

Bedekr aktivního stárnutí

Holmerová Iva, Olga Starostová, Mgr. et Mgr. Radka Vepřková, Petr Wija
Bedekr aktivního stárnutí

Vydala: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

CELLO – ILC – CZ

Recenzovaly: MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

a MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.

Odpovědný redaktor: Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Obálka a grafická úprava: Strange Diva under Škuta Design

Ilustrace: Toy_Box

Tisk: AMOS Typografické studio

1. vydání

Praha 2013

© Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2013

ISBN 978-80-87398-36-4

www.framprojekt.eu

BEDEKR AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ

aneb Jak se orientovat v krajině aktivního stárnutí a dlouhodobé péče

– průvodce pro občany a samosprávy

Obsah

Úvod	5	ICT a Internet	50
Jak tato publikace vznikla	7	Společenské aktivity	53
Metodika projektu	10	Podpora a rámec poskytování dlouhodobé péče v obcích	55
Proč jsou obce tak důležité?	11	Kdo potřebuje péči?	59
Podpora aktivního a zdravého stárnutí na místní úrovni	16	Soběstačnost a funkční vyšetření zdravotního stavu	62
Podpora zdraví a zdravého stárnutí	18	Akutní onemocnění a potřeba včasné péče	65
Komunikace a účast na správě obce	20	Case management	70
Bydlení	25	Podpora rodiny a neformálních pečovatelů	76
Bezbariérovost prostředí a dostupnost dopravy	30	Pečovatelská služba a domácí zdravotní péče	84
Pohybová aktivita a sport	36	Tísňová péče a podpora nezávislého života	92
Mezigenerační solidarita	39	Slovo závěrem	95
Dobrovolnictví	43	Poznámky	99
Vzdělávání	46	Reference	100

Úvod

Publikace, která se Vám dostává do rukou, si klade ambiciózní cíl: shrnout dosavadní poznatky a vytvořit pomůcku pro zástupce měst a obcí a jejich občany, která jim umožní lépe podporovat aktivní a zdravý život starších občanů tak, aby mohli zůstat ve svém prostředí a podílet se na životě ve své obci. Řada služeb a činností, ať jsou to vzdělávací, kulturní, pohybové, sportovní a společenské aktivity či společenská centra a kavárničky, jsou prokazatelně prvky, které prodlužují setrvávání starších lidí doma a oddalují potřebu využívání dlouhodobé péče. Senioři tak nemusí, jak se často stále bohužel říká a děje, být „přemístěni“ do zařízení dlouhodobé péče, léčeben či domovů, které jsou obvykle vzdálené od jejich blízkých, sousedů a známých a které za své domovy často nepovažují a považovat nemohou.

Výsledky našeho výzkumu jednoznačně ukázaly, že u nás žije mnoho lidí, kteří potřebují péči, ale je také mnoho těch, kteří jsou ochotni se podílet na životě obcí organizováním rozmanitých akcí a činností, a to nejen ku prospěchu svému, ale především těch ostatních.

Doporučení, která předkládáme, vycházejí jak z výsledků výzkumu realizovaného v rámci tohoto projektu, tak z literatury v této oblasti dostupné. Seznam základní literatury a zdrojů je uveden v závěru této publikace.

Provedli jsme analýzu webových stránek obcí, zejména obcí s přenesenou působností, v rámci které jsme se zaměřili na informace určené pro občany se sníženou soběstačností a na seniory.

Průběžně jsme sledovali další zdroje, které tyto informace poskytují.

Oslovili jsme starosty obcí s rozšířenou působností a statutárních měst a požádali je o zaslání stručných informací (eventuálně relevantních odkazů) prostřednictvím velmi stručného dotazníku. V místech, která jsme navštívili, jsme mapovali strukturu služeb, aktivity občanů a spolupráci s obcí.

Na semináři, který se uskutečnil na podzim 2012 a sloužil k výměně zkušeností a dobré praxe, bylo mimo jiné uvedeno, že dobrá obec se podobá dobře fungující rodině: s ohledem na aktuální potřeby svého seniora zajišťuje nebo zprostředkovává služby. Současně vytváří pro všechny občany životní, sociální a kulturní klima, ve kterém stáří prožité v obci není specifikum některých lidí, ale přirozenou a kvalitní součástí každého života.

Zároveň bychom chtěli poděkovat za konstruktivní a přátelskou spolupráci představitelům jednotlivých obcí, ve kterých proběhlo terénní šetření, speciálně pak Haně Rabenhauptové z Prachatic, která nás inspirovala i při tvorbě tohoto „bedekru“. Dík míří taktéž kolegům z vídeňského Evropského institutu pro sociální politiku a výzkum, přátelům z Dánska a Rakouska a v neposlední řadě Ministerstvu zdravotnictví, které je hlavním realizátorem projektu „Nový rámec politiky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování zdravotních služeb a služeb dlouhodobé péče“.

Jak tato publikace vznikla

Publikace, která se vám dostává do rukou, vznikla v rámci řešení projektu „Nový rámec politiky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování zdravotních služeb a služeb dlouhodobé péče“ (s pracovním názvem FRAM). Jejím hlavním cílem je představit příklady dobré praxe a nabídnout obyvatelům obcí a jejich představitelům možnosti vzájemné spolupráce, podpory a dialogu s cílem rozvíjet podmínky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí, a podpořit kvalitu, udržitelnost a dostupnost dlouhodobé péče a její efektivitu.

Jedním z kroků k tomuto cíli je **převedení principů zdravého a aktivního stárnutí, prevence a poskytování dlouhodobé péče do praktických doporučení**, která umožní obcím a všem relevantním aktérům lépe plánovat a zajišťovat dlouhodobou péči a uplatňovat principy aktivního, zdravého a důstojného stárnutí v praxi.

Projekt FRAM vycházel ze 4 vzájemně propojených klíčových aktivit, kterými jsou: sběr a analýza dat, výměna zkušeností, sumarizace doporučení a jejich šíření.

Analytické postupy nabízejí relevantní data pro tvůrce politiky, aby mohli vytvořit nové legislativní a jiné podmínky pro podporu zdravého stárnutí a poskytování dlouhodobé péče na úrovni obce. Sběr a analýza dat jsou prováděny Ministerstvem zdravotnictví a přinesou statistické informace a rozborů pro další projektové aktivity. Podstatnou část projektu tvoří debata s veřejností a odborníky, která je vedena prostřednictvím workshopů, seminářů, průzkumů a článků.

Mezi dílčí aktivity projektu patří především **identifikace dobré praxe** na základě terénního šetření v samosprávách, pořádání workshopů zaměřených na dobrou praxi, seminář expertů zaměřený na inovativní politiky

pro zdravé a aktivní stárnutí, veřejná debata k tématu aktivního stárnutí, návštěvy klíčových expertů v rámci EU zaměřené na téma aktivního stárnutí a dlouhodobé péče.

Rady a doporučení, které naleznete v této publikaci, vycházejí z výzkumu, který byl realizován v rámci projektu FRAM v létě a na podzim roku 2012. Právě v tomto období byly navštíveny obce, které byly vybrány jako příklady dobré praxe v oblasti aktivního stárnutí.

Při výběru obcí byla zohledněna tato kritéria: velikost obce, míra spolupráce s neziskovým sektorem a kvalita poskytování služeb a aktivit pro tzv. rizikové skupiny seniorů. Klíčovým hlediskem pro zahrnutí do této publikace byla přenositelnost dobré praxe i do jiných obcí ČR s ohledem na aktuální možnosti obcí. Pod vedením Ivy Holmerové, ředitelky Gerontologického centra a vedoucí pracovní skupiny Centra pro studium

dlouhověkosti a dlouhodobé péče Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy (Centre of Expertise in Longevity and Long-term Care, International Longevity Centre, Česká Republika), provedl výzkumný tým hlubší analýzu příkladu dobré praxe v jednotlivých městech a detailně se seznámil s reálnou praxí a situací v těchto obcích. Navštíveno bylo celkem 10 obcí v tuzemsku. Projektový tým se vydal na výzkumnou návštěvu i do několika obcí v zahraničí, a to do severského Dánska a do sousedního Rakouska.

Navštívené obce v ČR:

Bystré, Chrudim,
Praha - Horní Počernice,
Kutná Hora,
Nové Město nad Metují,
Nový Bor,
Polička,
Praha 8,
Prachatice
a Tišnov

Navštívené lokality v EU:

Horsens Municipality (DK),
Linz,
Horní Rakousko (AU).

Členové výzkumného týmu:

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,
Mgr. et Mgr. Radka Vepřková,
Mgr. Marcela Janečková,
Mgr. Olga Starostová,
Mgr. Hana Čížková
a Mgr. Petr Wija, PhD.

Více o projektu a o výzkumu samotném naleznete na stránkách projektu

www.framprojekt.eu.

Metodika projektu

Publikace, doporučení a návrhy, které předkládáme, jsou jedním z praktických výstupů projektu FRAM. Přestože se nejednalo o v úzkém slova smyslu výzkumný projekt, snažili jsme se o zachování základních principů vědecké práce. Věda je v našich podmínkách stále považována za něco odtažitého a nesouvisejícího s praxí. Tak by tomu být nemělo. Přestože jsme respektovali základní zásady výzkumu, a to zejména v rámci **tzv. mixed methods**, naším cílem bylo co nejvíce přiblížit získané poznatky praxi a životu.

V České republice se zpravidla hovoří o výzkumu základním a aplikovaném. Pod pojem „základní výzkum“ obvykle zahrnujeme to, co se nám

zpravidla vybaví pod pojmem „vědecké bádání“, výzkum ve fyzických či chemických laboratořích, na zvířecích modelech, bádání v archivech a podobně. Cílem základního výzkumu je prohloubit lidské poznání, přičemž pouze některé jeho výsledky se řádově za desetiletí promítnou v praxi. Výzkum aplikovaný je výzkumem, který slouží k rozšíření prakticky aplikovaných metod v daném oboru, v medicíně je to například výzkum nových léčivých látek, technologií a metod.

Přes svůj název nemusí výsledky aplikovaného výzkumu s vlastní aplikací vůbec souviset a jednotlivé výstupy mohou pro vlastní praxi

zůstat velmi dlouho nedostupné. Proto se pravděpodobně začal užívat pojem **translační výzkum**, o kterém se u nás dosud relativně málo hovoří. Jedná se o takový výzkum, který se snaží o **přenesení výzkumných výsledků a metod přímo do praxe**. V našem případě se jedná o přenesení zkušeností z klinického výzkumu a z výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví (tedy typ T2 translačního výzkumu), které bychom chtěli zprostředkovat k bezprostřednímu využití tam, kde je to starším lidem a lidem s potřebou dlouhodobé péče nejblíže – do jejich obcí.

Proč jsou obce tak důležité?

Proč jsou obce důležité a proč jsme se v souvislosti s aktivním zdravým stárnutím a poskytováním dlouhodobé péče zaměřili právě na obce?

