí osaměle. Jsou také součástí zanedbání či self-neglect.

Dehydratace (zjednodušeně „nedostatek tekutin v těle“) hrozí zvláště při zvýšených ztrátách tělesných tekutin (velké pocení při horečce či v letních tropických dnech, průjem, zvracení, velký objem moči při dekompenzované cukrovce) s jejich nedostatečnou úhradou nebo při naprosté nemožnosti příjmu tekutin (několikadenní zvracení, pád či neschopnost vstát z lůžka). Tělesné tekutiny „se zahušťují“, klesá krevní tlak i průtok mozkem, rozvíjejí se závratě, slabost, dochází k ohrožení života. Kromě prostého podání tekutin (někdy lépe minerální vody se solemi, jindy naopak čisté vody) může být potřebná aplikace nitrožilních infuzí. Z hlediska komunitních služeb jde především o podporu pitného režimu v rámci dispenzarizace a o časná zjištění stavů s hrozbou dehydratace (pády, nepohyblivost, horečka) u osaměle žijících lidí s následným zajištěním pomoci. Řešením je především tísňová péče, sousedská pozornost, aktivní dispenzarizace v calamitních obdobích (vedra, chřipková epidemie).

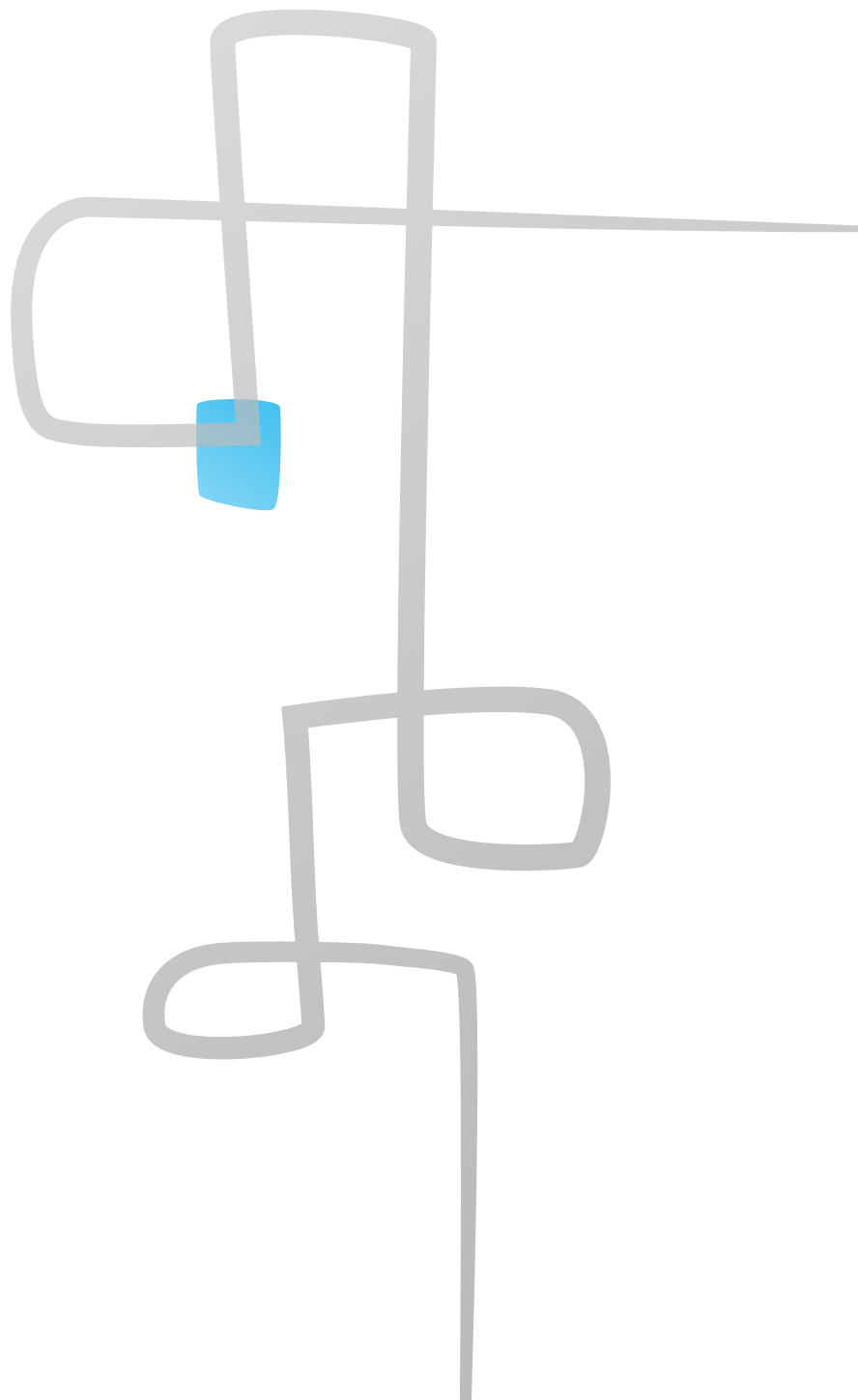
Hypertermie (přehřátí organismu) hrozí v horkých letních dnech zvláště s vysokou vlhkostí vzduchu. Často se kombinuje s dehydratací. Hrozí poklesy krevního tlaku, závratě pády, cévní mozkové příhody, nadměrně rychlá srdeční akce s provokováním srdečního selhání či infarktu. Řešením je kromě preventivní edukace o režimu v tropických dnech především aktivní dispenzarizace (viz) rizikových křehkých lidí v horkých letních obdobích.

Hypotermie (podchlazení) hrozí nejen v mrazivých dnech, ale již jen při větším poklesu teplot počátkem zimy, pokud na ně lidé nereagují přiměřenou změnou oblečení. Ještě častější jsou podchlazení po pádech s nemožností vstát, ať již k nim dojde ve vnějším prostředí nebo doma, zůstane-li postižený ležet v nevytápěném prostoru – chodba, koupelna, nevytápěná místnost. Samostatným problémem jsou podchlazení lidí se syndromem demence při bloudění v terénu či při nereagování vhodným oblečením či topením na změnu okolní teploty – podobný problém je i v rámci self-neglect. Řešením je především systém tísňové péče s tlačítkem pro případ nouze na ruce, sousedská pozornost a aktivní dispenzarizace rizikových osamělých lidí v období mrazů i při prvních poklesech teplot počátkem zimy, na počátku topné sezony.

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
geriatr a gerontolog



Podněty k podpoře komunitních zdravotně sociálních služeb



Nabízí se otázka, jak si lidé pracující v oblasti zdravotně sociálních služeb představují „ideální“ systém komunitních zdravotně sociálních služeb a komunitní podpory pro osoby s omezenou soběstačností, vyžadující dlouhodobou podporu a péči. Zeptali jsme se na to při setkáních pracovníků veřejné správy, zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a managementu poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb¹. Chtěli jsme znát **priority**, na jejichž základě by měl být podle jejich představ uspořádán takový systém. Také jsme se chtěli dovědět, jaké **bariéry** podle jejich názoru brání zavedení tohoto systému. V tomto příspěvku vás seznámíme s výsledky provedené ankety², tedy s reálnými, autentickými názory, které reflektují zkušenosti jednotlivých regionů a profesních skupin zúčastněných na setkáních.

Ukázalo se, že odborná veřejnost spatřuje jako nejdůležitější předpoklad, aby žádoucí systém služeb umožňoval život „křehkých“ lidí v jejich **přirozeném prostředí rodiny, domácnosti a bytu**, kde člověk prožil většinu svého života. Je třeba, aby podpora a pomoc mohla být poskytována rodinnými příslušníky, profesionálními pracovníky i dobrovolníky. To vyžaduje vytváření nabídky flexibilních bezbariérových bytů, **sociálního bydlení a dostupnost kvalitních komplexních a víceoborových služeb v blízkosti bydliště** (mobilní, profesionálně kvalifikované a finančně, organizačně a územně dostupné služby).

K naplnění tohoto základního předpokladu má nejbližší územní samospráva (obce a města). V našem legislativně správním systému jsou k této úloze předurčeny zejména **obce a města (komunity) s rozšířenou působností**, v nichž je třeba rozvinout širokou nabídku **komunitních služeb** (ucelené a reálné komunitní plánování služeb, vyhledávání rizikových lidí, včasné rozpoznávání potřebnosti péče, koordinace podpůrné sítě, poradenství, kvalitní informační systém pro pečující i jejich klienty, dlouhodobou přímou podporu a péči). Podle ankety je nutno zvýšit odpovědnost obecních samospráv za kvalitu života lidí s omezenou soběstačností, posílit jejich kompetence k vytváření podmínek pro podporu komunitních forem péče o nesoběstačné osoby. Znamená to mimo jiné stanovit

1 Dotazníková anketa mezi 145 účastníky regionálních kulatých stolů v Brně, Ostravě, Plzni a Hradci Králové v březnu a dubnu 2014, uskutečněná v rámci projektu Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE „Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“, podpořeného z Programu švýcarsko-české spolupráce.

2 Na přípravě a zpracování ankety se kromě autora tohoto příspěvku podíleli také spolupracovníci Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc., Ing. Ivo Kaplán, Mgr. et Mgr. Kornélia Kolářová Takácsová, Th.D., Ing. Zdeněk Mikulka, B.Th., Mgr. Olga Muttová a Mgr. Petr Wija, Ph.D.

jednoznačně **standardy** této podpory a vybudovat v obcích **komunitní centra** jako střediska šíření a realizace nového modelu dlouhodobé péče. Navrhováno bylo vytvoření pozice **komunitního pracovníka**, popřípadě obnovení profese **geriatrické sestry**. V souvislosti s úlohou obcí účastníci ankety doporučovali posílení koordinační úlohy samosprávných krajů, zejména při strategickém plánování, dostupnosti a provázanosti zdravotních, sociálních a dalších služeb včetně bydlení seniorů.

Respondenti ankety zdůraznili, že prioritou pro fungování nového modelu je nezbytná těsná **provázanost sociálních, zdravotních (a dalších) služeb**, zahrnující souběžné poskytování sociálních i zdravotních služeb všem občanům, kteří je potřebují, síť funkčně propojených služeb, z nichž klient vybírá, kombinaci domácí a terénní zdravotní a sociální péče, návaznost akutní a následné péče, aktivizaci a integraci klientů, aktivní rehabilitaci, větší roli praktických lékařů i geriatrů a zvýšení jejich kompetencí při provázání těchto služeb. Nezbytná je přitom dobrá spolupráce mezi obcí, praktickým lékařem a komunitním pracovníkem.

Odborníci se shodli na tom, že prosazení výše uvedených priorit by významně napomohla **změna společenského klimatu** v České republice, která by umožnila vstřícnější nahlížení na lidi s omezením soběstačnosti, seniory a handicapované. Podle jejich názoru by k tomu přispěl mezigenerační dialog a výchova k přirozenosti mezigenerační péče a k respektu práva na důstojné stárnutí. Ze setkání u kulatých stolů vzešel také podnět k **celospolečenským kampaním a vzdělávacím aktivitám** zaměřeným na nutnost změny vzorce chování a hodnotového klimatu české rodiny i české společnosti jako celku.

Podle vyjádření expertního panelu se zásadní zlepšení podpory nového integrovaného modelu zdravotně sociálních služeb neobejde bez **legislativních změn**, a to v mnoha dosavadních právních předpisech. Tyto změny by měly vycházet především z nových funkcí obcí a regionů, ze změněných socioekonomických podmínek, z podpory všech forem zdravotních a sociálních podpůrných služeb, z rovnoprávného přístupu ke všem poskytovatelům sociálních a zdravotních služeb, z prorodinné politiky a z propojení zdravotně-sociální péče s duchovními a psychologickými službami. Účastníci kulatých stolů navrhli celou řadu konkrétních legislativních změn, týkajících se například dostupnosti kompenzačních pomůcek a potřebných informací o nich, vyvážené sítě služeb zahrnující např. sociální dispečink, placené dovolené na péči či ošetřování blízké osoby, rozšíření seznamu výkonů v sazebníku úhrad ze zdravotního pojištění, přerozdělení částí financí ze státního rozpočtu obcím na podporu péče apod. Legislativní změny by se měly týkat i **systému financování**. Za stejných podmínek by měly být financovány z veřejných rozpočtů stejné zdravotní či sociální služby bez ohledu na poskytovatele služby a bez vlivu na poskytování finančních dotací a příspěvků z jiné oblasti služeb. Je navrhován pružný „zrcadlový“ systém, v němž by financování zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění automaticky doprovázelo financování komplementárních sociálních služeb z veřejných rozpočtů státu, kraje a obce, a naopak by poskytování sociálních služeb předpokládalo financování těchto služeb z veřejných rozpočtů a souběžně – jsou-li indikovány – také proplácení zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění. Doporučováno bylo zřízení veřejného pojištění pro dlouhodobou péči, obdobného jako v Německu. Požadavkem je také zavedení funkčního financování z více zdrojů.

Mezi další zmiňované priority patří otevření **nových vzdělávacích oborů** v systému středního, vyššího odborného a vysokého školství, zaměřených na podporu nesoběstačných osob, a **další vzdělávání pracovníků** v sociálních a zdravotních službách.

Požadována byla také **užší spolupráce Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví**, jakož i těsná spolupráce analogických orgánů v příslušných úřadech územní samosprávy (referáty, resp. odbory sociálních věcí a zdravotnictví na krajských, městských a obecních úřadech), zejména při přípravě legislativních a exekutivních řešení v oblasti služeb a péče na zdravotně sociálním pomezí. Zvláštní pozornost je potřeba podle výsledků ankety věnovat komunikaci **se zdravotními pojišťovnami** a uzavírání vhodných smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli sociálních a zdravotních služeb.

Vyhodnocení položených otázek ukázalo také na velké množství překážek, které brání realizaci žádoucího systému integrovaných zdravotně sociálních služeb. Mezi ně podle respondentů ankety patří zejména:

■ Společenské a politické bariéry:

- ▶ není společensky akceptováno, že **přibývá křehkých a dlouhodobě nemocných seniorů se sníženou soběstačností** a zdravotním postižením,
- ▶ senioři a nesoběstační lidé jsou **ve společnosti podceňováni**,
- ▶ změna způsobu myšlení a současný sociokulturní kontext prohloubily **napětí mezi důrazem na hodnoty** (hodnotu a cenu lidského života, důstojnosti a mezilidských vztahů) **a důrazem na produktivitu a výkon**,
- ▶ existuje **pasivita politiků v této oblasti**, a z ní vyplývající bezkonceptnost a nekontinuita v této oblasti života společnosti.
- ▶ **Absence koncepce, strategie a plánování:**
- ▶ neexistuje **systémové řešení** (neujasněnost cílového způsobu zajištění podpory důstojného stárnutí),
- ▶ chybí **koncepce dlouhodobé péče a rozvoje integrovaných podpůrných služeb v komunitě**,
- ▶ nefunguje **plánování komunitních služeb** v některých krajích a obcích s rozšířenou působností,
- ▶ celospolečenské koncepce jako Národní plány přípravy na stárnutí a podpory pozitivního stárnutí **nejsou dostatečně aplikovány** do konkrétních koncepcí a legislativy příslušných ministerstev,
- ▶ chybí **národní akční plán pro rozvoj zdravotně sociálních služeb**.