V České republice žije ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie relativně hodně lidí v malých obcích do jednoho tisíce obyvatel. Těchto obcí je téměř 5 tisíc (téměř 80 % počtu všech obcí) a žije v nich cca 17 % obyvatel České republiky. Spravují však více než polovinu celého území České republiky (57 %). Tato situace je v Evropě výjimečná a je srovnatelná prakticky jen s Francií.

Pouze čtvrtina z těchto obcí zajišťuje některé sociální služby. Z šetření využitého v rámci tohoto projektu vyplývá, že třetina obcí neví o možnosti sledovat a zjišťovat potřebu péče a podpory u starších osob a podle představitelů třetiny obcí to není potřeba.

Podle sčítání lidu, domů a bytů dvě třetiny seniorů žijí v obcích do 50 tis. obyvatel, téměř jedna čtvrtina seniorů žije ve městech nad 100 tis. obyvatel a zhruba 10 % seniorů žije v obcích o velikosti 50–99 tis. obyvatel. Z tabulky níže je patrné, že senioři bydlí zejména v obcích a městech do 50 tisíc obyvatel.

Obyvatelé ve věku 65 a více let podle velikostní kategorie obcí

velikostní kategorie obce	počet obyvatel
do 50 tis. obyvatel	1 103 547
50 až 99 tis. obyvatel	177 405
100 tis. a více obyvatel	393 343
Celkem	1 674 295

Zdroj: ČSÚ (předběžné výsledky SDBL 2011)

Pozn.: Kategorie 65 a více let včetně nezjištěno

(tj. osoby, jejichž věk nebyl uveden; jejich počet byl však zanedbatelný). Rozložení populace ve věku 65 a více let odpovídá obecnému rozložení populace dle velikostní kategorie obcí.

Od roku 2001 přibylo více než 234 tis. osob ve věku 65 a více let, z toho mužů o 121 tis. (o 22 %) a žen o 113 tis. (o 13 %).

Celkem v ČR ke dni sčítání žilo více než 1,64 mil. osob ve věku 65 a více let (60 % žen), více než 697 tis. osob ve věku 75 a více let (65 % žen) a téměř 155 tisíc osob ve věku 85 a více let (72 % žen).

Počet osob ve věku 95 a více let se téměř zdvojnásobil na celkem 6 051 a počet stoletých a starších osob téměř ztrojnásobil na 530 osob (poměr mužů a žen v těchto nejvyšších věkových kategoriích je 1:4). Podíl osob starších 65 a více let na celkové populaci vzrostl na

15,8 % (v případě žen 13,0 % a mužů 18,4 %), podíl osob starších 75 a 85 let pak na 6,7 % resp. 1,5 % populace (osoby starší 60 let k 1. 7. 2011 tvořily 26 % populace).

Pokud jde o rodinný stav, ve věkové skupině 65 a více let bylo ovdovělých 25 % mužů a 69 % žen a ve věkové skupině 85 a více let pak 44 % mužů a 84 % žen.

Téměř půl milionu seniorů žilo v jednočlenných domácnostech (z toho 77 % tvořily ženy). Ve věku 65 a více let žilo v jednočlenné domácnosti 30 % osob (17 % mužů a 39 % žen) a ve věkové kategorii 75 a více let 39 % osob

(21 % mužů a 48 % žen).

Lidé se stěhují za prací často do blízkosti větších měst. Na druhé straně si pro místo svého života raději volí menší obce než velká města.

Důvodem je menší anonymita, možnost života v komunitě: zapuštění kořenů a také i perspektiva stáří stráveného v příjemném a bezpečném prostředí. Řada seniorů se po ukončení pracovního života stěhuje do menších obcí.

Aniž bychom si to často příliš uvědomovali, obce vytvářejí pro náš život důležitý rámec,

a to nejen různými službami, organizačními opatřeními či předpisy. I svou neformální občanskou aktivitou mají významný podíl na utváření

prostředí, ve kterém žijeme.

Spjatost s obcí je vnímána různě v odlišných situacích a etapách života.

Mladí lidé, kteří zatím nezaložili rodinu nebo naopak ti, jejichž děti jsou už dospělé a dojíždějí za svou prací i zábavou, nemusejí vnímat prostředí a vybavenost obce jako zásadně důležité a determinující.

Jedná se o místo, kde bydlí a mají určité zázemí, často slouží jako „noclehárna“. Další vztahy či služby se odehrávají jinde, sociální síť v obci pro ně nemusí být natolik významná, resp. může významně přesahovat její hranice.

Pokud žijí v rodině děti, nabývají na významu místní instituce a zařízení jako školky, školy,

sportoviště a občanská sdružení, která mohou využít ke vzdělávání, zájmům i sportovním či společenským aktivitám.

Další životní etapou, kdy obec nabývá v životě člověka na zvláštním významu a důležitosti, je období vyššího věku, kdy lidé přestávají z obce dojíždět za prací a více času tráví v místě svého bydliště. Kontinuita jejich života je spjatá s obcí jako místem, kde prožili významnou část svého života, vychovali děti, zestárlí. S tím je spojena řada formálních a neformálních vztahů: k obci ve formě participace na veřejném životě, účasti v místních spolcích, osobními aktivitami a iniciativami.

Spjatost a závislost na obecních zdrojích bývá **akcentována v případě zhoršeného zdravotního stavu**, který přináší určitá omezení, včetně neschopnosti nadále řídit motorové vozidlo, nebo dokonce takové zhoršení soběstačnosti, kdy člověk potřebuje pomoc v běžných denních aktivitách.

Ti, kteří ve svých obcích tráví většinu svého času, ať to jsou starší lidé nebo lidé se zdravotním postižením, rodiče pečující o své děti, ti, kteří zde pracují, mají o dění ve svých obcích zpravidla zájem. V každém případě je provázanost s životem v obci a jejími rytmy větší, než je tomu u lidí dojíždějících za prací mimo obec.

Je všeobecně známo, že starší lidé kromě toho, že jsou početně významnou skupinou voličů, patří také k věkové skupině, která má vysokou volební účast, a to právě proto, že jim záleží na dění v jejich obci a ve společnosti.

Starší lidé jsou díky množství volného času, různým zájmům a celoživotním profesním a lidským zkušenostem významným potenciálem pro rozvoj obcí, život a dění v nich. Tuto skutečnost si u nás pravděpodobně uvědomuje relativně málo lidí, zástupců samospráv a důležitých institucí obcí.

Přesto existuje mnoho dobrých zkušeností a příkladů dobré praxe. Tam, kde se obcím

podařilo navázat dobré a funkční vztahy se svými občany vyššího věku, ale také s lidmi se zdravotním postižením či rodiči na rodičovské dovolené, vznikly zajímavé projekty a aktivity, které obohacují všechny obyvatele. Mohou to být různá veřejná čtení či debaty v místní knihovně, sociální a zdravotnické služby podporující život v domácím (vlastním) prostředí, kulturní, společenské a sportovní události otevřené všem generacím.

Domníváme se, že obce mají v této oblasti naprosto nezastupitelnou a nesmírně důležitou roli nejen při vytváření prostředí pro aktivní stárnutí, ale i po stránce vytváření prostředí

podporující zdraví svých obyvatel, podpoře a prosazování jejich práv.

Obecně to shrnuje těžko přeložitelný pojem „advocacy“ – jde například o prosazování práv lidí s omezenou soběstačností. Tito lidé mají vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a skutečnosti, že máme veřejné a všeobecné zdravotní pojištění, mít zajištěnu dostupnost adekvátní zdravotní péče – tedy v případě potřeby návštěv lékaře, indikování potřebné další zdravotní péče, předpisu zdravotních pomůcek, předpisu adekvátní domácí ošetrovatelské péče. Samotní občané s potřebou péče či jejich rodinní příslušníci často svá práva prosadit nemohou, nemají na to síly a schopnosti. Pečující o své

blízké zpravidla nemají ani volné kapacity ani síly a nástroje, kterými by mohli přesvědčit poskytovatele zdravotní péče, aby konali ve smyslu platné legislativy a zákonných nároků.

Současná situace ukazuje, že existují obce a místa, kde se odehrává, je organizována a podporována řada aktivit, zájmů a spolupráce mezi obcí, jejími obyvateli a různými organizacemi. Na druhé straně, „s charitativními organizacemi spolupracuje jen čtvrtina obcí.“¹ a ještě méně z nich zajišťuje služby vlastními silami.

Někteří představitelé obcí prohlašují, že u nich staří lidé nejsou anebo, že péče je zajišťována

rodinnými příslušníky. Jak zdůrazňuje doporučení ze srovnávací studie Evropského centra pro sociální politiku a výzkum ve Vídni, **potřebné je právě propojení formální a neformální péče. Nelze tedy spoléhat jen na rodiny a blízké osoby.**

Obce významně ovlivňují podmínky a kvalitu prostředí a života lidí. V některých zemích je tento úzký vztah obce a jejich obyvatel a princip subsidiarity vyjádřen a stanoven přímo v legislativě. Například v Dánsku jsou obce ze zákona povinny zajišťovat podmínky a péči pro své starší občany a další skupiny osob. Přestože u nás tato povinnost explicitně stanovená není, chceme

ukázat, že řadou drobných úprav, nastavením dobré komunikace a koordinace, lze vytvářet kvalitní sociální a kulturní prostředí, které nevytěšňuje stáří a seniory „za brány města“, ale integruje je do života obce a respektuje skutečnost, že **stárnutí a stáří neznamená hlavně nemoc a závislost na péči druhých, ale je to plnohodnotná, dlouhá a členitá etapa života, která by měla být prožita plnohodnotně a aktivně.** Trend prodlužující se střední délky života a aktivního stáří je velikou příležitostí pro všechny obce a jejich občany.

Podpora aktivního a zdravého stárnutí na místní úrovni

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

Jiné přístupy v minulosti hovořily o **úspěšném stárnutí**, o umění **stárnout dobře** („ageing well“). Jeden z významných gerontologů, zakladatel mezinárodní sítě Longevity Center, profesor Robert Butler prosazoval pojem **„produktivní“ stárnutí**, zejména ve snaze popřít v podstatě diskriminační či ageistickou tezi o produktivním a neproduktivním věku, ukázat, že staří lidé jsou stále zdrojem a významnou součástí společnosti.

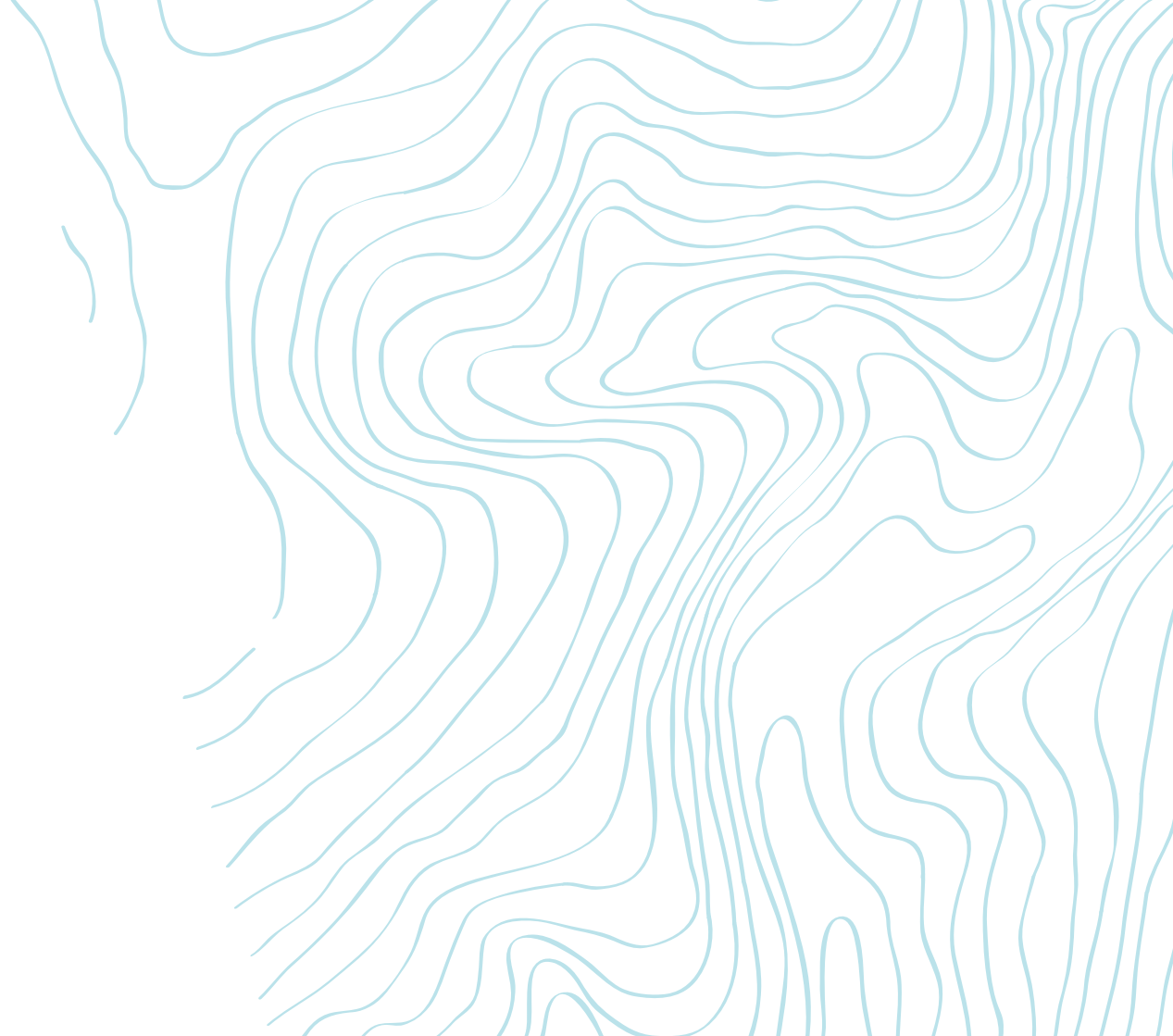
*Co je to město přátelské stárnutí a seniorům?
Město přátelské seniorům je začleňujícím
a přístupným městským prostředím, které
podporuje aktivní stárnutí.²*

Cílem zdravého stárnutí je prodloužení zdravého života v souladu s hodnotami jedince, jeho způsobem života a v jeho vlastním prostředí.

Světová zdravotnická organizace – WHO (2002) vymezila zdravé stárnutí jako „proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšení kvality života v průběhu stárnutí.“ Osobní iniciativa občanů a podmínky vytvářené na úrovni národní, regionální a lokální, sdílená odpovědnost jedince a společnosti se v tomto pojetí vzájemně doplňují.

Témata, která v této publikaci předkládáme, byla identifikována v rámci návštěv a dotazování, které bylo realizováno v průběhu projektu.

Vybrána byla ta témata, která vytvářejí rámec či prostor pro aktivní a zdravé stárnutí. Jejich cíl byl už několikrát zmíněn: podporovat život seniorů co nejdéle v jejich přirozeném domácím prostředí a v dobrém zdravotním stavu. Nejde jenom o to, že dlouhodobá péče, jejíž potřeba narůstá v kontextu demografického vývoje, je finančně náročná. Každý člověk, pokud může, chce přece žít doma, ve svém prostředí, ve své obci, mezi svými blízkými a přáteli.



Podpora zdraví a zdravého stárnutí

Zdraví je důležitým východiskem a předpokladem aktivního stárnutí a důležitou hodnotou. Dobrý zdravotní stav je zásadním předpokladem pro co nejdější zachování soběstačnosti zejména ve vyšším věku.

Zdraví lidé vyššího věku zdánlivě nepotřebují zdravotní péči. To ale neznamená, že nepotřebují pečovat o své zdraví. O zdraví nepečujeme jen prostřednictvím „zdravotní péče“ nebo „zdravotnických služeb“. **Zdraví vzniká v rodinách, na pracovišti, ve školách a všude, kde žijeme. Jak všichni dobře víme, alespoň v teoreticky „pro zdraví je důležité, abychom jedli zdravou a pestrou stravu, měli dostatek pohybu a přiměřené aktivity, zvládali stres a omezili**

či vyloučili škodlivé zlovyky a návyky.“ Převést takové doporučení do běžného každodenního života je někdy velice obtížné. Často se jedná o zdánlivě drobnosti a maličkosti, které pomíjíme a přehlízíme anebo na ně jednoduše nemáme čas. Nebo se ubíráme cestou formálních opatření, která deklarujeme, ale nemají ve své podstatě na situaci žádný dopad.

Není v možnostech ani cílem této stručné publikace zabývat se detailně problematikou podpory zdraví a aktivního stárnutí v celé šíři, a proto se zaměřujeme pouze na některé významné aspekty, které jsme v rámci výzkumu identifikovali.

Zdraví je zásadním předpokladem aktivního stárnutí. **Obecně však v České republice převládají tendence podporu zdraví ve stáří podceňovat. Právě ve stáří je však podpora „funkčního“ zdraví a prevence nesoběstačnosti klíčová.**

Jedná se tedy o prevenci vedoucí k oddálení potřeby dlouhodobé péče a nákladnějších forem zdravotních a sociálních služeb, zejména pobytových forem a dlouhodobé komplexní ošetrovatelské péče. Hlavním cílem však je zachování dobré kvality života až do pozdního věku.

Obec může přispět ke zdravějšímu životnímu stylu informováním o možnostech aktivního trávení času, nabídkou dostupných sportovních, pohybových a rekreačních aktivit, propagací

zdravého pohybu, zejména chůze, vytvářením bezpečných tras pro pěší oddělených od silnic, cyklistických stezek atd.

Prostřednictvím spolupráce s dalšími institucemi mohou obce **zvyšovat zdravotní gramotnost seniorů a všech občanů**. Ať jde o popularizaci a podporu netradičních pohybových aktivit jako je chůze s holemi „nordic walking“, tak to může být debata na téma užívání léků – léky a seniori, což jsou aktivity pořádané např. v Prachaticích nebo v Praze 8. V Plzni například nabízejí vzdělávání zaměřené na Zdravé a aktivní stárnutí určené seniorům i jejich rodinným příslušníkům.

Obce mohou popularizovat informace o zdravém chování a škodlivých zdravotních rizicích prostřednictvím soutěží a internetových testů zdravotních znalostí, anket, včasné diagnostiky některých nemocí (např. testování paměti a kognitivního zdraví online jako nástroj včasné diagnostiky demence apod.)

Podporuje Vaše obec zvýšení dostupnosti informací o zdraví a zdravotních rizicích?

Jsou dostupné možnosti pohybových aktivit i pro seniory?

Komunikace a účast na správě obce

Komunikace je důležitým východiskem pro spolupráci s občany. **Dobrou komunikaci mezi představiteli obce, poskytovateli služeb a seniory jsme zaznamenali prakticky u všech příkladů dobré praxe. Lidé by vždy měli vědět, kam a na koho se mohou ve svých obcích obracet.**

Zapojení občanů do správy obce je projevem demokracie a vyzrálé občanské společnosti. Zájem občanů je úměrný kvalitě života v daném místě. Jednou z forem, jak se seniory zapojují do dění v obcích a městech, jsou tzv. **seniorské rady**.

Seniorské rady představují formalizovanou spolupráci mezi seniory (seniorskou „obcí“) a obcí jako takovou. Zástupci seniorů a jejich organizací se pravidelně setkávají a pravidelně také komunikují se zástupci obce o záležitostech, které jsou pro seniory a kvalitu jejich života důležité, ale také navrhuji nejen různá opatření, která by „se“ mohla udělat, ale zvažují i možnosti, jak by seniory mohli své obci pomoci.

U nás je činnost seniorských rad čistě dobrovolná a není upravena žádným právním předpisem. Některé země ale mají dokonce zákony, které jejich existenci upravují. Tak tomu je například v Norsku, kde mají zákon o seniorských radách („Lovom seniorraad“). Tento zákon je velmi

stručný a stanoví pouze, že na úrovni království, krajů, okresů i komun jsou zřizovány seniorské rady. Příslušné orgány jim poskytnou místnost pro jednání a vyslechnou a projednají jejich závěry. Zdánlivě prosté, ale zřejmě velmi efektivní, protože hlas seniorů je nejen v Norsku, ale v celé Skandinávii velice slyšitelný, není to však jen seniorskými radami.

U nás seniorské rady fungují například ve městě Jeseník (město přátelské k seniorům), Prachatice mají poradní sbor seniorů a občanů se zdravotním postižením (oceněno jako inovace ve státní správě).

Jsou senioři Vašeho města/obce součástí plánování, rozhodování?

Jak efektivně komunikujete se seniory o řešení otázek, které se jich bezprostředně týkají?

Funguje u Vás rada seniorů či podobný mechanismus, který umožňuje participaci seniorů a jejich blízkých na otázkách, které se jich dotýkají?

Naše společnost bývá nazývána společností informací. Práce s nimi, jejich získávání i uchování je významnou částí našeho života. Je součástí efektivní komunikace na všech úrovních sdělování.

Kvalitní a relevantní informace jsou základem pro úspěšné a včasné zvládnání řady životních situací, přístup k právům, poradenství, předcházení negativním jevům a rizikům, ochranu spotřebitelů a zvýšení finanční a zdravotní gramotnosti. Přístup k informacím a komunikaci nabízí také orientaci na nové perspektivy a hodnoty a má pozitivní vliv na prevenci sociálního vyloučení.