■ Problémy v legislativě a financování:

- ▶ platná **legislativa nevytváří vstřícné podmínky** k podpoře péče v přirozeném prostředí,
- ▶ nedochází k potřebným **legislativním změnám** přes dlouhodobé snahy odborné i laické veřejnosti a různých zainteresovaných profesí,
- ▶ není **středně a dlouhodobě financováni poskytovatelé sociálních služeb**, závislých na dotacích z veřejných rozpočtů,

- ▶ nedořešený je **systém financování** služeb a podpory péče (např. další postup léčby u pacientů, jejichž stav je vážný a přitom nepatří do kategorie následné péče nebo hospice),
 - ▶ přetrvává nekoordinované poskytování a financování zdravotních a sociálních služeb – **duplicitních výkonů**,
 - ▶ dochází ke **střetu se zdravotními pojišťovnami** o financování služeb seniorům – nutnost změny na centrální úrovni a eliminace subjektů, které z pojišťovacího systému vyvádějí peníze,
 - ▶ přežívá nepružný a dlouhotrvající proces **přiznávání příspěvků na péči**,
 - ▶ neexistuje **stabilní financování sociálních služeb a dlouhodobé péče**, například formou sociálního pojištění na dlouhodobou péči (příklad Německa a jiných zemí),
 - ▶ spolupráce v komunitě je ve zdravotně sociální oblasti nízká mimo jiné kvůli dlouhodobě existujícím, avšak neodůvodnitelným disparitám ve výši financování **sociálních a zdravotních služeb** v jednotlivých zařízeních, domácí péči apod.
- Územní bariéry:
- ▶ projevuje se **rozptýlení nesoběstačných osob** v regionech – problém osamělých seniorů,
 - ▶ existuje malá **dostupnost** péče a obecně veřejných služeb a **občanské vybavenosti na venkově**, zejména **na rozhraní okresů** a vnitřních hranicích jednotlivých krajů,
 - ▶ role a úloha **jednotlivých stupňů veřejné správy neodpovídají optimálnímu výkonu** a přispívají k plýtvání lidskými a finančními zdroji v dané oblasti,
 - ▶ nedostatečná je **kapacita a flexibilita** zejména terénních a domácích sociálních služeb,
 - ▶ zejména v menších obcích jsou nedostatečné **kapacity pro včasnou a komplexní dlouhodobou zdravotně sociální péči**.
- **Nedostatky** v organizaci, propojenosti a poskytování zdravotních a sociálních služeb:
- ▶ existuje **roztržitost** služeb,
 - ▶ přetrvává **nepropojenost zdravotnických a sociálních služeb**,
 - ▶ nedochází k efektivní spolupráci **resortů** (MPSV a MZdr) ve zdravotně sociální oblasti,
 - ▶ stále probíhají **kompetenční konflikty** ve veřejné správě,
 - ▶ projevuje se nízká **informovanost o dostupných službách**,
 - ▶ trvá nedostatek a nedostupnost **mobilních terénních služeb** ve většině regionů,
 - ▶ není umožňována **volba služeb klientem** včetně možnosti výběru služeb na míru podle osobních potřeb a nabídky,
 - ▶ chybí větší **individualizace služeb a péče** v rámci pobytových i nepobytových služeb,
 - ▶ v pobytových zařízeních je nedostatek **ošetřovatelského personálu**,
 - ▶ v zařízeních není dostatečný počet **proškolených odborníků**,

- ▶ projevuje se nezdravý **návyk paternalismu** při péči o nesoběstačné klienty,
 - ▶ **náročnost práce pečovatelských pracovníků** není docenována,
 - ▶ převládá přemíra **byrokracie, administrativní pojetí plnění standardů kvality**, důraz na předpisy, formální plnění (zátěž personálu administrativními činnostmi bez reálného dopadu namísto možnosti větší individualizované péče),
 - ▶ **mezi poskytovateli sociálních služeb** dochází stále častěji k nespolečnosti,
 - ▶ existuje nízká **dostupnost specializované lékařské péče** v některých zařízeních,
 - ▶ dochází k rušení **nočních služeb** zdravotnického personálu v pobytových zařízeních,
 - ▶ **praktičtí lékaři nedostatečně spolupracují s poskytovateli sociálních služeb**,
 - ▶ nejsou **sdělovány diagnózy** ošetřujícímu týmu (sociálním pracovníkům), například u epileptika, kterému následně nemohou poskytnout první pomoc při záchvatu,
 - ▶ není **dostatek zdravotních sester** v sociálních zařízeních,
 - ▶ chybí pozice **geriatrické komunitní sestry nebo komunitních sociálních pracovníků**, či **specializovaného lékaře – geriatra i sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních**,
 - ▶ neprobíhá **týmová práce** v kolektivu sociálních a zdravotnických pracovníků,
 - ▶ chybí nástroje vyžadující **integrované poskytování zdravotních a sociálních služeb**,
 - ▶ nejsou **předávány informace** důležité pro poskytování služby mezi sociálními a zdravotnickými pracovníky,
 - ▶ není **jednotná sociálně zdravotnická dokumentace** klienta v jednom zařízení,
 - ▶ chybí **informační systém o sociálních službách** v nemocnicích,
 - ▶ není **standardizovaný postup při propouštění** z lůžkové péče a zajištění **spolupráce s obcí a návaznými službami**, např. prostřednictvím sociálního pracovníka,
 - ▶ projevuje se malá **návaznost služeb při propouštění pacientů** do domácího prostředí,
 - ▶ existuje problém s včasnou **dostupností kompenzačních pomůcek** při propouštění z lůžkového zařízení.
- **Překážky v rodině a bydlení:**
- ▶ prohlubuje se **individualizace bydlení**, která ztěžuje dostupnost podpory i neformální péče v rámci rodiny,
 - ▶ převládá jednogenerační **model soudobé rodiny**,
 - ▶ existuje územní a bytová nedostupnost určitých lokalit, která se spíše zvyšuje,
 - ▶ přetrvává nedostatek **vhodných bytů** a podpory bydlení pro seniory včetně poradenství pro úpravu bytů,

- ▶ nejsou k dispozici **sociální byty**, respektive cenově dostupné malometrážní nízkopodlažní, resp. bezbariérové byty pro seniory a osoby s omezenou soběstačností,
- ▶ projevuje se nedostatek **odpovědnosti některých rodin** („ať se stát postará“),
- ▶ senioři a nesoběstačné osoby mají **nízké příjmy** (finanční nedostupnost, resp. subjektivní nákladnost některých sociálních služeb pro nízkopříjmové skupiny, např. tísňové péče, jako bariéra jejich rozšíření a dostupnosti),
- ▶ v případě nesoběstačných osob a seniorů jsou často nízké **příspěvky na péči**,
- ▶ dochází k špatnému **nakládání seniorů s finančními příspěvky** na sociální a zdravotnické služby (peníze využívá jejich rodina dětí, vnuci apod.),
- ▶ neexistuje dostatečná **podpora rodin a osob**, které péči poskytují,
- ▶ není dostatečná **podpora pečujících a uživatelů služeb v rodinách** (ze strany státu a samosprávy).

■ Podceňování existenciálních témat (smyslu života, vyrovnání se smrti):

- ▶ neprojevuje se dostatečné **lidské a spirituální doprovázení** uživatelů zdravotních a sociálních služeb i pečujících,
- ▶ přetrvává **absence vzdělávání** v této oblasti na všech úrovních a ve všech vrstvách společnosti.

Setkání u kulatých stolů poukázala na právo člověka na plnohodnotný život s nesoběstačností či postižením a na důstojné stárnutí a umírání, a to nejlépe v přirozeném prostředí v rodině, pokud možno mimo specializovanou sociální nebo zdravotnická zařízení. Pokud je pobyt těchto lidí ve zdravotně sociálních zařízeních nezbytný, měl by umožňovat způsob života, který se co nejvíce přibližuje životu v přirozeném prostředí rodinné domácnosti. Účastníci kulatých stolů požadují uplatňování tohoto principu i v podmínkách extrémního přírůstku nesoběstačných lidí, který lze v příštích letech očekávat. Příprava na takovou budoucnost vyžaduje legislativní i exekutivní změny podporující komunitní formy péče o tyto spoluobčany. Je třeba, aby je doprovázelo vzdělávání v oblasti etiky důstojného stárnutí a mezigenerační dialog ve všech typech škol i v mimoškolních výchovně vzdělávacích zařízeních a v jiných institucích, jakož i vysvětlující působení médií. Klíčovou úlohu budou dle názoru účastníků kulatých stolů sehrávat obce a města s rozšířenou působností a samosprávné kraje.

PhDr. Karel Schwarz
Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE

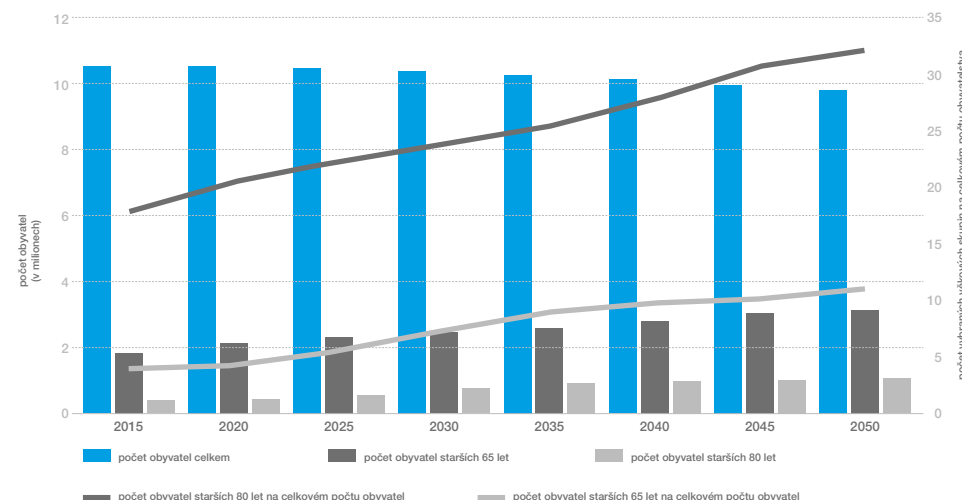


institut důstojného stárnutí

Dostupnost a plánování služeb v obcích

Jedním z klíčových problémů, před kterým v současné době stojí prakticky všechny vyspělé evropské země, je zajištění dlouhodobě udržitelného systému financování dlouhodobé sociálně zdravotní péče. Podle projekce vývoje obyvatelstva³ v naší zemi počet osob starších 65 let vzroste do r. 2050 o cca 70 %, počet osob starších 80 let dokonce více než 2,5x (viz graf č. 1)

graf č. 1: Vývoj počtu obyvatelstva v letech 2015–2050 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb dlouhodobé sociálně zdravotní péče



pramen: vlastní zpracování

Tento vývoj vyžaduje věnovat zvýšenou pozornost problematice dostupnosti těchto služeb v jednotlivých obcích, městech a regionech. Při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb je nutno mít na zřeteli, že při hodnocení jejich dostupnosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území, neboť v úvahu je nutno vzít řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např.:

- z míry urbanizace,

³ viz <http://www.czso.cz/csu/2013ediciplan.nsf/p/4020-13>

- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb. Vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální. V důsledku toho není stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých regionech výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů (viz např. historie vzniku domů s pečovatelskou službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb – především služeb sociální prevence – v 90. letech).

Z výše uvedených faktorů a hodnocení je tedy zřejmé, že jinak je potřebné hodnotit vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je třeba hodnotit vybavenost Prahy a ostatních velkých měst a k nim přiléhajících aglomerací, jinak je nutno přistoupit k hodnocení vybavenosti např. horských a podhorských oblastí. Z tohoto pohledu má proto pouhé porovnání číselných hodnot bez znalosti těchto širších souvislostí pouze informativní charakter a je nutno ho chápat jen jako jedno z východisek pro analýzu optimální struktury forem sociální péče v jednotlivých regionech.

Přes výše uvedené skutečnosti lze na základě podrobného rozboru oficiálních dat MPSV a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) o rozsahu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb při respektování faktorů ovlivňujících vybavenost regionů sociálními a zdravotními službami vyslovit tyto stěžejní závěry ⁴:

- Nový zákon o sociálních službách doposud nepřispěl k rozvoji sociálních služeb. Stávající systém financování sociálních služeb – zejména závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu – neumožňuje zvyšovat nabídku poskytovaných služeb, noví poskytovatelé vznikají pouze v omezeném rozsahu, zahraniční subjekty se do poskytování sociálních služeb v naší zemi doposud nezapojily.
- Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, je od r. 2007 v zásadě stabilní, v důsledku chybějící kapacity terénních služeb jsou proto potřebné služby poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb (např. v r. 2011 bylo v domovech pro seniory cca 4 000 osob, které neměly vůbec přiznán příspěvek na péči a více než 8 300 osob mělo přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti).

- Počet neuspokojených žadatelů o sociální služby není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních, neboť vzhledem k dlouhým čekacím lhůtám na umístění v pobytových zařízeních prakticky na celém území republiky žadatelé o tyto formy péče podávají svoje žádosti o umístění ve výrazném předstihu do více zařízení tak, aby zvýšily pravděpodobnost brzkého přijetí do těchto zařízení.
- Obslužnost regionu pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech jednotlivých klientů je významným způsobem determinována regionálním profilem – zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převážujícím rovinným profilem (Jihomoravský a Středočeský kraj), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převážujícím hornatým povrchem (kraje Ústecký, Jihočeský a Moravskoslezský).
- Dostupnost služeb dlouhodobé zdravotní péče je výrazně regionálně diferencována, např. v cca polovině okresů není žádná léčebna pro dlouhodobě nemocné.
- Na regionální úrovni dochází pouze v omezeném rozsahu k propojování sociálních a zdravotních služeb.
- Dříve provedená hodnocení geografické a finanční dostupnosti ukázala, že ve všech krajích byla nejvýraznější dostupnost služeb právě v krajském městě, ve většině krajů byla vyšší dostupnost především ve velkých městech (zpravidla bývalá okresní města), s rostoucí vzdáleností od těchto center se dostupnost služeb snižovala.