Novým komunikačně-informativním trendem na místních úrovních jsou například Senior Pointy, místa, která obce/města budují jako **informační, poradenské, setkávací i odpočinkové prostředí pro seniory, které je vybaveno počítači, nabízí aktuální informace z regionu i občerstvení.**

Nově otevřené nalezneme v Třebíči, kde je v budově úřadu (s bezbariérovým vstupem a toaletou) a má otevírací hodiny úřadu. Také v jihomoravském kraji vzniká síť Senior Pointů, například v následujících obcích a městech: Blansko, Brno, Břeclav, Hodonín, Tišnov, Vyškov, Znojmo, Židenice a plánují se další. V Moravskoslezském kraji je Senior Point ve městě Frýdek Místek. Senior Pointy nabízejí kromě zábavných aktivit pro seniory také určité formy poradenství (právní a finanční), zajišťují také „Senior Pasy“, tedy v principu komerční slevový systém různých služeb pro seniory (v tomto pojetí lidí 55 plus). Senior Pointy jsou užitečným doplněním informací a aktivit pro

seniory, jsou však orientované zejména na aktivní seniory a problematikou dlouhodobé péče se zpravidla nezabývají. Podle našeho názoru je na ně možné nahlížet jako na vhodné doplnění spektra informací a služeb pro seniory. V takové formě, v jaké existují, však nemohou zcela nahradit funkci obcí, ale mohou mít další důležitou roli – být místem pro setkávání starších lidí, ale nejen jich.

V Plzni nabízejí pro seniory informační webový portál www.seniorweb.cz. V Prachaticích využívají místní televizní vysílání. Obce často nabízejí informace na vlastních webových stránkách a podporují současně počítačovou gramotnost

seniorů. Klasickou formou jsou samozřejmě obecní listy či noviny. Optimálně funguje využití veškerých možných a dostupných způsobů. Informace by měly být dostupné na známých, často navštěvovaných a přístupných místech.

Jakým způsobem jsou o nových možnostech v regionu a v obci informováni senioři u Vás?

Jsou prezentované informace přehledné, čitelné a berou ohled na omezení seniorů?

Mohou se občané vyjádřit prostřednictvím internetu k důležitým dokumentům, záměrům a oblastem života a sdílet tyto názory a diskutovat s druhými?

Senioři a jejich blízcí se často potýkají s řadou podnětů, v nichž se nemusejí vždy umět dobře orientovat. K tomu slouží občanské poradny, ne vždy seniorům dostupné. Třebíčská občanská poradna ověřuje terénní službu „Na problémy nejste sami“, kdy nabízí terénní poradenství na objednávku do domu pro seniory a osoby s omezenou pohyblivostí.



Bariéry/problémy:

- * Nižší počítačová gramotnost
- * Design technologií ztěžující jejich ovládání (nerespektující zhoršený zrak, jemnou motoriku atd.)
- * Nedostupnost technologií
- * Nedostatek ucelených informací o službách, informace nepřizpůsobené speciálním potřebám některých seniorů (grafické zpracování, velikost písma, srozumitelnost)

Trendy:

- * Pravidelná komunikace se zástupci seniorů v obci/měště (Rady seniorů, členové komisí obce/města)
- * Senior Pointy
- * Webové stránky
- * Vznik kvalitních a scelujících informačních materiálů

Bydlení

Název projektu, který v loňském roce realizovalo Nové Město nad Metují, zněl „Doma je nejlépe“. Byl zaměřen na podporu terénních služeb v regionu Novoměstsko, neboť je prokázané, že terénní služby snižují požadavky na rezidenční pobyty neboli požadavky na místa v domovech pro seniory či pečovatelských domech. Výstupem projektu ESF je vznik koncepce nové bytové politiky, zejména chráněného bydlení pro osoby se zdravotním postižením.

Jak se vaše obec či město stará o to, aby senioři mohli zůstat co nejdéle ve svém prostředí?

Víte, jak si Vaši senioři představují svoji budoucnost v oblasti bydlení?

Nabízí obec nějakou podporu a pomoc při úpravě bydlení?

Češi se neradi stěhují a většina aktivních obyvatel-seniorů ve městech je velice stabilní. Na základě demografického vývoje a ekonomické situace vzniká potřeba menších tzv. malometrážních bytů pro seniory, kterých je většinou nedostatek. Řešením může být obecní výstavba malometrážních bytů pro seniory, jako v obci Darkovice na Hlučínsku, která zbudovala 12 bytů v domě se společenskou místností a venkovní terasou a zahradou. Služby jsou zajištěny dohodou s Charitou v Hlučíně.

Jinou možností je tzv. „senior cohousing“ nazývaný také komunitní bydlení pro seniory, který je rozšířený hlavně v Dánsku a Švédsku. Jedná se opět o bytové domy využívající společného společenského zázemí (společenská místnost), místnosti pro návštěvy, kuchyně pro společné vaření a společné terasy či zahrady. V Dánsku a Švédsku je obvyklé, že se do senior cohousingu stěhují lidé nad 50 let, tzv. 50+, aby se dříve než zestárnou sžili s obyvateli a prostředím. U nás je plánováno několik projektů, které zatím nejsou realizovány. Dalším příkladem je rakouský rezidenční dům pro seniory, kdy se jedná o skupinové bydlení pro seniory po 15 obyvatelích na jednotlivých

patrech, z nichž každý má vlastní pokoj. Každé patro má vlastní kuchyň, která je přirozeným centrem obyvatel. Přízemí domu, obvykle v jádru obce, je otevřené veřejnosti: nabízí kavárnu, rehabilitaci, kadeřnictví a další služby, které slouží nejen obyvatelům domu. V kavárně pracují jako dobrovolníci mladší senioři.

Zmíněné iniciativy jednoznačně hovoří o odklonu od stávajících velkokapacitních zařízení pro seniory, často mimo místo stráveného života. Individualizace, aktivní pospolitost začleňující do sousedství a důstojnost jsou znaky trendu obráceného ke konkrétnímu místu, člověku, přirozenému měřítku a vztahu k prostředí.

Právo na přiměřené bydlení pro staré osoby je formulováno v Dodatkovém protokolu Evropské sociální charty:

Článek 4

Právo starých osob na sociální ochranu

„S cílem zajistit účinné uplatnění práva starých osob na sociální ochranu se smluvní strany zavazují přijmout nebo podporovat přímo nebo ve spolupráci s veřejnými nebo soukromými organizacemi vhodná opatření zaměřená zejména k tomu: ... 2) umožnit starým osobám, aby si svobodně zvolily způsob života a vedly, jak dlouho chtějí a mohou, nezávislý život v jim známém prostředí poskytnutím: a) bydlení přiměřeného jejich potřebám a jejich zdravotnímu stavu nebo poskytnutím dostatečné podpory

na přizpůsobení jejich bydlení“

b) zdravotní péče a služeb, které vyžaduje jejich stav.

Dalším důležitým způsobem podpory života ve vlastním prostředí a setrvání ve vlastním bytě či domě je vhodná úprava bydlení. Nejefektivnější je, pokud jsou domy stavěny již s tím, že se s jejich adaptabilitou na různé fáze životního cyklu a různé životní situace, tj. včetně vzniku disability, zhoršení zraku, sluchu, snížené mobility atd. počítá již na začátku při jejich designu, návrhu a provedení. Ve Velké Británii se tento **koncept celoživotního domova (“lifetime home”)** uplatňuje v praxi a je mu

věnována značná pozornost. Této otázce by měla být věnována pozornost jak v národní koncepci bydlení, tak v politice místní či regionální.

Setrvat ve vlastním prostředí mohou seniorům pomoci **jednoduché úpravy bydlení, odstranění bariér, adaptace WC a koupelny a instalace prvků zvyšujících bezpečí a snižujících riziko pádů jako jsou madla atd.** Potřebná je proto podpora formou poradenství týkajícího se vhodných úprav bytu a pomoci s jejich praktickým provedením, sehnáním kontaktů na odborné firmy, popř. pomoci s úpravami prostředí prostřednictvím dobrovolných pracovníků nebo sociálních služeb. Některé úpravy bytu

a domácnosti mohou být nákladnější. České zákony umožňují osobě se zdravotním postižením poskytnout jednorázovou dávku – **příspěvek na zvláštní pomůcku.** Jedná se o jednorázovou a nárokovou dávku, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. Pro mírnější formy disability spojené se stárnutím a specifickými riziky a problémy seniorů však speciální dávka či forma podpory neexistuje.

Službou která zvyšuje pocit bezpečnosti seniora v domácím prostředí a tak prokazatelně zvyšuje

jeho setrvání v domácím prostředí, je nouzové tísňové volání. Jeho iniciátorem v Praze je občanské sdružení Život 90. Tato služba má v současnosti pobočky po celé republice. Senior má 24 hodin možnost oznámit stisknutím tlačítka ohrožení, anebo je přímo monitorován jeho pohyb.

Otázkou je, kdy starší člověk ztrácí schopnost být ve svém domácím prostředí. Kdy ztrácí soběstačnost do takové míry, že ani terénní služby nemohou plně uspokojit jeho základní životní potřeby. V takovém případě potřebuje dlouhodobou rezidenční péči. V současné době se často jedná o domovy pro seniory nebo

tzv. domovy se zvláštním režimem, které nejsou vždy v místě, kde senior žije. Navíc jde o zastaralý model služby, který prošel v řadě zemí zásadní transformací na ošetrovatelská zařízení či ústavy („nursing home“) anebo se přeměnil na individuální bydlení se službami (domy s pečovatelskou službou – service housing). Možností je také chráněné bydlení se službami pro seniory v případě, že soběstačnost seniora je omezená, ale bez významné psychické poruchy. Pro seniory s duševní či kognitivní poruchou se nabízí malé jednotky podporující jejich soběstačnost a integraci; takový příklad jsme našli např. v Rakousku (viz výše).

Bariéry/nejčastější problémy:

- * Převládající minulý trend institucionalizace zaměřený na velká okresní či krajská zařízení
- * Odlehlost zařízení vedoucí k vyčlenění, vykořenění až k izolovanosti
- * Neznalost spektra služeb na straně seniorů a jejich rodin, malá informovanost
- * Pocit seniorů, že si nemohou službu zvolit
- * Nedostatek soukromí a vlastního prostoru v rámci rezidenčních služeb typu domov pro seniory (vícelůžkové pokoje)
- * Převládající omezující a rigidní institucionální režim

- * Nedostatek míst/bydlení pro lidi s duševní a kognitivní poruchou (např. s Alzheimerovou chorobou)
- * Nedostatek péče v domech s pečovatelskou službou, např. o víkendy
- * Nepropojenost zdravotních a sociálních služeb

Trendy:

- * Malometrážní byty/bytové domy pro seniory v centru měst/obcí
- * Vybavení komunikačními technologiemi (tísňové volání apod.)
- * Dostupnost terénních služeb, optimálně 24 hodin
- * Skupinové bydlení pro lidi s duševní či kognitivní poruchou (např. Alzheimerovou chorobou)
- * Zajištění domácí ošetrovatelské a rehabilitační péče
- * Senior cohousing
- * Ošetrovatelské domy pro závažné stavy vyžadující dlouhodobou, převážně ošetrovatelskou péči



Bezbariérovost prostředí a dostupnost dopravy

Soběstačnost seniorů znamená schopnost každodenního aktivního života bez zásadní pomoci druhých, a to zejména při naplňování běžných potřeb a zájmů. Jedna z nejčastějších činností seniorů ve městě je nakupování, dále procházka či návštěva klubu nebo přátel, obchůzka lékaře či úřadu. Obce a města vytvářejí prostředí, která mají podpořit aktivní život seniorů společně.