Na základě těchto hodnocení lze konstatovat, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňuje pouze ve velmi omezeném měřítku. Přitom je třeba mít na zřeteli, že sociální služby jsou v ČR poskytovány v samosprávné působnosti obcí, měst a krajů, přičemž každá obec ve své samosprávné působnosti má stejné kompetence bez ohledu na svoji velikost (podle výsledků Sčítání lidu, domů a bytů bylo v r. 2011 celkem 6 251 obcí, přitom ale 90 % obcí mělo méně než 2 000 obyvatel, v těchto obcích žilo celkem 28 % obyvatel ČR). Obec s pověřeným obecním úřadem nebo s rozšířenou působností nemá žádnou povinnost poskytovat sociální služby pro občany ve svých spádových obcích, proto s rostoucí vzdáleností od těchto měst klesá dostupnost nejenom sociálních, ale všech veřejných služeb. Podle § 35, odst. 2 věty druhé „Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů“. Pokud tedy dnes obec „nic nedělá“, dodržuje zákon...

Je zřejmé, že určité aktivity je možno a nutno zabezpečovat v obcích každé velikosti (základní sociální poradenství, elementární formy pomoci nesoběstačným starým lidem). Minimální velikost obce, v níž je možné provozovat sociální služby, je cca 2, resp. 5 tis. obyvatel, za významné je třeba považovat obce ve velikosti okolo 10 tis. obyvatel. Ve spádovém území obcí s rozšířenou působností (jde o cca 25 tis. obyvatel) jsou již všechny sociální a populační skupiny zpravidla tak velké, že sociální potřeby je možné zabezpečovat na profesionální a kapacitně ekonomicky přijatelné úrovni. S ohledem na rozdělení působností v poskytování sociálních služeb je pak vrcholným celkem

4 viz: Průša, L. – Víšek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v. o. s., 2012. ISBN 978-80-7416-099-8

kraj. Některé výlučné typy služeb mohou být lokalizovány ještě výše, až celostátně (např. poradenství pro oblast sekt). Na základě těchto skutečností lze proto zvážit, zda by za poskytování služeb sociální péče v malých obcích neměl mít zodpovědnost kraj ve své samosprávné působnosti.

Vybavenost území sociálními službami a jejich dostupnost je však třeba posuzovat a rozvíjet v širších aspektech, než jen pokud jde o samotnou přítomnost příslušných zařízení a aktivit. Jde zejména:

- o přítomnost služeb,
- o dostupnost služeb (územní, finanční),
- o návaznost služeb,
- o informovanost občanů (veřejné povědomí o možnostech sociální pomoci),
- o kvalitu výkonu služeb (profesionalita, kontrola, spokojenost klientů),
- o ekonomickou efektivnost (resp. ekonomickou únosnost provozování).

Jde zjevně o provázané aspekty, které ve svém komplexu ovlivňují sociální kvalitu území a uspokojování sociálních potřeb občanů.

Kapacitní potřebu služeb sociální péče lze zpravidla vyvodit ze sociodemografických údajů o obyvatelstvu a jeho zdravotním stavu. Jednotlivé normativy přinášejí údaje o možných absolutních počtech osob, kterých se týkají vybrané kvantifikovatelné demografické a sociální situace, jevy či problémy. Jde tedy o určitou hypotézu či model. Takové počty obyvatel, kterých se sociální jevy týkají, by byly ve sledovaném městě (regionu) v případě, že by výskyt těchto jevů odpovídal průměrným hodnotám, kterých je dosahováno na území celé České republiky. Dlouhodobá práce s těmito charakteristikami ukazuje, že tato metoda poskytuje velmi věrohodné výsledky a že se výskyt sociálních jevů na území státu dramaticky neliší.

Potřeba sociálních služeb v konkrétním místě se může lišit:

- podle velikosti obce (vliv městského prostředí),
- podle charakteru sídelní struktury (velký počet malých obcí) a způsobu bydlení a života (město a venkov),
- podle zdravotního stavu ovlivněného charakterem převažující ekonomické činnosti,
- podle pozice místa v dopravní síti,
- podle někdejší investiční průmyslové výstavby,
- podle dřívější pozornosti věnované sociální oblasti, rozdíly mohou mít i další ekonomické, ale i dalekosáhlé historické, popřípadě geografické důvody.

U služeb sociální péče např. pro seniory je možné specifikovat počet osob závislých na péči v různých oblastech (strava, bydlení, chůze) a z toho lze dovodit i výskyt a potřebnou kapacitu služeb. Přestože je tak možné charakterizovat nejvyšší rozsah potřeby péče (z hlediska míry závislosti) v rozsahu, jaká je dnes chápána jako péče rezidenční – tedy formou vykazání potřebných lůžek, do budoucna to však nemusí být jediný způsob zabezpečení takového rozsahu. Potřebu kapacity může uspokojit i péče

v domácnosti (např. zabezpečením návaznosti poskytované zdravotní a sociální péče, poskytováním intenzivní pečovatelské služby ve všech oblastech úkonů nebo využitím nových materiálů, zařízení, technologií jako je např. selfmonitoring, tísňové volání a další).

Pokud jde o zdravotně handicapované osoby, je možné modelovat pravděpodobný výskyt potřeby podle jednotlivých typů postižení. Při poskytování terénních a ambulantních služeb přitom vznikají často komplikace, protože tyto služby potřebuje zpravidla velmi nízký počet klientů, který má ale široké spektrum postižení, z nichž každé vyžaduje odlišnou formu podpory nebo pomoci.

Aspekt dostupnosti služeb má více dimenzí. První je **dostupnost územní** či dopravní. Jde o to, zda klient může vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a stavu dopravní obslužnosti zcela reálně služby využívat. Podobnou dimenzi má i **dostupnost finanční**, která by měla zajistit, že příjmový handicap nezabrání využití služby v případě, že ji klient potřebuje. Další dimenzí je bezbariérovost prostředí, tedy **dostupnost architektonická**.

Souběžným aspektem existence širokého spektra sociálních služeb a jejich kvality je jejich vzájemná provázanost, resp. **návaznost**. V jednotlivých oblastech sociálních a zdravotních služeb je **pro úspěšné a efektivní fungování celého komplexu nezbytná návaznost**, tj. zastoupení jednotlivých typů služeb, pokud představují určité fáze či stupně péče podle rozsahu rozvíjejících se potřeb. Tak lze uvést např. komplex péče o staré občany (kde podle rozsahu narůstajících potřeb jde o pomoc v domácnosti, pečovatelskou službu, home care, denní pobyt, dům s pečovatelskou službou, domov seniorů, LDN, event., hospic). Takové navazující komplexy je třeba komponovat podle místních potřeb a podle možností vč. smluvních vztahů s jinými obcemi či krajem. Rizikovou situací je stav, kdy některý ze stupňů chybí nebo je kapacitně omezen resp. naplněn. Pak se proces zabezpečování postupně narůstajících potřeb zastaví a nižší úroveň služeb musí zabezpečovat jim nepříslušející vyšší rozsah péče apod.

Velmi podstatnou složkou sociální kvality území je **informovanost občanů o možnostech pomoci**, která jim může být poskytnuta. Dalším faktorem je vlastní kvalita výkonu služeb. Stát vydává standardy kvality a provádí inspekci kvality sociálních. V reálné situaci je třeba předpokládat, že tam, kde je možnost výběru poskytovatele, bude tlak na kvalitu vyvíjen především jako aspekt konkurenčního boje o klienty. Důsledná rekonstrukce příspěvku na péči by měla z jeho příjemců vytvořit sféru koupěschopné poptávky a hlavní zdroj financování služeb.

Za významný aspekt vybavenosti službami je nutné považovat vždy také „ekonomickou únosnost“, tedy přiměřené vyvážení dostupnosti (spádovosti) a ekonomické únosnosti. Každé zařízení, popř. služba, má své vlastní ekonomické parametry či limity. Jde především o provázanost nákladů na klienta, příjmů od klienta, příjmů z různých dalších zdrojů apod. Mezi kritérii humanistické optimality a ekonomickou únosností je nezbytné hledat vyváženost. V 80. letech bylo konstatováno, že určité optimality lze dosáhnout např. u „domovů důchodců“ o velikosti 80 lůžek. Budou to především ekonomické potřeby poskytovatelů, kteří budou v budoucnu měnit např. strukturu obyvatel domovů pro seniory. Ekonomické potřeby povedou ke zvyšování podílu klientů s vysokou závislostí a tím i vyšším příspěvkem na péči, což ale povede ke zvýšení nákladů na péči a personál.

Základním nástrojem z hlediska plánování rozvoje sociálních služeb na území jednotlivých obcí, měst a krajů je tzv. **komunitní plánování**. V rámci tohoto konceptu vystupují jako rovnoprávní partneři subjekty, které nemají stejné zájmy ani schopnosti je formulovat. Na stejné úrovni stojí poskytovatel, jehož zájmem je udržet a rozšiřovat „svoji“ službu, stát popř. obec, která služby financuje, a klient, o jehož schopnosti formulovat své potřeby, až na výjimku, lze pochybovat. Příjemce solidárního plnění nemůže určovat ani rozsah a ani formu péče. Komunitní plánování vytváří izolované organizační struktury, principiálně **nenavazuje na navazující odvětví** (metodika MPSV takové vazby přímo zakazuje), což znamená, že nevstupuje do integrovaných rozvojových programů. Z provedených rozborů platných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb⁵ vyplývá, že v souladu se základními principy teorie plánování jsou v celém procesu plánování sociálních služeb poněkud do pozadí zatlačeny tyto čtyři velmi významné okruhy:

- provedení analýzy demografického vývoje obce (města) a jejího spádového území se zaměřením na vývoj těch věkových skupin, které jsou stěžejními příjemci sociálních služeb,
- porovnání vybavenosti města nebo správního obvodu s vybaveností v sousedních regionech, popř. s celorepublikovými hodnotami a analýza příčina zjištěných odchylek vč. reakce na aktuální trendy vývoje sociálních služeb v evropských zemích,
- vazby sociálních služeb na související odvětví, zejména na zdravotní péči, bytovou politiku a dopravní obslužnost (tyto vazby jsou nezbytné především vzhledem k přípravě systému dlouhodobé péče a důrazu na poskytování sociálních služeb v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů),
- diferenciaci navrhovaných opatření a definovaných cílů z hlediska jejich realizace v dlouhodobém, střednědobém nebo krátkodobém horizontu a kvantifikace jejich finančních dopadů na veřejné i soukromé rozpočty.

Klíčovým aspektem pro další rozvoj sociálních a zdravotních služeb je vyřešení otázky financování sociálních a zdravotních služeb. V tomto směru je potřebné vytvořit žádoucí „zrcadlo“ pro financování obou segmentů péče – **sociální a ošetrovatelská péče musí být financována stejně v sociálních i zdravotnických zařízeních**. Klíčová řešení lze tedy spatřovat především v přijetí těchto řešení:

- výplata příspěvku na péči klientům i po dobu jejich pobytu ve zdravotnických zařízeních,
- financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb paušální platbou diferencovanou event. podle míry závislosti klienta.

Další opatření v sociální oblasti je nutno spatřovat v **odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu**, nicméně řadu opatření je nutno realizovat i mimo sociální oblast. V tomto směru jde např. o tyto kroky:

- preference **výstavby malometrážních a bezbariérových bytů** a citlivé stanovení výše nájmu v obecních bytech, které by měly být jedním ze základních předpokladů podpory rozvoje terénních sociálních služeb a poskytování služeb v domácím prostředí,
- důsledné **dodržování bezbariérových přístupů** do obchodů a všech objektů poskytujících veřejné služby,
- soustavné vyhodnocování **dopravní obslužnosti** a zavádění nových forem dopravních služeb.

Lze vyslovit tezi, že realizací výše uvedených kroků a jejich promítnutím do praxe by byly vytvořeny základní předpoklady pro to, aby výzva, která před naší společností stojí v souvislosti s řešením důsledků demografického vývoje, příznivým způsobem ovlivnila vývoj sociálních služeb a zdravotní péče v naší zemi.

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

⁵ viz Bareš, P. Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006–2007. Praha: VÚPSV, v. o. s., 2008. ISBN 978–80–7416–009–7

Dlouhodobá péče a integrované zdravotně sociální služby: zkušenosti ze zahraničí

Dne 12. května 2014 uspořádala Diakonie ČCE mezinárodní konferenci na téma podpory rozvoje komunitních zdravotních a sociálních služeb. Na konferenci vystoupili přední odborníci z České republiky, Švédska, Izraele, Velké Británie, Francie a Německa. Cílem konference bylo získání zkušeností a doporučení na podporu rozvoje integrovaných služeb a kvalitního života starších lidí s ohroženou soběstačností. Niže uvedený text čerpá z této konference a dalších zdrojů a shrnuje informace o uvedených zemích (popis švédského systému viz samostatná kapitola). Prezентace a další podklady z mezinárodní konference jsou dostupné na stránkách Institutu důstojného stárnutí – www.dustojnestarnuti.cz.

Úvod

Růst počtu nejstarších seniorů s vyšší rizikem disability a křehkosti („frailty“) a sníženou soběstačností, růst prevalence neurodegenerativních onemocnění, prodloužování délky života s disability a současně snižující se dostupnost péče v rámci rodiny a přání seniorů zůstat s omezením a nemocí co nejdéle ve vlastním prostředí – to jsou základní trendy, v důsledku kterých roste poptávka po integrovaných zdravotních a sociálních službách. Přestože každá země má odlišný historický vývoj v oblasti zdravotnictví, sociální pomoci a klade odlišný důraz na roli rodiny a veřejného sektoru, některé problémy jsou společné. Jedná se např. fragmentaci a neprovázanost zdravotních a sociálních služeb, nedostatečně efektivní a udržitelné financování, bariéry v multidisciplinární a týmové spolupráci nebo účinná podpora stárnutí i umírání v domácím prostředí.

Fragmentace a nekoordinovanost služeb se přitom netýká jen zdravotně sociální péče, ale také zdravotnictví samotného, zejména péče o chronicky nemocné. Příkladem může být nekoordinovaná péče ze strany několika specialistů a neúčelné, duplicitní nebo rizikové užívání léků (polypragmatie). Příčinou rostoucích problémů v koordinaci služeb je také zvětšující se propast mezi specializací a akutní péčí na jedné straně a rostoucím počtem chronicky nemocných s více diagnózami (polymorbiditou) a křehkých seniorů („geriatric frailty“). Zdravotní systémy vytvořené pro demograficky mladou populaci a systémy založené na indexových diagnózách (*disease-oriented model*) nevyhovuje potřebám dlouhodobé populace s rostoucím počtem chronicky nemocných, u kterých nejdůležitějším aspektem péče je zachování funkčního zdraví, soběstačnosti, důstojnosti a kvality života.

Francie

Ve Francii je značná pozornost věnována lidem s demencí – Francie přijala již třetí Alzheimer plán (2001, 2004 a 2008). V rámci něho je zaváděn nový model koordinace služeb a podpory pro osoby s demencí MAIA (*Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer*). V rámci Plánu pro solidaritu ve stáří (*Plan Solidarité Grand Age*) pokoušeli o plošné zavedení preventivního screeningu křehkosti (frailty) u osob nad 70 let praktickými lékaři. Z důvodu finančního podhodnocení toto hodnocení však nebylo trvale zavedeno. To je dnes prováděno v denních geriatrických centrech fungujících při nemocnicích a není tedy běžně dostupné všem, kteří by z něho mohli těžit. Závisí na doporučení praktického lékaře.

Zkušenosti z Francie ukazují, že péči a zdravotní a sociální politiku zaměřenou na seniory je třeba strukturovat podle odlišných potřeb a kategorií seniorů: 1) senioři „závislí na dlouhodobé péči“ tvoří 7 až 9 % 2) křehcí senioři tvoří 10 %, a 3) zdraví a soběstační senioři tvoří 81 až 83 %. Pro křehké seniory jsou základní kvalitní zdravotní služby, geriatry, rehabilitace a služby podporující zachování funkčního zdraví, dobrou diagnostiku a léčbu.

Francie tak jako jiné země má dávku typu příspěvek na péči. Od roku 2002 poskytovan „příspěvek na autonomii“ (*APA – allocation personnalisée d'autonomie*). Příspěvek je využíván na platbu za pobytovou dlouhodobou péči, která je vedle tohoto zdroje financována také ze zdravotního pojištění (zdravotní péče) a přímých plateb za „ubytování a stravu“ v rozsahu od 1,5 až 4 tis. EUR měsíčně, což je více než průměrný důchod, který ve Francii činí 1 200 €. Zhruba 61% příjemců žije ve vlastní domácnosti. Podle potřeb konkrétní osoby mohou domácí služby zahrnovat péči: zdravotní sestry, fyzioterapeuta, psychologa atd.

Za koordinaci péče o náročnější případy odpovídá manažer péče. Pro osoby v domácím prostředí je dostupná zdravotně sociální domácí péče (*SSIAD – Services de soins infirmiers à domicile*). Dostupnost informací je zajišťována prostřednictvím informačních středisek (*Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique*). Většina starších lidí chce žít ve svém vlastním bytě/domě. Až do věku 85 let 93,8 % jich žije doma.

Ve Francii rovněž v souvislosti s aktivitami a prioritami vlád a prezidenta stoupl zájem a důraz na geriatry, podporu zdraví již během pracovního života, rehabilitaci. V posledních letech vzrostl také zájem o geriatry i v akademické rovině – počet profesorů geriatry se zdvojnásobil. Prevence a aktivní život již od dětství nebo od středního věku hraje významnou roli. Podle výzkumu ILC-France pozdější odchod do důchodu (delší pracovní aktivita) snižuje riziko vzniku demence.

Anglie

Ve Velké Británii má Anglie a jiné části, zejména Skotsko odlišný systém sociálních a zdravotních služeb. Zdravotní péči v Anglii zajišťuje Národní zdravotní služba (NHS) a 211 tzv. „Clinical commissioning groups“. Sociální služby naopak spadají do kompetence 152 municipalit. Správa zdravotních a sociálních služeb sice spadá pod dva různé systémy a úrovně samosprávy, ale současně je integraci služeb a komunity dlouhodobě věnovaná značná pozornost.

V Británii hrají tradičně silnou roli také neziskové organizace. Silná role NGO se projevuje také v oblasti tvorby politiky založené na faktech (evidence-based policy) s tradičním důrazem Britů na empirii. Neziskové organizace se aktivně podílejí na tvorbě politiky a oponování koncepčních (policy) dokumentů a případně na iniciování nových a zpracování vlastních návrhů, a to v silné vazbě na akademickou sféru. Silná je role neziskového sektoru tradičně v oblasti dobrovolnictví a zastupování pečujících.

Významnou roli ve formování politiky hraje například nevládní organizace King's Fund, která v březnu 2014 vydala publikaci s názvem *Making our health and care systems fit for an ageing population*⁶ zaměřenou na přizpůsobení zdravotních a sociálních služeb stárnutí populace. Publikace představuje model politiky a opatření pro stárnoucí populaci zahrnující 9 komponent od podpory aktivního stárnutí až po podporu autonomie a paliativní péči na konci života. Zahrnuje doporučení na zlepšení integrace zdravotních a sociálních služeb, zvýšení dostupnosti potřebné zdravotní péče v domovech pro seniory nebo předcházení akutním hospitalizacím obyvatel sociálních nebo ošetrovatelských zařízení. The King's Fund v této publikaci mimo jiné zdůrazňuje nutnost zvýšení dostupnosti komplexního geriatrického hodnocení (CGA) s cílem snížení rehospitalizací a zlepšení funkčního zdraví. Upozorňuje na to, že multimorbidní a křehcí pacienti s nespecifickými příznaky (např. zmatenost, pády, imobilita apod.) jsou nesprávně označováni za „sociální hospitalizace“ a „ležáky“. Aby přiblížila potřebu a přínos integrace jednotlivých druhů služeb a segmentů péče (zdravotních, sociálních, primární, akutní atd.), natočila organizace King's Fund ilustrační video s příběhem pacienta „Joined-up care: Sam's story“. Video je dostupné na stránkách Institutu důstojného stárnutí.⁷

Zdravotní stav v pobytových zařízeních sociálních služeb se zhoršuje a začíná se podobat stavu, který byl nedávno příznačný spíše pro zdravotnická zařízení poskytující komplexní ošetrovatelskou péči („nursing homes“). Britská geriatrická společnost proto v roce 2013 vydala doporučení na zajištění zdravotní péče pro seniory v sociálních pobytových službách (domovech) pro seniory.

6 Dostupné online viz: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/making-our-health-and-care-systems-fit-ageing-population>

7 Video Joined-up care: Sam's story je dostupné také na stránkách King's Fund – viz <http://www.kingsfund.org.uk/audio-video/joined-care-sams-story>

Ačkoliv ve Velké Británii hnutí paliativní péče založila Dame Cicely Saunders již v 60. letech a péče na konci života byla dobrá, v paliativní péči pro starší lidi stále existuje řada problémů, zejména v akutní a domácí péči. V roce 2008 byla vydána strategie péče na konci života ministerstvem zdravotnictví. Mezi nedávné iniciativy Spojeného království patří např. *National End of life Care Pathway (NEoLCP)* nebo *Electronic Palliative and Care Co-ordination Systems (EPaCCS)*.

Německo

Německo může být jedním z příkladů poměrně stabilního financování služeb prostřednictvím sociální pojištění na dlouhodobou péči. Zejména na rozdíl od systémů dotací na období jednoho roku, které kromě nejistoty většinou znamenají i značnou administrativní a byrokratickou zátěž a využívání lidských zdrojů a kapacit na činnosti, které by mohly být využity účelněji ve prospěch zvýšení kvality péče a služeb.

Německo systém pojištění na dlouhodobou péči zavedlo v roce 1995 jako nejmladší povinné pojištění v rámci německého systému sociálního pojištění (zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1883, úrazové pojištění v roce 1884, důchodové v roce 1889 a pojištění proti nezaměstnanosti v roce 1927). Primárním motivem zavedení pojištění byla kontrola a zastavení růstu nákladů na dlouhodobou péči (sociální péči a pomoc). Tento záměr se však nepodařilo naplnit.

Z pojištění se financuje poskytování příspěvku na péči (*Pflegegeld*) stanoveného na základě posouzení míry potřeby péče ve třech základních úrovních (*Pflegestufe*). Příspěvek může být čerpán v podobě peněžní nebo jako „věcná dávka“ v podobě služby. Varianta čerpání v podobě finanční dávky je nižší (např. ve třetím stupni 1 550 € při čerpání prostřednictvím služby oproti 700 € při zvolení finanční formy příspěvku). Příspěvek je možné stejně jako v ČR čerpat i v rámci využívání neformální péče v rámci rodiny. Z 2,5 mil. osob s potřebou dlouhodobé péče v Německu jich 70% (1,76 mil.) dostává péči v domácím prostředí a necelá třetina (30%, 743 tis.) v pobytových službách či domovech pro seniory.

Přes uvedené změny a stabilnější zdroje financování se i Německo potýká s růstem nákladů a nedostatkem financí na sociální služby. Obdobně v České republice zavedení příspěvku na péči nenaplnilo očekávaný cíl, kterým bylo podpořit rozvoj zejména nepobytových sociálních služeb. Kapacity a nabídka terénních sociálních služeb pro seniory v uplynulém období spíše stagnovala a rostly zejména kapacity pobytových služeb, mimo jiné právě z důvodu nedostatečné nabídky a komplexnosti komunitních zdravotně sociálních služeb.

Izrael čelí z mnoha důvodů specifické situaci. Mezi imigranty je na rozdíl od tradiční migrace za prací v jiných zemích vyšší podíl seniorů ve věku 65 a více let, a to dokonce více než v populaci Izraele samotného, konkrétně 17 % oproti 9,5 % v populaci. Dochází totiž k negativní selekci, kdy přichází zejména chudší migranti z postsovětských zemí. Imigranti mají v Izraeli automaticky nárok ze zákona na občanství, finanční pomoc, zdravotní pojištění, daňové úlevy a dalších výhody. Na rozdíl od většiny zemí, kde imigrace přispívá k omlazování věkové struktury populace, dochází vlastně v Izraeli k opaku. Migrace je naopak faktorem růstu počtu a podílu seniorů a stárnutí populace. Od roku 1948 Izrael přijal imigranty z více než 100 zemí.

Pojištění na dlouhodobou komunitní péči je v Izraeli zavedeno od roku 1988 (pro osoby v důchodovém věku, pro muže ve věku od 67 a ženy ve věku od 62 v komunitě s omezením soběstačnosti, resp. ADL – aktivit denního života). Pojištění zajišťuje nárok na základní úroveň péče podle potřeby až 18 hodin týdně. Izrael má také Národní pojištění na domácí péči pro osoby se zdravotním postižením.

V Izraeli jsou dobře vyvinuté zdravotní a sociální služby v komunitě a nízká úroveň „institucionalizace“. Ze všech starších Izraelců celkem 96,9 % žije doma a 3,1% v různých institucích (domovy pro seniory atd.). Pouze 12% seniorů s postižením žije v dlouhodobé ústavní péči. Mezi problémy patří fragmentace a špatná koordinace služeb (jednotlivé zdravotní služby a jiné služby), aktuální a očekávaný nedostatek odborníků různých specializací a placených pečujících v domácím prostředí.

V rámci pregraduálního vzdělávání se geriatric v Izraeli vyučuje na všech čtyřech lékařských fakultách. Další vzdělávací program se poskytuje zdravotním sestrám, ředitelům zařízení sociálních a zdravotních zařízení dlouhodobé péče, zaměstnancům denních center a dobrovolníkům. Gerontologie se vyučuje jako magisterský obor. V rámci postgraduálního vzdělávání je dostupná specializace v geriatrii, postgraduální kurzy pro lékaře a nelékařské pracovníky.

Mgr. Petr Wija, Ph.D.
Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE



Komunitní podpora zdravotně sociálních služeb ve Švédsku – vize pro ČR

V příspěvku je použit text poslední verze švédského zákona o sociálních službách, který nechal přeložit ze švédštiny Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE v rámci projektu „Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“ financovaného z Programu švýcarsko-české spolupráce. Příspěvek dále čerpá z informací mezinárodní konference na téma „Integrované služby a podpora stárnutí v komunitě“, pořádané Diakonií ČCE dne 12. května 2014 v Praze, na které švédský systém představil Kent Löfgren, zástupce švédského Ministerstva pro zdraví a sociální věci.

Silná role samosprávy jako předpoklad úspěšného fungování komunitních služeb

Švédsko je považováno za příklad dobrého řešení role obcí a podpory seniorů z jejich strany. Nárok na podporu ze strany obce je ve Švédsku chápán jako individuální právo. Obce ve Švédsku na rozdíl od České republiky neodpovídají pouze za sociální služby, ale i za některé zdravotní služby, jako je např. domácí péče, respektive za zdravotní a lékařské služby pro seniory. To je jedním z předpokladů lepší provázanosti různých služeb ať už poskytovaných v domácím prostředí nebo pobytovou formou. Pouze některé druhy zdravotní péče jsou v kompetenci regionální samosprávy (18 krajů).

Hlavní odpovědnost za podporu křehkých seniorů má ve Švédsku 290 municipalit, které v českém měřítku odpovídají spíše obcím s rozšířenou působností než obcím II. či I. typu.

Obce jsou zodpovědné za financování sociálních služeb i podporu svých znevýhodněných obyvatel, včetně znevýhodněných ekonomicky. Většinu služeb obce také samy poskytují. Od roku 2009 však mohou v rámci snahy o uplatnění „práva na možnost volby“ umožnit konkurenci v rámci obce v podobě vstupu soukromých poskytovatelů.

Obce jsou ve Švédsku motivovány k tomu, aby zajistily dostupnost sociálních služeb pro osoby hospitalizované ve zdravotnických zařízeních. Přebírají automaticky náklady na hospitalizaci pacientů, kteří nemohou být v důsledku nedostupnosti obecních služeb propuštěni ze zdravotnického zařízení. Návaznost nejen jednotlivých segmentů zdravotní péče, ale také koordinace a návaznost sociálních a zdravotních služeb je důležitým a na významu nabývajícím prvkem funkčního modelu integrovaných podporných služeb (SIPS) v evropském i globálním měřítku.

Sociální služby a služby pro seniory se doplňují a prolínají se službami pro osoby se zdravotním postižením. Pravidla fungování sociálních služeb, zejména vůči lidem

s postižením, určují a vymezují kromě zákona o sociálních službách další dva zákony, a to zákon o podpoře a službách pro osoby s určitými funkčními postiženími (*Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments*) a zákon o svobodné volbě (*Act on free choice systems*).

Zákon o svobodné volbě systému byl přijat v roce 2009 a obce jej měly naplnit do roku 2014. Zákon má otestovat konkurenceschopnost služeb poskytovaných obcí a krajskými radami a zvýšit možnosti volby zdravotní péče, podpory a poskytovatele sociálních služeb. Umožňuje, aby starší lidé učinili vlastní rozhodnutí o domácí péči a pobytových službách. Kvalita je nyní posílena prostřednictvím národního otevřeného srovnání kvality a účinnějším dohledem. Zákon poskytuje alternativu k zadávání veřejných zakázek podle zákona o veřejných zakázkách a může být aplikován k nákupu péče a podpůrných služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, včetně služeb v oblasti zdravotní a lékařské péče.