Je váš úřad bezbariérový?

Může každý senior

se zhoršenou pohyblivostí zazvonit?

Jak je to s nákupem ve vaší obci či vašem městě?

Bezbariérovost veřejných budov a prostranství se řídí vyhláškou č. 398/2009 Sbírky zákonů.

Její realizace v praxi má různé podoby a úspěšnost: vztahuje se na dostupnost budov a prostranství nejen pro seniory, ale pro všechny "osoby s pohybovým, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, osoby pokročilého věku, těhotné ženy, osoby doprovázející dítě v kočárku nebo dítě do tří let".

Cílem je dosáhnout prostorové soběstačnosti – v našem případě seniorů, kteří přes svá omezení mohou zůstat nezávislí, a současně tím zamezit jejich prostorové a následně i společenské izolaci. Nejedná se jen o bezbariérové rekonstrukce divadel, společenských a veřejných institucí a úřadů, obnovu chodníků

s nájezdy, opravy zastávek veřejné dopravy, ale také o vytváření nových prostorů: cyklostezek, které jsou vhodné také pro elektrické skútry, elektrická či šlapací kola anebo vozíky, parků a veřejných prostranství, které svými plochami pamatují na seniory: lavičky k odpočinku, místa pro aktivní odpočinek (hřiště na pétanque či kuželky, šachy), trasy pro populární nordic walking.

Obec či město může podpořit společensky své občany také službou **Poradenství do bytu**, kdy sociální pracovnice navštěvuje seniory v jejich domácnostech. Obdobou je aktivita neziskové organizace občanské poradny, která realizovala v Třebíči projekt „Na problémy nejste sami“, což

představovalo terénní občanské poradenství pro seniory a občany se sníženou pohyblivostí (www.optrebic.cz).

Všichni se chceme volně pohybovat po prostranstvích našich měst a obcí. **Někteří z nás, nikoli jen „ti druzí“ či „oni“ mají určitá omezení, která překonávají pomocí určitých kompenzačních pomůcek, avšak některé bariéry se překonávají těžko.** Pokud jsou v obci všude nájezdy na přechody, chodníky, pokud jsou veřejné prostory dostupné a k důležitým místům vedou vyznačené cesty (které ještě najdete na místní mapce jako například v Hlučíně, jehož náměstí je naprosto bez bariér), je to lepší nejen pro místní

rodiče s kočárky, ale žije se tu lépe i zdravotně postiženým. Dobré je to samozřejmě i pro mnoho starších lidí, z nichž někteří ocení, že se mohou bezpečně projít bez rizika zakopnutí o zbytečné překážky. Totéž platí i pro mladší lidi se zrakovým postižením.

Pokud nebudou ve městě bariéry (jak se o to snaží například v Novém Boru, v Prachaticích apod.) objeví se venku i ti, které jsme dosud vídali málo – lidé s různým zdravotním postižením. Také lidé vyššího věku, kteří hůře chodí například kvůli artrotickým změnám kloubů, nyní mohou používat různá chodítka (která by přes schod nepřenesli), chodící rámy, ale také

různé typy vozítek a skútrů, tříkolek a koloběžek. Chůze nás někdy unaví, a proto si všichni rádi občas odpočineme. Starší lidé, ale třeba i lidé chronicky či akutně nemocní, se zraněním nebo ženy ve vysokém stupni těhotenství, si zpravidla potřebují odpočinout častěji. Proto jsou na trasách potřebné odpočinkové zastávky a lavičky.

Mobilita je jedním z důležitých aspektů kvality života (nejen starších lidí).

Chceme-li se ale dostat v obci dále, často mimo centrum, anebo i mimo obec, za zábavou, do přírody, za službami včetně kadeřníka, kosmetiky, zubaře či lékaře, přáteli a blízkými, pak je

důležitá efektivní dopravní síť služeb.

Mobilita je jedním z důležitých aspektů kvality života (nejen starších lidí). I v této oblasti jsme našli řadu příkladů.

Většinou je dobré postupovat od jednoduchého ke složitějšímu, proto začněme u sebe a tím nejjednodušším. Nejzákladnějším opatřením pro zlepšení mobility lidí v obci je vytvoření vhodného prostředí, odstranění bariér, vytvoření bezpečných pěších stezek, cyklostezek, které budou moci používat i vozíčkáři a senioři s různými vozítky a chodítky.

Důležitá je vyhovující, místně, finančně a fyzicky přístupná městská doprava a dopravní prostředky, do kterých lze v klidu a bezpečně nastoupit (např. senior o holi) nebo najet vozíky či s chodítky. Větší města se snaží o vytváření tzv. bezbariérových tras (např. Hořovice, Plzeň, Otrokovice). Při koncepci využívají spolupráce občanů, kteří mají omezenou pohyblivost a tudíž vlastní zkušenosti.

Některá města vydávají průvodce, např. Prachatice nebo plzeňský průvodce Kudy, kam a jak v Plzni o berlích a na vozíku, který vydal roku 2011 odbor sociálních služeb a je k dostání na městském úřadě.

Funkční bezbariérová doprava je tedy důležitou podmínkou aktivního stárnutí. Místní dopravu lze zajistit smluvním taxíkem či malým autobusem. Ve městech je další podpůrnou institucí oblíbené a celkem rozšířené senior taxi, jehož cenu částečně dotuje obec/město.

Senior taxi může být velice užitečným dopravním prostředkem (ve srovnání s obvyklým taxíkem), a to nejen z hlediska nákladů, ale také pocitu bezpečnosti, který je pro starší lidi velmi důležitý. Jedním z prvních míst v republice, kde tuto službu zavedli, je Česká Lípa. Někde je vymezena věkem (např. od 70 let), jinde potřebností osoby. Výhodou je, podobně jako v Plzni, že tato služba zahrnuje dopravu

„ode dveří ke dveřím“ (tak se jmenuje plzeňská varianta), tedy asistenci po celou cestu.

Ve Svitavách nabízejí na cestu za nákupy Senior Shopping Bus, který jezdí po městě a staví u obchodů; karta na roční cestovné stojí 100,-.

V tomto případě je označení „pro seniory“ užitečné (vyjadřuje smysl služby a poněkud limituje nadbytečné využívání). Na druhou stranu **mikrobus „pro seniory“ nebo „seniorská linka“**, které spojují dům s pečovatelskou službou, zdravotnické zařízení a hřbitov nám evokuje spíše ty problematické aspekty stáří, i když je pro mnohé z čistě praktického hlediska přínosem.

Prevenčí před sociální izolovaností jsou pravidelné jízdy pro občany po známých místech, kam by se jinak obtížně dostávali, aby viděli, jak se proměňuje jejich okolí. Takovou akci organizuje každoročně město Frenštát pro své občany starší 65 let – jízda „Okolo Frenštáta“. Inspiraci město našlo ve výjezdech do vánoční Prahy, které organizuje Život 90.

Nejčastější problémy/bariéry:

- * Chodníky bez nájezdů nebo se špatnými nájezdy, které nejen vozíčkáře spíše ohrožují
- * Bariérové bydlení (schody, koupelna)
- * Bariérové úřady a veřejné společenské instituce (kulturní, vzdělávací), prodejny
- * Nedostupnost tras pro pomocné dopravní prostředky jako jsou elektrické skútry, kola, vozíky
- * Chybějící veřejná doprava, bezbariérové zastávky

Trendy:

- * Dotovaná alternativa k veřejné dopravě: senior taxi nebo senior bus
- * Bezbariérové stezky ve městě či v obci vhodné pro elektrické skútry, vozíky, apod.
- * Bezbariérový průvodce po městě
- * Občanské poradenství do bytu
- * Vhodná veřejná doprava
- * Konzultace bezbariérových projektů potenciálními uživateli či specializovanými organizacemi

Další užitečné informace lze nalézt například na stránkách www.mestobezbarier.cz.

Projekty na odstraňování bariér mohou být podpořeny například prostřednictvím Ministerstva pro místní rozvoj.

Konzultace k projektům podpořených z prostředků tohoto ministerstva poskytuje Národní institut pro integraci osob s omezenou schopností pohybu a orientace České republiky, o.s. (NIPI bezbariérové prostředí, o.p.s).

Pohybová aktivita a sport

Sportování je jednou z priorit aktivního zdravého stárnutí. Sport patří mezi oblíbené volnočasové aktivity podporující začlenění do společnosti a mezi různé věkové skupiny. Je-li zdraví předpokladem aktivního stárnutí, pak sport je jeho přirozenou součástí.

Trendem v podpoře aktivního sportování seniorů se v rámci dotačního programu staly **fit parky** či **senior parky** vybavené speciálními cvičícími prvky pro seniory se sníženou schopností pohybu, např. Horní Počernice, Kostelec nad Orlicí. V řadě případů se jedná o mezigenerační parky, např. park Mládí v Prachaticích, kde se setkávají stále mladí představitelé všech věkových skupin. Parky jsou budovány v centrech

měst anebo poblíž zařízení pro seniory jako jsou domovy s pečovatelskou službou. Součástí těchto parků mohou být i vyvýšené záhony, které jsou atraktivní pro všechny občany se zhoršenou mobilitou, na vozíku, ale také pro malé děti. Vhodným doplňkem je bezbariérové dětské hřiště. V ideálním případě se senioři sami podílejí na výběru jednotlivých prvků.

Podporuje Vaše město dostupné a bezpečné sportovní aktivity?

**Plánuje Vaše město výstavbu multifunkčních více-
generačních fitness parků v blízkosti zástavby a zeleně?**

Podporujete pořádání sportovních událostí a aktivit pro různé skupiny obyvatel a různé věkové kategorie?

Fit parky slouží k individuálnímu tréninku. Sport je však také kolektivní a týmová aktivita. Budování kuželkového hřiště nebo petanqueového plácku a pořádání turnajů je další možností pro mezigenerační setkání. Stačí je umístit blízko školy, jako např. v Prachaticích.

Objevují se také **Olympiády seniorů** či **sportovní dny seniorů**, jejichž organizátory jsou obce, města, charitativní společnosti nebo domovy pro seniory. Mají lokální či krajský rozsah a motivují

seniory ke srovnávání sil a průběžnému sportování, např. Olympiáda seniorů Českolipska.

V rámci klubových aktivit seniorů je oblíbené tzv. nordic walking neboli chození s pomůckou zvanou „norské hole“. Představuje aktivitu zahrnující sport, turistiku a společenské setkání. Důležitou podporou je vytváření a mapování pohodlných tras dostupných i pro seniory se sníženou pohyblivostí.