Zákon o sociálních službách a principy podpory seniorů ze strany obce

Tuto odpovědnost v současnosti upravuje zejména zákon o sociálních službách (*Socialtjänstlag (2001:453)*), který uvádí, že „starší lidé musí mít možnost žít a vést nezávislý život v bezpečných podmínkách a žít aktivně a smysluplně ve společnosti druhých. Obce jsou povinny zřídit zvláštní formy bydlení pro starší osoby, které potřebují zvláštní pomoc“.

Švédský zákon také stanoví, že sociální služby mají být „s ohledem na odpovědnost člověka za sociální situaci jeho vlastní i jeho dalších spoluobčanů zaměřeny na emancipaci a rozvoj vlastních možností jednotlivců a skupin a že veškerá činnost v rámci sociálních služeb musí být založena na respektu k právu na sebeurčení lidí a jejich integritu“.

Podle zákona o sociálních službách, starší lidé „musí mít možnost vybrat si, do té míry, v jaké je to možné, kdy a jak získají podporu a pomoc v domácnosti a další služby. Obec nese maximální odpovědnost za to, aby se těm, kdo v obci pobývají, dostalo takové podpory a pomoci, kterou potřebují“. Zákon také upravuje například součinnost obcí, pokud se senior potřebující sociální služby stěhuje. Domovská obec je na povinná poskytnout šetření, které obec, do níž se dotýčná osoba stěhuje, potřebuje s ohledem na zajištění potřebných služeb. Obec může s jinou obcí uzavřít smlouvu o provádění úkolů obce v rámci sociálních služeb. Prostřednictvím takové smlouvy může obec poskytovat služby obci jiné.

Působnost sociálních komisí v obcích

Důležitým subjektem při zajišťování sociálních služeb jsou „sociální komise“ (*Socialnämnd*) – obecní orgán pro fungování sociálních služeb v rámci obce. Té zákon o sociálních službách ukládá podrobně se seznamovat s životními podmínkami v obci,

spolupracovat na společenském plánování a ve spolupráci s dalšími společenskými orgány, organizacemi, sdruženími a soukromými osobami rozvíjet v obci kvalitní prostředí pro život, dále informovat o sociálních službách v obci, vyhledávat osoby potřebující pomoc a jiným způsobem rozvíjet předpoklady pro kvalitní životní podmínky. Sociální komise odpovídají také za ekonomickou pomoc a další pomoc rodinám a jednotlivým osobám, které tuto pomoc potřebují.

Sociální komise musí prostřednictvím pečovatelské služby, „činnosti denní péče“ (jako služby denní péče jsou ve švédském systému označovány služby pro osoby s demencí a osoby o ně pečující) nebo jiné podobné sociální služby jednotlivcům usnadňovat, aby mohli bydlet doma a měli kontakt s ostatními.

Financování a zpoplatnění sociálních služeb

Specifickou a silnou roli (a odpovědnost) obcí a krajských samospráv při poskytování sociálních a zdravotních služeb zřejmě podporuje uspořádání daňového systému.

Většina aktivit krajů a obcí je financována prostřednictvím krajské, resp. obecní daně. Každá krajská rada přijímá svá vlastní rozhodnutí o daňové sazbě a o tom, jak rozdělit příjmy z daní. Krajské rady mají rovněž příjem z poplatků pacientů a prodeje služeb.

Podle švédské asociace obcí a regionů (*Sveriges Kommuner och Landsting*), která problematice služeb pro seniory věnuje dlouhodobě pozornost, má však zákonný požadavek na vyrovnaný rozpočet (podle zákona o místní samosprávě) často přednost před zajištěním a splněním potřeb jednotlivců podle zákona o sociálních službách.

Podle švédského zákona o sociálních službách nejsou úkony podpory a pomoci léčebného charakteru zpoplatněny. Předpisy o nejvyšší možné úhradě, kterou lze vybírat za jednotlivý den, vydává vláda. Za jiné úkony podpory a pomoci může obec vybírat úhradu v přiměřené výši. (Kapitola 8 zákona). § 2 8. kapitoly dále stanoví, že poplatky za pečovatelskou službu nesmí, společně s poplatky podle § 26, třetího odstavce zákona o zdravotnické a nemocenské péči (1982:763), dosáhnout tak velké částky, aby si jednotlivec nemohl vyhradit dostatečné prostředky pro své vlastní osobní potřeby, náklady na bydlení a další normální životní náklady. Při stanovování těchto poplatků se musí obec ubezpečit o tom, že manželovi/manželce či druhovi/družce poživitele péče nehrozí nepřiměřené zhoršení ekonomické situace.

Poskytování sociálních služeb je zpoplatněno. Existuje však ochrana proti vysokým nákladům. Maximální poplatek za péči o seniory je 1 780 SEK (€ 204) za měsíc. Pro zdravotní péči maximální limit plateb 1 100 (€ 126) SEK za rok, v případě plateb za léky je limit pro maximální náklady 2 200 SEK (€ 253) za rok. Osoba má právo na ponechání dostatečné finanční částky na nájem a minimálně 5 023 SEK (€ 577) na měsíc a osobu na každodenní životní náklady. Teprve při příjmu nad tuto částku obec může účtovat poplatek za sociální služby.

Priority a aktivity Švédského království a role dalších institucí

Prioritou vlády je posilování a podpora zdraví, soběstačnosti, důstojnosti, individualizované péče a kvality služeb.

Švédsko zavedlo národní standardy kvality péče o seniory s demencí a zřídilo Národní registr osob s demencí s cílem zlepšení kvality poskytování léčby a péče. V některých zařízeních se podařilo snížit užívání neuroleptik na 50% a počet úrazů v důsledku pádů o 78%.

Dalším důležitým aktérem na poli sociálních a zdravotních služeb jsou ve Švédsku Národní rada pro zdraví a dobré životní podmínky (*Socialstyrelsen*), Inspektorát zdravotní a sociální péče (*Inspektionen för vård och omsorg*), který existuje od 1. června 2013, nebo Švédská agentura pro analýzu zdravotních a sociálních služeb (*Myndigheten för vårdanalys*), jejímž posláním je posílení postavení pacientů a uživatelů prostřednictvím analýzy zdravotní péče a služeb sociální péče z pohledu pacientů a občanů.

Mezi další vládní agentury, které ovlivňují švédský zdravotní a sociální systém patří švédská eHealth agentura (*eHälsomyndigheten*), která si klade za cíl přispět ke zlepšení zdravotní péče a zdraví tím, že sleduje vývoj národní e-zdravotnické infrastruktury. Agentura odpovídá například za národní lékovou statistiku a statistiku prodeje léků ve Švédsku.

Mezi další subjekty patří Švédská agentura pro sociální pojištění (*Försäkringskassan*), která spravuje sociální pojištění a zajišťuje výplatu dávek a příspěvků nebo Švédská agentura pro veřejnou správu (*Statskontoret*), která se zaměřuje na hodnocení fungování, efektivitu a dopadů rozhodnutí veřejné správy a jejich politiky.

Přestože Švédsko v současnosti v rámci EU reprezentuje nejlepší systém služeb pro seniory a švédská vláda tyto priority hájí i na mezinárodní úrovni, ani Švédsku se podle slov představitelů švédského ministerstva pro zdraví a sociální věci nevyhýbají skandály, při kterých média informují o špatné péči v zařízeních pro seniory (personál je přetížen, nedostatečné zdroje, nedostatečná kvalifikace, nadužívání tlumivých léků apod.). Na druhé straně 88% seniorů vyjadřuje vysokou úroveň spokojenosti s péčí v domácnosti a 90% starších lidí říká, že zaměstnanci s nimi jednají dobře. Problémem jsou také regionální rozdíly v míře odvrátitelných hospitalizací a rehospitalizací během 30 dnů po propuštění.

Dalším ne úplně ideálním stavem, na který upozorňuje švédská asociace municipalit a regionů ve zprávě „*Care of the Elderly in Sweden Today*“ (dostupné v angličtině) je podle názoru obcí příliš podrobná právní úprava sociálních služeb, která často vede k odporu proti tomuto zákonu. Přílišná administrativní zátěž a důraz na nepodstatné formální náležitosti ubírající lidské kapacity kvalitní péči jsou často předmětem kritiky i v České republice.

Důstojnost a posílení role jedince ve zdravotním a sociálním systému

Švédské zdravotnictví a služby se orientují na pacienta. Posílení možností volby, svobody a důstojnosti je zdůrazňováno nejen ve vztahu k službám pro seniory, ale v rámci

zdravotních a sociálních služeb obecně. V roce 2012 Švédská agentura pro analýzu zdravotních a sociálních služeb vydala zprávu *Zaměření na pacienta ve švédském zdravotním systému – hodnocení a šest kroků ke zlepšení* („*Patient-Centeredness in Sweden's Health System – An assessment and six steps for progress*“), ve kterém hodnotí míru podpory rozhodování a volby pacienta.

Hodnocení vychází z pěti cílů:

- Posílení postavení pacientů prostřednictvím informací a vzdělávání
- Respektování potřeb, preferencí a hodnot pacientů jako jednotlivců
- Koordinaci péče mezi poskytovateli služeb a zajištění kontinuity péče
- Holistický přístup k pacientům jako lidem se zdravotními a nemedicínskými potřebami (tj. sociálními, emocionálními a spirituálními potřebami)
- Zapojení rodiny a blízkých přátel do zdravotní péče, a to v rozsahu podle přání pacienta.

Zpráva doporučuje 6 kroků ke zlepšení orientace na pacienta ve švédském systému zdravotní péče:

- Zajistit dodržování legislativy zaměřené na posílení postavení pacientů,
- Ustavit pacienty jako plnoprávné partnery poskytovatelů a posílit roli pacientů při rozhodování o jejich zdraví a péči,
- Motivovat a angažovat pacienty a jejich zástupce do zdravotní politiky a úředních rozhodnutí,
- Pokračovat ve snaze o usnadnění koordinace a kontinuity péče
- Vymezit rámec pro hodnocení role pacienta, který odráží priority švédských pacientů
- Posílit úsilí o hodnocení a monitoring orientace na pacienta

Závěr

Uvedené informace ukazují systematický a koncepční zájem Švédské vlády i samosprávy o zlepšení kvality a důstojnosti podpory křehkých seniorů ve Švédsku na obecní úrovni a na silnou odpovědnost i iniciativu obcí v sociálním a zdravotním systému. V posledních letech a desetiletích Švédsko přijalo řadu kroků, které mohou být inspirací i pro Českou republiku, která se nyní ocitá na rozcestí a musí se rozhodnout, jakým způsobem dále posílit systém integrovaných sociálně zdravotních služeb, aby dokázala zajistit dostupnost služeb pro křehké seniory. Jejich počet rychlým tempem narůstá, aniž by Česká republika měla jednu společnou koncepci zdravotně sociálních služeb, která by strategicky stavěla na podpoře stárnutí doma a v komunitě a na partnerství vlády a municipalit při obnově či posílení důvěry v obecní samosprávy jako přirozeného pojítka místních služeb a aktéra kvality života v komunitách.



institut důstojného stárnutí

Mgr. Petr Wija, Ph.D.
Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE

„Pro-aging“ v pojetí Heinze Rüggera

Jedním z úkolů Institutu důstojného stárnutí je přispět ke změně postoje ke stáří ve společnosti. Výstupy z kulatých stolů, které institut pořádal po celé republice, potvrdily poptávku po detabuizaci stáří, a to již na úrovni školního vzdělávání. Důležitým krokem ke změně společenského klimatu je hlubší porozumění této životní etapě. Současný jednostranný obraz stáří jako procesu pozvolného úpadku tělesných a duševních sil musí být nahrazen komplexnějším pohledem, který vnímá jeho specifické hodnoty a ukazuje na nezastupitelnou roli seniorů ve společnosti, kdysi zcela samozřejmě přijímanou. Jedině tak je možné zbavit stáří jeho stigma a znovuobjevit jeho přínos pro společnost.

Sociálním a etickým aspektům stárnutí se trvale věnuje švýcarský Institut Neumünster, s nímž Institut důstojného stárnutí od svého vzniku spolupracuje. Institut Neumünster je součástí diakonického střediska Stiftung Diakoniewerk Neumünster, které se v roce 2011 stalo partnerskou organizací Diakonie ČCE. Středisko provozuje nemocnici, terapeutické centrum a několik domovů pro seniory, vzdělává a odborně připravuje pracovníky zejména v oboru ošetrovatelství a provádí výzkum v oblasti gerontologie a spirituality. Jedním z úkolů Institutu Neumünster je etická reflexe stáří, demence a umírání. Těmito tématy se dlouhodobě zabývá také člen institutu Dr. Heinz Rügger, MAE.

- Rügger především upozorňuje na to, že stárnutí v rozvinuté části světa již dávno není jen biologickou daností, ale v rostoucí míře také kulturně a společensky podmíněným procesem, který je možné zásadním způsobem ovlivnit a utvářet podle individuálních přání. Proto se hovoří se o *plasticitě* stárnutí, která nevyjadřuje pouze dávno známé poznání, že je každému „dáno“ zestárnout jiným způsobem, ale i skutečnost, že člověk je za své stárnutí stále více odpovědným. Stárnutí se tak stává úkolem, před který je každý z nás postaven. Přibývají odborníci a poradci, kteří nabízejí metody „správného“ stárnutí. Třebaže neexistuje zcela jednotná představa o tom, jak by ideální stáří mělo vypadat, je možné identifikovat několik základních postojů a strategií.

Anti-aging. Pohled na stárnutí je v současné společnosti silně ovlivňován kultem mládí, pod jehož vlivem lidé chtějí až do vysokého věku vypadat mladě, zůstat zdraví a plně soběstační. Ztráta autonomie či zdravotní omezení jsou vnímány jako dehonestující, snižující hodnotu a smysl života. Na tyto potřeby reaguje trend „anti-agingu“, pod nímž se ovšem skrývají rozdílné fenomény: vědecké výzkumy v oblasti biologie a medicíny, marketingové strategie farmaceutického a kosmetického průmyslu, zdravotnické služby, poradenství v oblasti stravování a životního stylu, fitness a wellness nabídky. Společně

těmto jevům je, že stárnutí pokládají za něco negativního až patologického, proti čemu je nutné bojovat jak prevencí, tak terapií. Ideologie anti-agingu navazuje na archaické sny lidstva o stálé mladosti a nesmrtelnosti, a proto rychle pronikla do populární kultury. Stáří tak přestává být přirozenou součástí životního běhu, která s sebou vedle mnohých obtíží a omezení nese specifické výzvy a šance. Potlačování příznaků stáří a strach před ním bere stárnoucímu člověku možnost tyto šance objevit a prožít stáří jako plnohodnotnou a důstojnou součást svého života.

Successful aging. Vznikl jako reakce na patologizaci stáří. Jeho předností je, že před stárnutím neuhýbá a vede ke konstruktivnímu přístupu k němu. Povzbuzuje stárnoucího člověka, aby byl co nejdéle zdravý, aktivní a samostatný, podílel se na společenském životě, pěstoval mezigenerační kontakty, dále se všestranně rozvíjel a v neposlední řadě byl také materiálně zabezpečený. Všechny tyto faktory mají zajistit životní spokojenost ve stáří. Tato koncepce ovšem (nevědomky) sugeruje představu, že dobré stáří je možné pouze tehdy, jsou-li splněna všechna výše uvedená kritéria. Do obrazu úspěšně stárnoucího člověka pak vůbec nezapadají negativní zkušenosti, jež jsou nevyhnutelným průvodním jevem stáří (utrpení, omezení, ztráty, ubývání sil). Successful aging nebere v úvahu způsob, jakým člověk tyto jevy zpracovává a integruje, a hodnotí stárnutí pouze na základě výše uvedených kritérií úspěšného stárnutí. Vše, co stárnoucí člověk prostě musel vytrpět, aniž to mohl ovlivnit, podle této koncepce nijak nepřispívá k hodnotě stárnutí a působí pouze rušivě.

Rügger proto volá po „umění stárnout“, které stáří ani neodmítá, ani ho neidealizuje, ale přijímá ho se všemi jeho světlými i stinnými stránkami, se všemi šancemi i omezeními. Umění stárnout se osvědčuje právě ve schopnosti zpracovat a zvládnout všechny těžkosti, ztráty a konflikty, které stáří přináší. K dobrému stárnutí ovšem jistě patří také pěstování všeho dobrého, co stáří umožňuje a přináší. Následující Rüggerovy charakteristiky dobrého stárnutí tedy zahrnují aktivní i pasivní, produktivní i receptivní prvky:

1) Generativita. Tento termín původně užíval psycholog Erik H. Erikson pro dospělý věk spojený s výchovou dětí a s hmotnou, sociální a kulturní produktivitou. Rügger je ovšem přesvědčen, že ho lze v modifikované podobě aplikovat i na stáří. Starý člověk může být i nadále „něčím pro druhé“, ať už pro vlastní rodinu, nebo pro společnost. Generativita se ovšem nevyčerpává jen aktivitami navenek, ale zahrnuje také aktivní postoj vůči vlastnímu stárnutí. Stárnoucí člověk má zůstat – nakolik mu to síly dovolí – zodpovědný za svůj život a nepřepřít tuto odpovědnost na druhé. Zároveň má být ale schopný přijímat pomoc od druhých.

2) Osvobození od iluze dokonalosti. K umění stárnout patří nejen vděčnost za vše, co se mi povedlo, ale také pravdivé vnímání fragmentárnosti vlastního života, tedy vědomí, že mnohé v mém životě zůstalo nedokončeno a už nemám možnosti ani čas to dokončit. Dobré stárnutí se nepoměřuje pouze podle toho, jak daný člověk byl (případně stále ještě je) úspěšný a produktivní, ale také podle schopnosti přijmout vlastní nedokonalost a nedokončenost životního projektu.

3) Otevřenost pro pasivitu lidského života. Souvisí s předchozím prvkem a je aktuální zejména v západní kultuře zaměřené na výkon, zvládání a překračování hranic. Stárnutí

jako proces narůstání receptivních složek našeho života je výzvou k vyrovnání se s vlastní pasivitou, různými omezeními a utrpením. Stárnutí vede člověka k zesílenému vědomí toho, že lidský život je vždy také přijímáním, a tak zvýrazňuje „patické“ schopnosti: schopnost přijmout vlastní hranice, snášet utrpení, rozloučit se s něčím významným. Možná nejtěžší je ale pro seniora přijetí skutečnosti, že je odkázaný na pomoc a péči druhého, protože odporuje dnešnímu jednostrannému důrazu na samostatnost a soběstačnost.

4) Umění přijmout vlastní konečnost. Vědomí vlastní smrti nemá snižovat radost ze života a potlačovat vitalitu, ale naopak probouzí úctu k životu, k jeho jedinečnosti a neopakovatelnosti každého jeho okamžiku, a umožňuje ho smysluplně a radostně prožít. K „umění umírat“, které je nezbytnou součástí umění stárnout, patří také ochota věčně hovořit o vlastní smrti.

Za cíl dobrého stárnutí by podle Rüeeggera bylo možné označit životní nasycení, tedy pocit, že jsem svůj život nepromarnil, ale zároveň ho ani nechci za každou cenu prodlužovat. Podmínkou takového zestárnutí ovšem je, že se takový člověk snažil žít smysluplně během celého života; ve stáří pak může „sklízet“ to, co během života „zasel“. Stejně tak chce Rüeegger znovu objevit pozapomenuté – a přitom odedávna se stářím spojené – pojmy „zralost“ či „životní moudrost“. Rüeegger v návaznosti na empirické výzkumy psychologa Larse Tornstama hovoří o „gerotranscendenci“, která je zásadním posunem životní orientace člověka ve stáří: od kompetitivního postoje zaměřeného na výkon k postoji kontemplativnímu, od individualismu a k holistickému vědomí provázanosti všech věcí, od materialistického postoje ke spirituálnímu, od zaměření na přítomnost k vnímání bohatství tradice a vědomí odpovědnosti za budoucí generace. Pojem gerotranscendence shrnuje specifické hodnoty, které s sebou životní zralost a moudrost přináší a které jsou významným přínosem seniorů pro celou společnost. Znovuobjevení tohoto přínosu, který anti-aging ignoruje nebo zatlačuje do pozadí, umožňuje rehabilitovat stáří jako plnohodnotné životní období, přestat nahlížet na seniory pouze jako na předmět péče či dokonce jako na zátěž, a naopak vnímat, čím mohou být pro své okolí obdarováním.

Mgr. et Mgr. Kornélia Kolářová Takácsová, Th.D.
Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE
ve spolupráci s partnerem – Institut Neumünster



Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020: Obecný závazek pro bezbariérovou Evropu (dokument Evropské komise)



EVROPSKÁ KOMISE

V Bruselu dne 15.11.2010
KOM(2010) 636 v konečném znění

**SDĚLENÍ KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU, RADĚ, EVROPSKÉMU
HOSPODÁŘSKÉMU A SOCIÁLNÍMU VÝBORU A VÝBORU REGIONŮ**

**Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020:
Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu**

{SEK(2010) 1323}
{SEK(2010) 1324}

SDĚLENÍ KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU, RADĚ, EVROPSKÉMU
HOSPODÁŘSKÉMU A SOCIÁLNÍMU VÝBORU A VÝBORU REGIONŮ

Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020:
Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu

OBSAH

1.	Úvod.....	3
2.	Cíle a kroky.....	4
2.1.	Oblasti, kde je třeba podniknout kroky.....	5
2.2.	Realizace strategie.....	9
3.	Závěr	11

1. Úvod

Každý šestý člověk v Evropské unii (EU) má nějaké zdravotní postižení¹, které může být lehkého nebo těžkého stupně. To je přibližně 80 milionů osob, které se často nemohou plně zapojit do společnosti a ekonomiky kvůli překážkám v prostředí a v postojích okolí. Míra chudoby je v jejich případě o 70 % vyšší než u průměru populace, což je částečně způsobeno omezeným přístupem k zaměstnání².

Více než třetina osob nad 75 let má nějaký druh postižení, které je určité míry omezuje, a více než 20 % se musí vyrovnávat se závažným omezením³. Jelikož navíc populace EU stárne, bude počet těchto lidí nadále vzrůstat.

EU a její členské státy mají silný mandát zlepšit sociální a ekonomickou situaci osob se zdravotním postižením.

- Článek 1 Listiny základních práv Evropské unie (dále jen „listina základních práv“) uvádí, že „Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna.“ Článek 26 dále stanoví, že „Unie uznává a respektuje právo osob se zdravotním postižením na opatření, jejichž cílem je zajistit jejich nezávislost, sociální a profesní začlenění a jejich účast na životě společnosti.“ Kromě toho článek 21 zakazuje jakoukoli diskriminaci na základě zdravotního postižení.
- Smlouva o fungování Evropské unie požaduje, aby Unie při vymezování a provádění svých politik a činností bojovala s diskriminací na základě zdravotního postižení (článek 10) a uděluje jí pravomoc přijímat právní předpisy k boji proti takové diskriminaci (článek 19).
- Úmluva Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „úmluva OSN“), první právně závazný mezinárodní nástroj v oblasti lidských práv, již jsou EU a její členské státy vázány, bude brzy platná v celé EU⁴. Tato úmluva OSN požaduje, aby její smluvní strany chránily a zaručovaly všechna lidská práva a základní svobody osob se zdravotním postižením.

Podle úmluvy OSN zahrnují osoby se zdravotním postižením osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

Komise bude spolu s členskými státy pracovat na odstranění překážek pro dosažení bezbariérové Evropy a zohlední při tom nedávná usnesení Evropského parlamentu a Rady⁵.

¹ Šetření pracovních sil EU – modul ad hoc pro zaměstnávání zdravotně postižených osob (LFS AHM), 2002.

² Statistika Evropské unie v oblasti příjmů a životních podmínek (EU-SILC), 2004.

³ LFS AHM a EU-SILC 2007.

⁴ Byla uzavřena v roce 2007 a podepsána všemi členskými státy a EU; k 15. říjnu 2010 ji ratifikovalo 16 členských států (BE, CZ, DK, DE, ES, FR, IT, LV, LT, HU, AT, PT, SI, SK, SE, UK), přičemž v ostatních státech ratifikace probíhá. Úmluva OSN bude pro EU závazná a bude součástí jejího právního řádu.

⁵ Usnesení Rady (SOC 375 ze dne 2. července 2010) a 2008/C 75/01 a usnesení Evropského parlamentu B6-0194/2009, P6_TA(2009)0334.

Nyní předkládaná strategie stanoví rámec pro opatření na evropské úrovni spolu s opatřeními na úrovni jednotlivých států, která by měla řešit odlišnou situaci mužů, žen a dětí se zdravotním postižením.

Plně ekonomické a sociální zapojení osob se zdravotním postižením je nezbytné, má-li strategie EU Evropa 2020⁶ uspět a vytvořit inteligentní, udržitelný růst podporující začlenění. Společnost, která nikoho nevylučuje, rovněž vytváří příležitosti na trhu a podporuje inovaci. Vzhledem k poptávce ze strany stále většího počtu stárnoucích spotřebitelů má existence služeb a produktů přístupných všem silné ekonomické opodstatnění. Například trh EU s pomůckami pro osoby se zdravotním postižením (jehož roční hodnota se odhaduje na více než 30 miliard EUR⁷) je stále roztržštěný a pomůcky jsou drahé. Ani regulační rámce nebo opatření a ani vývoj produktů či služeb neodrážejí potřeby osob se zdravotním postižením adekvátně. Řada zboží a služeb, jakož i většina zastavěného prostředí, stále není dostatečně přístupná.

Hospodářský útlum měl na situaci osob se zdravotním postižením negativní dopad. O to naléhavější je nyní potřeba podniknout nezbytné kroky. Cílem této strategie je zlepšit životy jednotlivců a zároveň zajistit širší prospěch pro celou společnost a hospodářství bez zbytečného zatížení příslušných odvětví nebo správních orgánů.

2. CÍLE A KROKY

Hlavním cílem této strategie je posílit postavení osob se zdravotním postižením tak, aby mohly zcela využívat svých práv a mít úplný prospěch ze zapojení do společnosti a evropské ekonomiky, konkrétně prostřednictvím jednotného trhu. Dosažení tohoto cíle spolu s účinným prováděním úmluvy OSN v celé EU vyžaduje konzistentnost. Tato strategie identifikuje kroky, které je třeba podniknout na úrovni EU a které doplňují opatření jednotlivých států, a stanoví mechanismy⁸ nutné k provádění úmluvy OSN na úrovni EU, včetně v rámci orgánů EU. Dále stanoví podporu potřebnou pro financování, výzkum, informační kampaně, statistiku a sběr dat.

Tato strategie se zaměřuje na odstranění překážek.⁹ Komise určila osm hlavních oblastí, kde je třeba podniknout kroky: **přístupnost, zapojení do společnosti, rovnost, zaměstnanost, vzdělávání a odborná příprava, sociální ochrana, zdraví a vnější činnost**. Pro každou oblast byly stanoveny klíčové kroky spolu se zastřešujícím cílem na úrovni EU, který je uveden v rámečku. Jmenované oblasti byly vybrány na základě jejich potenciálu přispět k celkovým cílům této strategie a úmluvy OSN, na základě souvisejících strategických dokumentů orgánů EU a Rady Evropy, výsledků Akčního plánu EU v oblasti zdravotního postižení (2003–2010) a konzultací s členskými státy, zúčastněnými stranami a širokou veřejností. Odkazy na kroky jednotlivých států mají doplňovat opatření na úrovni EU spíše než pokrýt všechny povinnosti jednotlivých států v rámci úmluvy OSN. Komise se bude situací osob se zdravotním postižením zabývat rovněž prostřednictvím strategie Evropa 2020, jejích stěžejních iniciativ a oživením jednotného trhu.

⁶ KOM(2010) 2020.

⁷ Deloitte & Touche, Access to Assistive Technology in the EU (Přístup k asistivní technologii v EU), 2003, a výzkum BCC, 2008.

⁸ Článek 33 úmluvy OSN.

⁹ Průzkum Eurobarometr z roku 2006: 91 % občanů si myslí, že na odstraňování fyzických bariér pro osoby se zdravotním postižením by se mělo dávat více finančních prostředků.

2.1. Oblasti, kde je třeba podniknout kroky

1 – Přístupnost

„Přístupností“ se rozumí stav, kdy osoby se zdravotním postižením mají na rovnoprávném základě s ostatními přístup k fyzickému prostředí, dopravě, informačním a komunikačním technologiím a systémům a dalším zařízením a službám. Ve všech těchto oblastech stále existují zásadní překážky. V EU-27 například v průměru pouze 5 % veřejných internetových stránek zcela splňuje normy přístupnosti obsahu internetových stránek, ačkoli částečně přístupných jich je více. Velká část subjektů televizního vysílání poskytuje stále velmi málo pořadů opatřených titulky nebo audiopopisem¹⁰.