Oblíbené jsou také cyklistické kroužky pro seniory. **Cyklistika je sportem, který je v České republice oblíbený, u seniorů také a opět je přístupný též seniorům se zhoršenou pohyblivostí**

i prostřednictvím elektrických kol. Budování cyklostezek je současným trendem, bohužel ne vždy jsou tyto cesty vhodné pro elektrické skútry, elektrická kola nebo vozíky. Jejich využití je často limitováno bezbariérovostí a také ne/možností si vozíky vypůjčit v rámci turistických aktivit a návštěv jako je to obvyklé např. ve Velké Británii.

Český svaz turistů, který vyznačuje turistické trasy po celé republice a neustále je obnovuje, sdružuje také mnoho seniorů. Právě oni se významně podílejí na udržování všech turistických tras a jejich značení.

Konečně řada amatérských sportovních klubů

a spolků v obcích a městech funguje právě díky seniorům, kteří se jejich chodu věnují. Zasloužili by možná více podpory a ocenění.

Dostatek pohybu je důležitým preventivním faktorem jednoho z nejzávažnějších fenoménů vyššího věku, syndromu křehkosti, který je do značné míry podmíněn úbytkem svalové (sarkopenie) i kostní hmoty (osteoporóza). Sportování jako součást denního režimu seniorského věku je skvělou prevencí řady onemocnění, zdrojem příjemných zážitků a předpokladem aktivního stárnutí.

Bariéry/nejčastější problémy:

- * Nevhodně budované cyklostezky (nevhodné pro elektrické skútry a vozíky)
- * Nedostatečné ocenění seniorů podporujících amatérské sportovní kluby a sdružení
- * Chybí stimulační sportovní mezigenerační prostředí (bezbariérový park, hřiště, vyznačené stezky pro nordic walking)

Trendy:

- * Zakládání mezigeneračních sportovišť a fit parků včetně vhodných prvků
- * Umístění fit parků v blízkosti vzdělávacích a pečujících institucí
- * Podpora aktivního sportování seniorů (Olympiáda seniorů)
- * Vytváření tras, které umožňují využívání elektrických skútrů, nordic walking, cyklostezky
- * Bezpečné cyklostezky – nejen jako sportoviště, ale jako komunikace propojující jednotlivá důležitá místa v obci i mimo ni, aby je mohli využívat i senioři, a to jak na kole, tak s různými vozítky

- * Podpora rekreačních týmových her a sportů: šachy, pétanque, nordic walking, kuželky, turistika
- * Otevření sportovišť lidem vyššího věku nabídkou redukovaného vstupného v hodinách menšího provozu (oboustranně výhodné)

Mezigenerační solidarita

Mezigenerační solidarita je základním prvkem a předpokladem soudržnosti společnosti.

Projevuje se na úrovni rodiny, obce a komunity a na úrovni celé společnosti. Většina pomoci a mezigenerační výměny se uskutečňuje v rámci rodiny a místního společenství. Starší lidé mají potenciál, zkušenosti, znalosti a dovednosti, které mohou nabídnout místní komunitě a společnosti. Starší generace hrají také nezastupitelnou roli při předávání často jedinečných zkušeností, hodnot a tradic.

Vyvážené mezigenerační vztahy přispívají k rozvoji osobnosti člověka a jsou obohacením pro mladší i starší generaci. Význam mezigenerační solidarity narůstá se stárnutím populace.

Netýká se pouze finančních a sociálních aspektů, ale zejména vzájemného porozumění a soužití.

Pro mezigenerační kontakty a výměnu je důležitá možnost a četnost vzájemných formálních a neformálních kontaktů, jejich zprostředkování a podpora. Proto je důležité, aby obce a města podporovaly mezigenerační otevřenost a pestrost veřejného prostoru, bydlení, událostí a aktivit ve městě a dostatek příležitostí pro setkávání různých generací.

Vyhodnocujete, zda program společenských, kulturních, vzdělávacích, sportovních a volnočasových událostí odpovídá preferencím různých generací a zájmů?

Podporuje vaše obec mezigenerační aktivity, např. návštěvy dětí v zařízeních sociálních služeb pro seniory nebo naopak pomoc seniorů ve službách a aktivitách pro děti?

Pořádá obec dostatek událostí, které jsou místně a časově dostupné a bez bariér, tj. jsou dostupné osobám s různými omezeními v mobilitě, smyslovým postižením atd.? Nabízíte možnosti zvláštní dopravy či asistence na tyto události?

Jsou informace o událostech ve městě dostupné všem seniorům?

Jsou využívány různé způsoby předávání informací a motivace k účasti, včetně neformálních kontaktů?

Prodlužující se délka života znamená, že vztahy mezi rodiči a jejich dětmi trvají déle a že stárnoucí rodiče mohou potřebovat podporu, ale také že sami déle zůstávají podporou pro své děti a blízké. Mnoho seniorů zůstává do konce života psychologickou a materiální oporou pro své blízké. Většina seniorů žije v přirozeném prostředí s pomocí rodiny bez potřeby sociálních služeb, a proto je třeba podporovat zejména neformální pečovatele.

Vzájemná mezigenerační podpora a pomoc v průběhu života je přirozenou součástí života a zkušeností. Mezigenerační kontakty lze podporovat prostřednictvím dobrovolnictví,

např. formou dobrovolnických babiček a dědečků jako se o to svým programem snaží Hestia Praha nebo mezigenerační tábor v Prachaticích.

Děti a mladí lidé mohou navštěvovat seniory se sníženou soběstačností nebo demencí v zařízeních sociálních a zdravotních služeb a naopak senioři s životními zkušenostmi mohou dětem a mladým lidem pomoci překonávat životní překážky a obtíže anebo jim věnovat svůj čas např. při zajištění jejich bezpečnosti v dopravě při cestě do školy.

Senioři mohou během prázdnin věnovat svůj čas dětem a připravit po ně mezigenerační příměstský tábor. Senioři jsou pro děti a mladé

lidi nositelé vzpomínek na živou minulost, jejich paměti a vzpomínky bývají velice oceňované stejně jako účast v místních tradicích či tradičních spolecích jako je třeba obec baráčníků.

Mezigenerační setkávání je přirozenou součástí výchovy a napomáhá překonávání stereotypů. Příkladem je i mezigenerační divadlo, které hrají senioři se studenty gymnázia na témata spojená s historií místa.

Bariéry:

- * Úzce zaměřené a profilované události a programy zaměřené pouze na určitou věkovou skupinu (sportovní, kulturní,



vzdělávací, volnočasové aktivity a události)

- * Otevřené či skryté věkové limity a bariéry pro účast na vzdělávacích, sportovních, kulturních a jiných událostech, neinformovanost o těchto událostech a dalších aktivitách např. v důsledku informování pouze v kanálech pro určité věkové skupiny
- * Předsudky o tom, co jednotlivé generace zajímá a naopak nezajímá, co je „pro mladé“ a co „pro seniory“

Mezi způsoby a cesty podpory mezigeneračních kontaktů a vztahů, včetně kontaktů mezi senior-skou generací a dětmi lze uvést následující příklady:

- * Senioři čtou dětem ve zdravotnických a sociálních zařízeních

- * Pořádání mezigeneračních sportovních a kulturních událostí (maraton všech generací, hudební a taneční akce různých generací)
- * Senioři doprovázejí děti do školy či školky, pomáhají dohlížet na bezpečnost na dopravně exponovaných a rizikových místech
- * Dobrovolnická účast seniorů na vzdělávání dětí, např. přednášky o historii města, orální historie apod.
- * Zapojení seniorů (dobrovolníků) do pomoci dětem ohroženým sociálním vyloučením, pomoc v procesu vzdělávání dětí
- * Návštěvy dětí v zařízeních sociálních a zdravotnických služeb pro seniory, např. pořádání kulturních událostí, vystoupení dětských souborů základních škol, uměleckých

škol, kroužků zájmového vzdělávání apod.

- * Dobrovolnické aktivity studentů středních a vysokých škol a obecně mladších osob při poskytování sociálních a zdravotních služeb, vzdělávacích a kulturních aktivitách pro seniory atd.
- * Předávání zkušeností seniorů absolventům na trhu práce (mentorství, pomoc atd.) – projekty ve spolupráci obce, firem a bývalých nebo současných zaměstnanců apod.
- * Podpora vzájemné neformální sousedské výpomoci
- * „Adoptivní“ prarodiče

Dobrovolnictví

Činnost dobrovolníků vyžaduje především podporu a koordinaci. **Přestože se jedná o činnost, která není placena mzdou či platem, nelze říci, že jde o činnost bez nákladů, provozovanou zdarma.**

Pokud se má dobrovolnická činnost rozvíjet a vzkvétat, je zapotřebí o ní i pečovat. Je potřeba vytipovat osobu, která by dobrovolníky v obci koordinovala tak, aby šlo o systematickou a tedy i efektivní činnost. Jen vzácně však najdeme dobrovolníka, který by se této činnosti s veškerou zodpovědností ujal, a proto je vhodné vytipovat profesionála s dobrými manažerskými schopnostmi, který by měl dobrovolníky v gesci. Je užitečné pro tuto činnost vyčlenit pracovní úvazek či jeho část (dle předpokládaného

rozsahu činnosti a také dle velikosti obce). Pokud se vše podaří, bude se jednat o úvazek a další náklady, které se obci bohatě vrátí.

Klíčová je tedy opět role a osoba koordinátora dobrovolnické činnosti.

***Má vaše obec vytvořenou síť dobrovolníků?
Jak se o dobrovolníky vaše obec stará?***

Mezi profesní vlastnosti vytipované osoby by měla patřit důvěra ostatních na dobrovolnictví zainteresovaných subjektů, autorita a dobrá pověst. Nutná je taktéž znalost prostředí dané municipality. Výhodou je vzdělání v sociální oblasti, ale formální vzdělání jako takové není nutnou vstupní kompetencí v dané oblasti.

Společnost by měla mít na paměti, že dobrovolnická činnost je určitým darem a zároveň určitým závazkem, pokud je vykonávána dle potřeb obce a občanů a s určitou pravidelností.

V každém případě je nutné, aby se koordinátor se „svými“ dobrovolníky setkával pravidelně, a to podle potřeby a dle typu činnosti, aby zjišťoval jejich zpětnou vazbu a zkušenosti, aby jim poskytl podporu, poděkoval, zeptal se jich, co ke své činnosti potřebují.

Dobré je disponovat **aktualizovanou sítí možných dobrovolníků**, kteří se dají získat inzerátem či letákovou výzvou. Koordinátor dobrovolnických aktivit by pak měl tuto databázi aktualizovat, zohledňovat charakter

práce (dlouhodobé/krátkodobé – jednorázové) a pravidelně dobrovolníkům zasílat poptávky činnosti, do kterých se mohou v rámci obce zapojit. Formou komunikace mohou být smsky, telefony či online poptávky na internetu.