Přístupnost je předpokladem pro zapojení se do společnosti a ekonomiky a EU má v této oblasti před sebou ještě hodně práce. Komise navrhuje, aby se k optimalizaci přístupnosti zastavěného prostředí, dopravy a informačních a komunikačních technologií a systémů v souladu se stěžejními iniciativami Digitální agenda a Unie inovací použily legislativní a další nástroje, jako například normalizace. Na základě zásad dokonalejší regulace Komise prozkoumá výhody přijetí regulačních opatření, která by zajistila přístupnost produktů a služeb, včetně opatření na větší využívání veřejných výběrových řízení (která se ukázala být velmi účinná v USA¹¹). Bude podporovat začlenění přístupnosti a „designu pro všechny“ do vzdělávacích osnov a odborné přípravy pro příslušné profese. Bude rovněž podporovat trh pro celou EU s asistivní technologií. Na základě konzultací s členskými státy a dalšími zúčastněnými stranami Komise zváží, zda do roku 2012 navrhne „Evropský akt přístupnosti“. Ten by mohl obsahovat specifické normy pro konkrétní odvětví s cílem zásadně zlepšit fungování vnitřního trhu a přístupnými produkty a službami.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat činnost jednotlivých států při realizaci přístupnosti a odstraňování stávajících překážek a ve zlepšování dostupnosti a výběru asistivních technologií.

Zajistit přístupnost zboží, služeb (včetně veřejných) a pomůcek pro osoby se zdravotním postižením.

2 – Zapojení do společnosti

Stále existuje řada překážek, které brání osobám se zdravotním postižením plně využívat svá základní práva – včetně práv spojených s občanstvím Unie – a které omezují jejich zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Mezi tato práva patří právo na svobodný pohyb, právo zvolit si kde a jak chce člověk žít a právo na plný přístup ke kulturním, rekreačním a sportovním aktivitám. Například osoba s uznaným zdravotním postižením, která se přestěhuje do jiné země EU, může přijít o svůj nárok na příspěvky od původního státu, jako jsou například příspěvky na dopravu nebo doprava zdarma.

Komise bude pracovat na:

- překonání překážek, které brání osobám se zdravotním postižením využívat svá práva jako jednotlivci, spotřebitelé, studující a ekonomičtí a političtí aktéři. Bude pracovat na vyřešení

¹⁰ EK (2007), SEK(2007) 1469, s. 7.

¹¹ Oddíl 508 zákona Rehabilitation Act a Architectural Barriers Act.

problémů spojených s mobilitou uvnitř EU. Bude podporovat využívání evropského modelu parkovací karty pro osoby se zdravotním postižením a zjednoduší jej,

- podpoře přechodu z institucionální ke komunitní péči prostřednictvím: strukturálních fondů a fondu pro rozvoj venkova na podporu komunitních služeb a informačních kampaní o situaci osob se zdravotním postižením, které žijí v rezidenčních zařízeních, zejména děti a starších lidí,
- zlepšení přístupnosti organizací, činností, akcí a míst konání v oblasti sportu, volného času, kultury a rekreace, jakož i zboží a služeb v této oblasti, včetně audiovizuálních. Bude pracovat na podpoře účasti na sportovních událostech a organizace sportovních akcí pro osoby se zdravotním postižením, prozkoumání způsobů jak usnadnit používání znakové řeči a Braillova písma při komunikaci s orgány EU, řešení přístupnosti k hlasování, aby osoby se zdravotním postižením mohly snáze využívat svého práva občanů EU volit, podpoře přeshraničního šíření děl chráněných autorským právem v přístupném formátu, podpoře využívání rozsahu výjimek stanovených směrnicí o autorském právu¹².

Kroky EU budou podporovat činnost jednotlivých států s cílem:

- dosáhnout přechodu od institucionální ke komunitní péči včetně využívání strukturálních fondů a fondu pro rozvoj venkova k odborné přípravě lidských zdrojů a k přizpůsobení sociální infrastruktury, k rozvoji režimů financování pro osobní asistenci, k podpoře solidních pracovních podmínek pro profesionální pečovatele a k podpoře rodin a neformálních pečovatelů,
- učinit organizace a činnosti v oblasti sportu, volného času, kultury a rekreace přístupné a využít možnosti pro výjimky ze směrnice o autorském právu.

Dosáhnout plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti:

- tím, že jim bude umožněno využívat všech výhod občanství EU,
- odstraněním administrativních překážek a překážek v postojích okolí k plnému a rovnoprávnému zapojení,
- zajištěním kvalitních komunitních služeb, včetně přístupu k osobní asistenci.

3 – Rovnost

Více než polovina Evropanů se domnívá, že diskriminace na základě zdravotního postižení nebo věku je v EU široce rozšířená¹³. V souladu s požadavky článků 1, 21 a 26 listiny základních práv a článků 10 a 19 Smlouvy o fungování EU bude Komise podporovat rovné zacházení s osobami se zdravotním postižením prostřednictvím dvoukolejného přístupu. To znamená používání stávajících právních předpisů EU k zajištění ochrany před diskriminací a zároveň provádění aktivní politiky boje proti diskriminaci a podpory rovných příležitostí v rámci opatření EU. Komise se rovněž zaměří na vícenásobnou diskriminaci, které mohou být vystaveny osoby se zdravotním postižením z důvodu dalších faktorů, jako je jejich

národnost, věk, rasa nebo etnická příslušnost, pohlaví, náboženství nebo přesvědčení či sexuální orientace.

Komise rovněž zajistí, aby směrnice 2000/78/ES¹⁴, která zakazuje diskriminaci v zaměstnání, byla plně provedena. Bude podporovat různorodost a bojovat s diskriminací prostřednictvím informačních kampaní na úrovni EU i jednotlivých států a podporovat činnost nevládních organizací působících v této oblasti v celé EU.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat opatření a programy jednotlivých států s cílem dosáhnout rovnosti, například pomocí souladu právních předpisů členských států týkajících se způsobilosti k právním úkonům s úmluvou OSN.

Odstranit diskriminaci na základě zdravotního postižení v celé EU.

4 – Zaměstnání

Kvalitní pracovní místa zajišťují ekonomickou nezávislost, podporují osobní úspěchy a představují nejlepší ochranu proti chudobě. Míra zaměstnanosti osob se zdravotním postižením se však pohybuje pouze okolo 50 %¹⁵. Aby bylo možno dosáhnout cílů růstu, které si EU stanovila, je třeba, aby více osob se zdravotním postižením mělo placené zaměstnání na otevřeném trhu práce. Komise využije plný potenciál strategie Evropa 2020 a její Agendy pro nové dovednosti a pracovní místa tím, že bude členským státům poskytovat analýzy a politické poradenství a zajistí výměnu informací a další podporu. Zlepší poznatky o situaci zaměstnanosti žen a mužů s postižením, určí problémové oblasti a navrhne řešení. Zaměří svou pozornost zejména na mladé osoby s postižením, které jsou ve fázi přechodu ze vzdělávání do zaměstnání. Prostřednictvím výměny informací a vzájemného učení se bude zabývat mobilitou v rámci pracovních míst na otevřeném trhu práce a v chráněných dílnách. Se zapojením sociálních partnerů bude rovněž řešit otázku samostatně výdělečné činnosti a kvalitních pracovních míst, včetně aspektů, jako jsou pracovní podmínky a profesní postup. Komise zintenzivní svou podporu dobrovolných iniciativ, které podporují řízení rozmanitosti na pracovišti, jako jsou například charty rozmanitosti podepsané zaměstnavateli a iniciativou Sociální podnikání.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat úsilí jednotlivých států s cílem: analyzovat situaci osob se zdravotním postižením na trhu práce, bojovat se závislostí na sociálních dávkách a se stereotypy, které osoby s postižením odrazují od vstupu na trh práce, napomáhat jejich integraci do trhu práce za využití Evropské sociální fondu (ESF), vytvářet aktivní politiku zaměstnanosti, učinit pracoviště přístupnější, rozvíjet služby v oblasti zprostředkování zaměstnání, podpůrné struktury a školení při zaměstnání, podporovat využívání obecného nařízení o blokových výjimkách¹⁶, které umožňuje poskytnout státní podporu bez předběžného oznámení Komisi.

Umožnit mnohem více lidem se zdravotním postižením samostatně si vydělávat na živobytí na otevřeném trhu práce.

¹² Směrnice 2001/29/ES. Memorandum o porozumění podepsané zúčastněnými stranami dne 14. září 2009.

¹³ Zvláštní průzkum Eurobarometr 317.

¹⁴ Směrnice Rady 2000/78/ES (Úř. věst. L 303, 2.12.2000, s. 16).

¹⁵ LFS AHM 2002.

¹⁶ Nařízení Komise (ES) č. 800/2008 (Úř. věst. L 214, 9.8.2008, s. 3).

5 – Vzdělávání a odborná příprava

Ve věkové skupině 16–19 let dosahuje míra neúčasti na vzdělávání u osob se závažným zdravotním omezením 37 % a u osob s určitým zdravotním omezením 25 %, ve srovnání se 17 % u osob bez zdravotního omezení¹⁷. Hlavní systém vzdělávání je pro děti s těžkým zdravotním postižením jen obtížně přístupný a v některých případech je jejich vzdělávání segregované. Osoby se zdravotním postižením, zejména děti, by měly být vhodně integrovány do obecného systému vzdělávání a měla by jim být poskytnuta individuální podpora, která bude v nejlepší zájmu dítěte. Komise plně respektuje skutečnost, že za obsah výuky a organizaci vzdělávacích systémů nesou odpovědnost členské státy. S tímto vědomím hodlá podporovat cíl inkluzivního a kvalitního vzdělávání a odborné přípravy v rámci iniciativy Mládež v pohybu. Bude rozšiřovat poznatky o vzdělání a příležitostech osob se zdravotním postižením a podporovat jejich mobilitu tím, že zjednoduší jejich zapojení do programu celoživotního učení.

Kroky EU budou prostřednictvím rámce ET 2020, což je strategický rámec evropské spolupráce v oblasti vzdělávání a odborné přípravy¹⁸, podporovat úsilí jednotlivých států odstranit v obecných systémech vzdělávání a celoživotního učení právní a organizační překážky pro osoby se zdravotním postižením, zajišťovat vhodně načasovanou podporu pro inkluzivní vzdělávání a individuální přístup v učení a rovněž časnou identifikaci zvláštních potřeb, poskytovat adekvátní odbornou přípravu a podporu odborníkům, kteří pracují ve všech stupních vzdělávání, a podávat zprávy o míře účasti a výsledcích.

Podporovat inkluzivní vzdělávání a celoživotní učení žáků a studujících se zdravotním postižením.

6 – Sociální ochrana

Nižší účast na obecném vzdělávání a na trhu práce vede k nerovnostem v příjmech a k chudobě osob se zdravotním postižením a dále k sociálnímu vyloučení a izolaci. Je třeba, aby lidé se zdravotním postižením mohli využívat systémů sociální ochrany a programů na snížení chudoby, podpory zaměřené na osoby s postižením, programů sociálního bydlení a dalších podpůrných služeb nebo programů zaměřených na důchod nebo podporu. Komise se bude těmito otázkami zabývat v rámci Evropské platformy pro boj proti chudobě. To bude zahrnovat posouzení přiměřenosti a udržitelnosti systémů sociální ochrany a podpory prostřednictvím ESF. EU plně respektuje pravomoci členských států a bude podporovat vnitrostátní opatření na zajištění kvality a udržitelnosti systémů sociální ochrany pro osoby s postižením, zejména prostřednictvím výměny zkušeností a vzájemného učení.

Prosazovat důstojné životní podmínky pro osoby se zdravotním postižením.

7 – Zdraví

Lidé se zdravotním postižením mohou mít omezený přístup ke zdravotnickým službám, včetně běžné lékařské péče, což vede k rozdílům v oblasti zdraví, které nesouvisí s jejich postižením. Tito lidé mají nárok na rovný přístup ke zdravotní péči, včetně prevence, a na

specifické kvalitní a finančně dostupné zdravotnické a rehabilitační služby, které zohledňují jejich potřeby, včetně potřeb specifických pro jejich pohlaví. Tato oblast je zejména úkol pro členské státy, které nesou odpovědnost za organizaci a zajištění zdravotnických služeb a lékařské péče. Komise bude podporovat rozvoj opatření vedoucích k rovnému přístupu ke zdravotní péči, včetně kvalitních zdravotnických a rehabilitačních služeb určených pro osoby s postižením. Při realizaci opatření na odstranění rozdílů v oblasti zdraví se Komise zvláště zaměří na osoby s postižením, dále bude podporovat kroky v oblasti ochrany zdraví a bezpečnosti při práci s cílem snížit riziko postižení vznikajících během profesního života a s cílem zlepšit opětovnou integraci pracovníků s postižením¹⁹ a rovněž bude pracovat na prevenci tohoto rizika.

Kroky EU budou podporovat opatření jednotlivých států na zajištění přístupných, nediskriminačních zdravotnických služeb a zařízení, budou podporovat informovanost o problematice zdravotního postižení na lékařských školách a v osnovách pro zdravotnický personál, podporovat zajištění adekvátních rehabilitačních služeb, podporovat služby v oblasti duševního zdraví a rozvoj služeb zaměřených na včasný zásah a posouzení potřeb.

Podporovat rovný přístup ke zdravotnickým službám a souvisejícím zařízením pro osoby se zdravotním postižením.

8 – Vnější činnost

EU a členské státy by měly podporovat práva osob se zdravotním postižením i v rámci své vnější činnosti, včetně při rozšiřování EU a v programech sousedství a rozvoje. Ve vhodných případech bude Komise pracovat v širším rámci nediskriminace s cílem zdůraznit problematiku zdravotního postižení jako otázku lidských práv ve vnější činnosti EU, v oblasti naléhavé a humanitární pomoci bude zlepšovat povědomí o úmluvě OSN a o potřebách osob se zdravotním postižením, včetně otázky přístupnosti, v delegacích EU bude konsolidovat síť zpravodajů v oblasti zdravotního postižení a zlepšovat povědomí o otázkách zdravotního postižení, dbát na to, aby kandidátské a potenciální kandidátské země dosahovaly pokroku při podpoře práv osob se zdravotním postižením, a zajistí, aby finanční nástroje předpřístupové pomoci byly využity na zlepšení jejich situace.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat iniciativy jednotlivých států na řešení problematiky zdravotního postižení v dialogu se zeměmi, které nejsou členy EU, a ve vhodných případech do něj zařadí otázku zdravotního postižení a provádění úmluvy OSN s ohledem na závazky z Akkry týkající se účinnosti pomoci. Budou podporovat dohodu a závazky v otázkách zdravotního postižení na mezinárodních fórech (OSN, Rada Evropy, OECD).

Podporovat práva osob se zdravotním postižením v rámci vnější činnosti EU.

2.2. Realizace strategie

Tato strategie vyžaduje společný a obnovený závazek orgánů EU a všech členských států. Kroky stanovené v hlavních oblastech výše je třeba podpořit těmito obecnými nástroji:

1 – Informační kampaně

¹⁹ Strategie EU v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na období 2007–2012- KOM(2007) 62.

¹⁷ LFS AHM 2002.

¹⁸ Závěry Rady ze dne 12. května 2009 o ET 2020 (Úř. věst. C 119, 28.5.2009, s. 2).

Komise bude pracovat na tom, aby si lidé s postižením byli více vědomi svých práv, a zvláště se zaměřili na přístupnost materiálů a informačních kanálů. Bude podporovat povědomí o přístupu „designu pro všechny“ k produktům, službám a okolnímu prostředí.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat veřejné informační kampaně o schopnostech a přispění osob se zdravotním postižením a budou usnadňovat výměnu osvědčených postupů v rámci skupiny na vysoké úrovni pro zdravotní postižení.

Zlepšovat povědomí společnosti o otázkách zdravotního postižení a podporovat znalosti osob se zdravotním postižením o jejich právech a o tom, jak je využívat.

2 – Finanční podpora

Komise bude pracovat na tom, aby programy EU v oblastech politiky, které mají význam pro osoby s postižením, jako například výzkumné programy, nabízely možnosti financování. Náklady na opatření, která by měla umožnit osobám s postižením účastnit se programů EU, by měly být kompenzovány. Finanční nástroje EU, zejména strukturální fondy, by měly být využívány přístupným a nediskriminujícím způsobem.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat úsilí jednotlivých států zlepšit přístupnost a bojovat s diskriminací prostřednictvím financování z běžných zdrojů, řádného použití článku 16 nařízení o strukturálních fondech²⁰ a maximalizace požadavků, pokud jde o přístupnost veřejných zakázek. Všechna opatření by měla být realizována v souladu s evropským právem hospodářské soutěže, zejména s pravidly o státní podpoře.

Optimalizovat využívání finančních nástrojů EU s ohledem na přístupnost a nediskriminaci a v programech po roce 2013 lépe zviditelnit možnosti financování, které mají význam pro problematiku zdravotního postižení.

3 – Statistika, sběr dat a monitorování

Komise bude pracovat na zefektivnění sběru informací o zdravotním postižení získaných prostřednictvím sociálních šetření EU (statistika EU v oblasti příjmů a životních podmínek, šetření pracovních sil – modul ad hoc, evropské dotazníkové šetření o zdraví), vytvoří šetření přímo zaměřené na překážky sociální integrace osob se zdravotním postižením a představí soubor ukazatelů sloužících k monitorování jejich situace s odkazem na klíčové cíle strategie Evropa 2020 (vzdělávání, zaměstnanost a snížení chudoby). Agentura EU pro základní práva byla požádána, aby v rámci svého mandátu k tomuto úkolu přispěla prostřednictvím sběru dat, výzkumu a analýzy.

Komise rovněž vytvoří internetový nástroj, který bude podávat přehled o praktických opatřeních a právních předpisech používaných při provádění úmluvy OSN.

Kroky EU budou podporovat a doplňovat úsilí členských států při sběru statistiky a dat odrážejících překážky, které brání osobám se zdravotním postižením využívat svá práva.

Doplnit sběr pravidelné statistiky o zdravotním postižení s cílem monitorovat situaci osob se zdravotním postižením.

4 – Mechanismy požadované úmluvou OSN

Rámec řízení požadovaný článkem 33 úmluvy OSN (kontaktní místa, koordinační mechanismus, nezávislý mechanismus a aktivní zapojení osob se zdravotním postižením a jejich organizací) je třeba uchopit na dvou úrovních: v členských státech v rámci širšího spektra politik EU a v orgánech EU. Na úrovni EU budou koordinační mechanismy založeny na stávajících nástrojích, a to jak mezi útvary Komise a orgány EU, tak mezi EU a členskými státy. Provádění této strategie a úmluvy OSN bude v rámci skupiny na vysoké úrovni pro zdravotní postižení pravidelně projednáváno se zástupci členských států a jejich národních kontaktních míst, s Komisí, s osobami se zdravotním postižením a jejich organizacemi a dalšími zúčastněnými stranami. Nadále budou podávány zprávy o dosaženém pokroku určené pro neformální ministerská setkání.

Kromě toho bude ustanoven rámec pro monitorování, který bude zahrnovat alespoň jeden nezávislý mechanismus, s cílem podporovat, chránit a monitorovat provádění úmluvy OSN. Po uzavření úmluvy OSN a po zvážení možné úlohy řady stávajících institucí a orgánů EU navrhne Komise rámec řízení, který by měl zjednodušit provádění úmluvy OSN v Evropě, aniž by přinesl nepřiměřenou administrativní zátěž.

Do konce roku 2013 předloží Komise zprávu o pokroku dosaženém pomocí této strategie, která se bude zabývat realizací navrhovaných kroků, pokrokem jednotlivých států a bude obsahovat zprávu pro Výbor pro práva osob se zdravotním postižením OSN²¹. Komise využije statistiku a sběr dat k ilustraci změn, k nimž by mělo dojít v rámci rozdílů mezi osobami s postižením a celou populací, a k zavedení ukazatelů týkajících se zdravotního postižení, které budou navázány na cíle strategie Evropa 2020 v oblasti vzdělávání, zaměstnanosti a snížení chudoby. To bude představovat vhodnou příležitost k revizi strategie a jejích kroků. Další zpráva je naplánována na rok 2016.

3. ZÁVĚR

Cílem této strategie je zužitkovat kombinovaný potenciál Listiny základních práv EU, Smlouvy o fungování Evropské unie a úmluvy OSN a plně využít strategii Evropa 2020 a její nástroje. Dává se tím do pohybu proces, jehož cílem je zlepšit postavení osob se zdravotním postižením, aby se mohly plně zapojit do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Jelikož lidé v Evropě stárnou, budou mít navrhované kroky hmatatelný dopad na kvalitu života stále většího počtu jejích obyvatel. Orgány EU a členské státy se vyzývají, aby společně pracovaly pod záštitou této strategie a vytvořily bezbariérovou Evropu pro všechny.

²⁰ Nařízení Rady (ES) č. 1083/2006 (Úř. věst. L 210, 31.7.2006, s. 25).

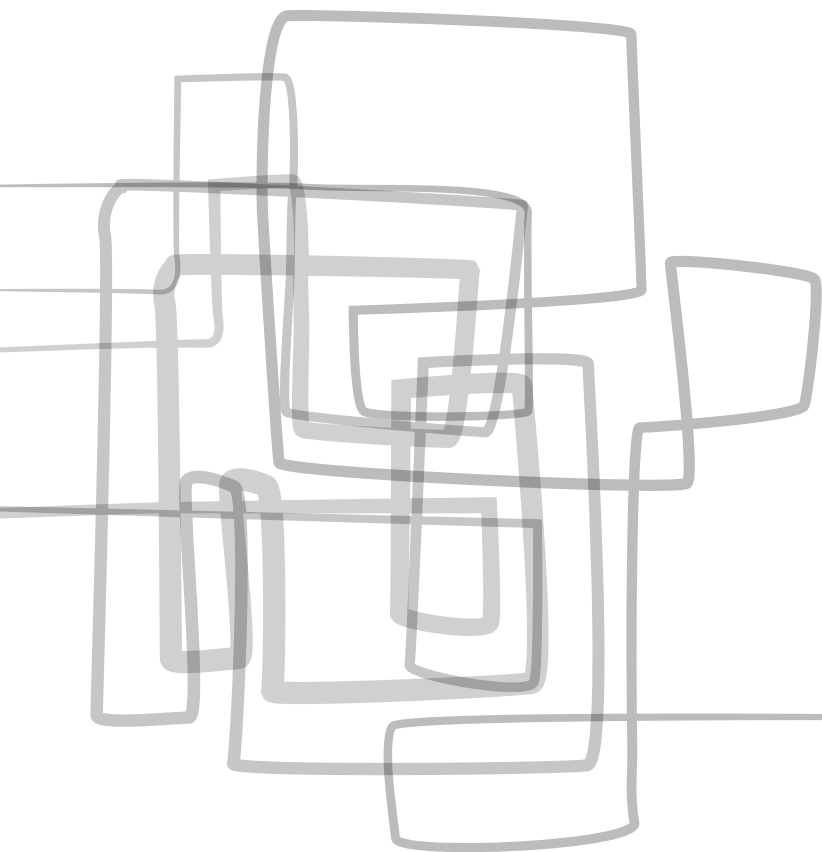
²¹ Článek 35 a 36 úmluvy OSN.

Seznam doporučené literatury:

- Bareš, P. *Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006 – 2007*. Praha: VÚPSV, v. o. s., 2008.
- Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L. *Sociální gerontologie – úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012.
- Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L. *Sociální gerontologie – východiska pro podporu zdraví a tvorbu zdravotní politiky*. Praha: Grada Publishing, 2014.
- Global age-friendly cities: a guide*. Genova, WHO, 2007, www.who/ageing/publications
- Greene G., Lakey L. *Building dementia-friendly communities: A priority of everyone*. Alzheimer's Society, 2013, www.alzheimers.org.uk.
- Hauke M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, 2011.
- Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: HavlíčekBrainTeam, 2010.
- Haškovcová, H. *Sociální gerontologie, aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2013.
- Holczarová V., Dvořáčková D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013
- Holmerová I., Starostová O., Vepřeková R., Wija P. *Bedekr aktivního stárnutí*. Praha: Fakulta humanitních studií, 2013
- Hudáková A., Majerníková L. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013.
- Cháb M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip – společnost pro změnu, 2004.
- Chloupková S. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2013.
- Jarošová D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009.
- Kalvach Z. *Manuální paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů, 2010.
- Kalvach Z., Čeledová L., Holmerová I., Jiráček R., Zavázalová H., Wija P. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2012.
- Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., Zavázalová H., Holmerová I., Weber P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008.
- Kuzmaníková I. A kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011.
- Mahrová G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008.
- Matoušek O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007.
- Michalík J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011.
- Nejdl P., Čermák D. *Participace a partnerství v místní veřejné správě*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2007.
- Pěch O., Probstová V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009.
- Průša, L. – Višek, P. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v. o. s., 2012.
- Sak P., Kolesárová K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012.
- Sláma O., Kabelka L., Vorlíček J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011.
- Špinková M. et al. *Standardy domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004.
- Šveřepa M., Hloušková Z. *Vodítka pro komunitní plánování sociálních služeb*. Občanské poradenské středisko, 2007.
- Zgola J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003.

Přehled kontaktů k získání dalších informací

- Age-friendly environments in Europe – www.afeinnovnet.eu
- Alzheimer's Society (Mezinárodní společnost zabývající se problematikou života s Alzheimerovou nemocí a demencí) – www.alzheimers.org.uk
- AGE-Platform Europe – www.age-platform.eu
- Asociace domácí péče – www.adp-cr.cz
- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče – www.asociacehospicu.cz
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky – www.apsscr.cz
- Cesta domů, Praha (mobilní hospic a nakladatelství hospicové literatury) – www.cestadomu.cz
- Česká alzheimerovská společnost – www.alzheimer.cz
- Česká asociace pečovatelské služby – www.caps-os.cz
- Česká asociace sester – www.cnna.cz
- Česká gerontologická a geriatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – www.cggs.cz
- Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – www.paliativnimedicina.cz
- Český statistický úřad – www.czso.cz
- Diakonie ČCE – www.diakonie.cz
- Diakonie ČCE – projekt Pomáháme pečovat (podpora laické domácí péče) – www.pecujdoma.cz
- Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče – Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze (CELLO) – www.cello-ilc.cz
- Gerontologické centrum Praha – www.gerontocentrum.cz
- Charita ČR – www.charita.cz
- International Federation on Ageing (IFA, Mezinárodní seniorská federace) – www.ifa-fiv.org
- Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE – www.dustojnestarnuti.cz
- Institut Neumünster, Curych, Švýcarsko – www.institut-neumuenster.ch
- Kancelář WHO (Světové zdravotnické organizace) v ČR – www.who.cz
- Město přátelské seniorům – www.mestoseniorum.cz
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – www.mpsv.cz
- Ministerstvo zdravotnictví ČR – www.mzcr.cz
- Národní síť Místních akčních skupin ČR – www.nsmascr.cz
- Národní síť zdravých měst ČR – www.zdravamesta.cz, www.nszm.cz
- Otevřeno seniorům – www.otevrenoseniorum.cz
- Quip – Společnost pro změnu, Praha – www.kvalitavpraxi.cz
- Rada seniorů České republiky (seniorská organizace) – www.rscr.cz
- Spolek pro obnovu venkova – www.spov.org
- Svaz měst a obcí České republiky – www.smocr.cz
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – www.uzis.cz
- Výzkumný ústav práce a sociálních věcí – www.vupsv.cz
- WHO (Světová zdravotnická organizace), seniorské programy – www.who.int/ageing
- WHO, Global network of age-friendly cities and communities – www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network
- Žít déle doma – www.zitdeledoma.cz
- Život90, Praha (proseniorská organizace, člen IFA, Age-platform) – www.zivot90.cz



**Podpora rozvoje komunitního systému
integrováných podpůrných služeb**

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. a kolektiv

Vydala Diakonie ČCE v roce 2014
v rámci projektu „Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“
vytiskla tiskárna Printo spol. s.r.o., Ostrava.
Grafická úprava : Alegra studio, Praha

Vydání první. Počet stran 100.

www.dustojnestarnuti.cz

ISBN 978-80-87953-08-2





Zdeněk Kalvach, geriatr a gerontolog, bývalý místopředseda České geriatrické společnosti a člen Rady vlády pro problematiku stárnutí a seniorů

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc. dlouhodobě pracoval a působil jako vedoucí lůžkového oddělení na III. Interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Atestoval z vnitřního lékařství a geriatric a obhájil kandidátskou disertační práci na téma problematika spotřeby zdravotnických služeb geriatrickými pacienty. Je autorem mnoha odborných a popularizačních článků a publikací. Zdeněk Kalvach působil jako místopředseda a vědecký sekretář České geriatrické a gerontologické společnosti a podílel se na řadě projektů v oblasti ochrany lidských práv, řešení otázek seniorské problematiky a formulování veřejné politiky. Je autorem a spoluautorem několika monografií, např. *Geriatric a gerontologie* (2004), *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (2008), *Manuál paliativní péče o umírající pacienty* (2010), *Křehký pacient a primární péče* (2011) nebo *Sociální gerontologie* (2012).

„Autorem největší části textu je lékař a přední český geriatr Zdeněk Kalvach, který srozumitelnou formou zpracoval teoretická východiska komunitních systémů.

Ke spolupráci přizval odborníky, kteří přispěli především prezentací svých zkušeností z komunitní práce.“

(citace z příspěvku profesorky Heleny Haškovcové)