Dobrovolníci svoji činnost nabízejí z pocitu sounáležitosti, a taky pro dobrý pocit pomoci. Obce by však neměly zapomínat na přidanou hodnotu dobrovolníků. **Dobrovolníky je dobré vhodným způsobem ocenit, nebo jim nabídnout i jinou protihodnotu, např. doklad o absolvované praxi.** Příležitostí by v dané oblasti mohlo být i zapojení uchazečů o zaměstnání.

Bariéry/nejčastější problémy:

- * Není žádné finanční zajištění dobrovolných aktivit
- * Dispozice a špatná komunikace koordinátora
- * Nedostatek systematické péče o dobrovolníky
- * Organizační a právní aspekty (bariéry) dobrovolnictví
- * Nechuť lidí zapojit se do veřejného života v obci následkem „dobrovolných aktivit“ v časech socialismu

Trendy:

- * Databáze a online portály s nabídkou/ /poptávkou dobrovolnické práce
- * Propojení podnikatelské sféry s neziskovými organizacemi
- * Koncept dát/získat – seberealizace samotných dobrovolníků
- * Kvalitní koordinátor dobrovolnických aktivit
- * Ocenění dobrovolníků – Dobrovolník roku Prahy 3, „Dobrá duše“ – ocenění dobrovolníků pracujících v zařízeních pro seniory



...mí domy

...vede suam
...lenuy

2

Vzdělávání

Vzdělávání je dnes celoživotním procesem. Podněty a stimuly pro osobní i profesionální rozvoj jsou důležité v každé životní etapě a přinášejí obohacení nejen jednotlivci, ale celému životnímu a profesnímu prostředí. Nabídka vzdělávacích akcí pro seniory je součástí aktivního trávení času, ale zároveň podporuje a stimuluje sociální začlenění seniorů do společnosti. Senioři nejsou jen vzdělávaní, ale také sami vzdělávají: organizují vzdělávací akce a semináře pro různorodé skupiny zájemců, svojí odborností a zkušeností mohou jako poradci, specialisté, dobrovolníci či představitelé různých zájmových sdružení rozdávat své zkušenosti ostatním a rozvíjet a udržovat místní tradice.

Nabízí vaše obec či město kurzy či aktivity zvyšující počítačovou gramotnost seniorů?

Zprostředkovává vaše obec či město informace o vzdělávacích akcích pro seniory ve vašem okolí?

Zapojují se ve vaší obci senioři při vytváření/organizování vzdělávacích aktivit?

Celorepublikově rozšířená je tradiční univerzita třetího věku, kterou nabízejí kamenné univerzity (např. Karlova Univerzita v Praze, Masarykova univerzita v Brně, Univerzita Palackého v Olomouci). Některé z nich mají své pobočky ve větších městech, např. v Uherském Hradišti. Zemědělská univerzita v Praze nabízí e-learningové

kurzy univerzity třetího věku U3V s konzultantskou podporou po celé republice (e-senior). V menších městech organizují často samotní senioři akademie třetího věku, např. městská knihovna (ve Vysokém Mýtě) anebo centrum sociálních služeb. Jejich kvalitou je často sepnutost s lokální historií a kulturou. Přednášky, které organizují, jsou otevřené a zajímavé pro širokou místní veřejnost, jako např. v Prachaticích.

Velice důležité jsou kurzy počítačové dovednosti, které umožňují seniorům komunikovat s blízkými, studovat a sledovat aktuality. Dostupnost počítačů a internetu v rámci obcí a měst by měla být samozřejmostí. Zajímavější a přístupnější

(s menšími zábrany) je vzdělávání v počítačové gramotnosti skrze individuální podporu a konzultace formou dobrovolnické výpomoci jiných seniorů nebo mladých lidí v obci.

Jednorázové vzdělávací programy a kurzy, které organizují místní sdružení a neziskové organizace, zahrnují nejčastěji rukodělné činnosti, pěvecké sbory, výuku jazyků či trénování paměti. Objevuje se také práce s fotoaparát. Jako reakce na vývoj společnosti a pocit většího bezpečí jsou nabízeny kurzy finanční gramotnosti (jak hospodařit v důchodovém a předdůchodovém věku, jak vhodně investovat, např. v Pardubicích), kurzy bezpečnosti:

Bezpečně v domě, bytě, na ulici, které jsou pořádány ve spolupráci s Městskou policií, např. v Olomouci. Zajímavou aktivitou je Moudření – škola zdravého aktivního stárnutí, kterou pro seniory a pečující osoby připravilo sdružení Totem z Plzně.

Místem vzdělanosti jsou knihovny, které organizují přednášky, čtení anebo diskusní čtenářská fóra. Seniory oblíbené jsou bibliobusy, svou působností soustředěné pouze na Prahu a Plzeň, kde jsou tyto pojízdné knihovny podporovány. Zejména je mohou využít senioři se sníženou mobilitou.

Knihovny vznikají také v rámci rezidenčních zařízení pro seniory, příkladem je domácí knihovna v domě s pečovatelskou službou vytvořená z darů a mající vlastní počítačovou databázi, vedenou seniory-dobrovolníky, kteří zde bydlí (Ostrava-Poruba).

Senioři jsou významní nositelé národní historie, což reflektují projekty jako Příběhy plzeňských míst anebo národní projekt sdružení Sen-Sen Národní kronika, založený na vzpomínkách na léta minulá a přístupný všem zájemcům na internetu.

Bariéry/nejčastější problémy:

- * Nízká počítačová gramotnost seniorů
- * Nedostupnost počítačů v místě
- * Bibliobusy působí jen ve velkých městech, byly by potřeba také na vesnicích
- * Informace v rámci obce či města zveřejňovány na různých místech

Trendy:

- * Podpora ve využití a zpřístupnění nových technologií (Senior Pointy, školy, knihovny)
- * Více e-learningového vzdělávání
- * Individuální vedení při získávání počítačové gramotnosti (podle vlastního tempa a preferencí)
- * Rezervy místních knihoven pro organizování a podporu řady vzdělávacích aktivit, orientovaných na seniory i mezigeneračních
- * Senioři jako organizátoři a přednášející na akcích nejen pro seniory
- * Senioři vedou zájmové kroužky pro děti

ICT a Internet

Vzhledem k tomu, jak rychle se informační technologie rozvíjí a nachází uplatnění v nejrůznějších oblastech života, prostupují stále více naším životem a stávají se stále nepostradatelnějšími, rozhodli jsme se této oblasti věnovat zvláštní kapitolu. Je přitom zřejmé, že role informačních technologií nachází uplatnění také v jednotlivých oblastech života, o kterých v této publikaci pojednáváme, včetně dlouhodobé péče a sociálních služeb, zapojení do života obce a přístupu k informacím.

Informační a komunikační technologie se stávají běžnou každodenní součástí našeho života. Internet, mobilní telefon a notebook jsou dnes branou ke komunikaci, informacím

a službám. Jejich předností je rychlost, aktuálnost, interaktivita a možnost individualizace získávání informací a komunikace.

Význam informačních technologií narůstá v oblasti veřejné správy (e-government), vzdělávání a celoživotního učení (e-learning), obchodu a podnikání (e-business), ale také v rámci sociálních služeb a poskytování zdravotní péče (e-health a e-care).

Informační technologie usnadňují nalezení pracovního uplatnění, příležitostí pro dobrovolnictví a zapojení se do správy města, občanských iniciativ a sociálních sítí. Pro rodinné příslušníky poskytující péči svým

blízkým jsou často prvním či hlavním zdrojem informací. Mohou také pomoci zlepšit obraz seniorů, stárnutí a mezigenerační solidarity.

Práce s informačními technologiemi a efektivní komunikace jsou základními kameny funkčního města i obce. Z toho nelze vyjímát seniory, kteří mají mít dostatek příležitostí pro otevřenou komunikaci a podmínky, jak zvládnout a využívat počítače a jiné technologie. **Informovanost seniorů o možnostech služeb, péče a volnočasových programů není často dostatečná.**

U starších osob přitom mohou přetrvávat bariéry v používání nových technologií a obavy z jejich

zvládnutí. **Informační gramotnost seniorů je obecně nižší než u mladších lidí.**

Pro mnohé seniory může být samotný přístup k internetu a počítači a jejich užívání obtížné z důvodu zhoršení zraku, sluchu a problémů s jemnou motorikou. Mnozí z nich se této techniky prostě obávají a je jim uživatelsky nepříjemná.

Podporuje Vaše město přístup starších osob k internetu a jeho využívání?

Je možné přihlásit se k odběru informací prostřednictvím e-mailu o životě a důležitých změnách, službách a tématech ve Vašem městě podle osobních preferencí?

Existuje ve Vašem městě možnost zapojení mladých lidí formou dobrovolnictví do vzdělávání seniorů v informačních technologiích nebo v jiných oblastech?

Je ve Vašem městě dostupné vzdělávání pro seniory prostřednictvím e-learningu?

Bariéry:

- * Finanční bariéry, cena, jednorázové a opakované náklady (hardware, software)
- * Psychologické bariéry, obavy, vztah k technologiím, obavy ze zneužití osobních informací
- * Ochrana osobních údajů (legislativní a etické otázky)
- * Design a bariérovost některých zařízení ztěžujících nebo znemožňujících ovladatelnost
- * Rychlost změn, zastarávání technologií, kompatibilita, aktualizace, udržitelnost

Příklady využití informačních a komunikačních technologií:

- * Poskytování informací o volnočasových a kulturních událostech, zdravotních a sociálních službách, pracovních příležitostech, příležitostech pro dobrovolnictví a vzdělávání, informace o slevách atd.
- * Možnost odebírání informací prostřednictvím SMS a/nebo e-mailu o událostech, dopravě (výlukách, změnách v dopravě)
- * Zapojení do dění ve městě vyjádřením názoru na dění a život ve městě online formou ankety, účasti na diskusích a interaktivních událostech
- * Propojení generací prostřednictvím sociálních

médií, online her a komunikace, interaktivní hry a soutěže

- * Zapojení generací do vytváření historie místa ve fotografiích a vzpomínkách (orální historie)
- * Testování znalostí a schopností online jako nástroj získání zájmu a zapojení a zvýšení zdravotní a finanční gramotnosti seniorů
- * Zvýšení zájmu o bezpečnost a pocit bezpečí ve městě např. zmapováním zkušeností s nežádoucími jevy ve městě, místy se zvýšenou kriminalitou, nekalým jednáním (nabízením zboží atd.), prevence zadlužení, zvyšování finanční gramotnosti (vzdělávání atd.)

Společenské aktivity

Každá obec žije vlastním společenským životem, který často navazuje na dlouholetou tradici a je v součinnosti s místními občanskými sdruženími a zájmovými spolky. Senioři se v těchto činnostech uplatňují v rámci spolkových aktivit (jako jsou často rybáři, myslivci, hasiči, fotbalový klub, baráčníci apod.).

K tomu existují spolky výhradně seniorské, které se specializují na podporu seniorů zdravých i seniorů se zhoršenou mobilitou. Mají podoby klubů, center či kavárniček. Ve svých aktivitách více zohledňují specifické potřeby svých členů a zájemců.

Všechny tyto aktivity jsou bezpochyby užitečné, protože slouží k zábavě, navazování sociálních

kontaktů, získání zajímavých informací, mají všeobecně stimulační efekt.

Spektrum aktivit obcí pro seniory je skutečně široké, ale odehrávají se zejména v oblasti „akcí pro seniory“, zejména seniory zdravé, bez výrazného funkčního omezení. Jen některé obce pamatují při organizování výletů pro seniory (například Horní Počernice), že by bylo vhodné vzít s sebou pomůcky pro chůzi či vozík pro případ, že by někdo potřeboval na výletě asistenci při delším přesunu.

Obec může poskytnutím prostor podporovat sdružování a setkávání zaměřené na různé činnosti. Podpora volnočasových a společenských

aktivit rozvíjí místní sociální vztahy. Pro zajištění této podpory jsou v zahraničí hojně a u nás zatím spíše výjimečně využíváni dobrovolníci. Klíčovou roli představuje koordinátor, člověk, který je za provoz centra odpovědný a současně stimuluje ostatní k pomoci a aktivnímu přístupu. Jeho úkolem je využít a vyladit potenciál, který místo a jeho občané nabízejí. Součástí tohoto procesu jsou samozřejmě i neúspěchy. Ne všechny aktivity mají úspěch, ne všechny projekty a plány se stanou životaschopnými.

Vzdělávací, volnočasové a kulturní centrum pro seniory může plnit různé funkce:

- * Získání informací
- * Setkání s vrstevníky
- * Setkání pečujících – ale i respitní péče
- * Možnost stravování
- * Káva, čaj, drobné občerstvení
- * Přednášky, besedy
- * Cvičení různých charakterů a typů, tanec,
- * Hudební pořady
- * Společenské hry
- * Příprava a organizace dalších aktivit mimo centra
- * Naučné programy

Příklad: Kutná Hora – Kavárnička pro seniory a zdravotně postižené

V kavárničce se pravidelně každý měsíc setkávají dříve narození a u kávy, doma pečeného zákusku a živé, nebo reprodukované hudby si mohou popovídat a zatančit.

Kavárnička pro seniory funguje např. také v Roudnici. V Litomyšli funguje Rodinné centrum a knihovna Litomyšl, které nabízí mezigenerační aktivity, vzdělávací programy s problematikou zaměřenou na seniory.

Podpora a rámec poskytování dlouhodobé péče v obcích

Tento projekt a publikace se vedle podpory aktivního stárnutí jako nástroje snižování potřeby a rizika dlouhodobé péče zaměřuje také na doporučení v oblasti dlouhodobé péče.

Dlouhodobě nesoběstační pacienti potřebují k zachování či zlepšení kvality života komplex služeb, které jsme si zvykli nazývat jako služby dlouhodobé péče. Pod tímto pojmem rozumíme jak nezbytnou zdravotní péči lékařskou, ošetrovatelskou, farmaceutickou, rehabilitační, nutriční a další tak také služby tzv. sociální, tedy pomoc a asistenci v jednotlivých sebeobslužných aktivitách, ale i další potřebná opatření, která mají význam zejména při péči o tyto pacienty

v domácím prostředí. Jedná se o ošetrovatelské a rehabilitační pomůcky, úpravy prostředí pro péči, moderní komunikační prostředky a další podobná opatření, která reagují na potřeby určitých skupin nemocných a k jejichž rozvoji zejména v posledních desetiletích dochází. Významnou a nezastupitelnou roli v poskytování dlouhodobé péče mají také rodinní a další neformální pečující.

Dlouhodobá péče je zásadně důležitou otázkou pro obce, neboť podle mezinárodních zkušeností jsou to právě obce a obecní instituce, pracovníci a mechanismy, kdo mohou zajistit dostupnou a koordinovanou péči a včasnou identifikaci potřeb obyvatel žijících na jejich území.

Pojem dlouhodobá péče je u nás velmi často (a zpravidla velmi chybně) ztotožňován s „léčebnou“ či léčebnami pro dlouhodobě nemocné. Tato zařízení začala vznikat v sedmdesátých letech dvacátého století s cílem nahradit nevyhovující „odkladová“ oddělení nemocnic či tzv. „interní oddělení druhého typu“ či jak se tato zpravidla velmi nekvalitní oddělení nazývala. Postupně po vzniku oboru geriatricie v rámci specializační přípravy lékařů počátkem osmdesátých let bylo deklarováno, že tato oddělení budou představovat klinickou základnu tohoto oboru. V té době vznikl také institut geriatrické sestry, tedy sestry poskytující domácí ošetrovatelskou péči seniorům. Cílem bylo dosáhnout úvazku

0,5 zdravotní geriatrické sestry na jeden obvod praktického lékaře. Tyto sestry vykonávaly nejen ošetrovatelskou a často i rehabilitační péči u starších pacientů, ale jejich aktivita měla být i preventivní, měly být v kontaktu se staršími lidmi ve svém obvodu a v případě potřeby zajistit potřebná opatření. Institut geriatrických sester lze hodnotit jednoznačně pozitivně a musíme považovat do značné míry za škodu, že s privatizační lékařských praxí došlo k zániku geriatrických sester, jejichž činnost byla poté do jisté míry nahrazena (nikoli však všude a ve všech činnostech) zpravidla soukromými agenturami domácí péče. Léčebny pro dlouhodobě nemocné se sice také „ujaly“ v systému zdravotní péče, nicméně

se jim nepodařilo získat si příliš dobrou pověst v očích veřejnosti. Je tomu tak proto, že mnohé z nich neposkytovaly ani neposkytují kvalitní péči, že nestačily reagovat na měnící se potřeby a požadavky pacientů, nezavedly nové a progresivní metody. Do značné míry to souvisí s více než problematickou finanční situací. Přestože jsou tyto léčebny financovány ze systému zdravotního pojištění, toto financování není v mnoha případech dostačující. Navíc pokud jsou léčebny součástí větších celků nemocnic, bývají jejich rozpočty „odkláněny“ do péče akutní. Pojem „léčebna pro dlouhodobě nemocné“ se tak stala spíše synonymem nedobré péče, a to i přes nespornou skutečnost, že některé léčebny jsou

vedeny odborně a poskytují kvalitní doléčovací a rehabilitační péči a/nebo kvalitní dlouhodobou převážně ošetrovatelskou péči.

V rámci šetření některé obce poskytly pestré spektrum odpovědí na otázku, jaké služby poskytují osobám se sníženou soběstačností, které v mnoha případech zahrnovaly velmi obsáhlý a ucelený popis služeb a aktivit pro osoby s potřebou dlouhodobé péče. **V několika případech jsme se ale setkali s negativní reakcí, odmítnutím, nebo dokonce popřením, že podobné situace a lidé s uvedenými potřebami se mohou v dané obci vyskytovat. Rozhodli jsme se proto, vytvořit „kalkulátor odhadu péče a služeb“**(viz níže).

Kalkulátor odhadu péče a služeb

Jednoduchý nástroj, který na základě přepočtu průměrné hodnoty ukazatele v České republice a počtu obyvatel v dané obci/městě umožňuje odhadnout hodnoty ukazatele v dané obci. Jedná se například o počet osob ve věku nad 65 a 80 a více let, odhad počtu příjemců, počet osob s příspěvkem na péči (potřeby neformální péče a/nebo sociálních a zdravotních služeb). Přesnost tohoto odhadu závisí na míře variability/nerovnosti daného ukazatele v území (odchylky od průměru v ČR), resp. velikostních kategoriích obce apod. Pokud obec zná daný ukazatel, např. počet osob ve věku 65 a více let, může si prostřednictvím kalkulátoru snadno porovnat, jak se liší hodnota v obci od průměrné

hodnoty v ČR a o kolik procent je nižší nebo vyšší než celorepublikový průměr. Jedná se o hrubý orientační nástroj, který poskytuje rychlou informaci a odhad a ukazuje, že lidé, potřebující zájem obce a případně její služby a formy podpory, určitě existují.

„Kalkulátor“ (tabulka ve formátu Excel) je ke stažení na webových stránkách projektu FRAM <http://www.framprojekt.eu/>, můžeme jej zájemcům zaslat i e-mailem.

Ukázka – Kalkulátor odhadu péče a služeb

Zadejte počet obyvatel ve Vaší obci / městě	
1 241 273	(zkušebně zadána Praha)
Ve Vašem městě by dle průměrné hodnoty ukazatele v ČR mělo být:	
195 629	osob nad 65 let
46 003	osob nad 80 let (vyšší riziko křehkosti)
36 561	příjemců příspěvku na péči (potřeba služeb/péče)
32 407	držitelů ZTP
14 629	osob s demencí

Pokud znáte skutečnou hodnotu, zadejte ji pro porovnání s průměrem pro ČR	
Praha (zkušebně)	Hodnota ve Vašem městě ve srovnání s průměrem ČR
213 508	109% osob nad 65 let
53 235	116% osob nad 80 let (vyšší riziko křehkosti)
25 300	69% příjemců příspěvku na péči (potřeba služeb/péče)
28 593	88% držitelů ZTP

Pozn.: Odhad na základě přepočtu ukazatelů hodnot pro ČR v roce 2011 dle počtu obyvatel v dané obci/městě. Přesnost odhadů závisí na míře variability/nerovnosti daného ukazatele v území (odchylky od průměru v ČR), resp. velikostních kategoriích obce.

Kalkulačka lze použít ke dvěma účelům:

- 1) získání odhadu hodnoty, nemá-li obec údaj k dispozici
- 2) porovnání s průměrem v ČR (a následnou interpretací, proč je na tom daná obec lépe nebo hůře, resp. kvůli jakým faktorům je skutečná hodnota nižší nebo vyšší).

Kdo potřebuje péči?

Pod pojmem soběstačnost rozumíme schopnost **žít samostatně v běžném prostředí a obejít se bez pomoci druhé osoby**. K vyhodnocení této schopnosti slouží testy, kterými ověřujeme soběstačnost pacienta v tzv. **instrumentálních a základních aktivitách** soběstačnosti (aktivitách denního života).

Za nejdůležitější charakteristiku starší populace považujeme skutečnost, že ji vlastně paušálně charakterizovat nelze, že se jedná o velkou skupinu lidí (15,8 % populace v roce 2011, v případě žen 13,0 % a mužů 18,4 %), která je ve svých dovednostech a zdravotním stavu různorodější než populace lidí středního

věku, a to z důvodu akumulace rizik a zkušeností a rozdílných životních šancí v průběhu dosavadního života.

Mnozí ze starších lidí začínají s další pracovní kariérou, jsou úspěšnými vědci, sportovci, kteří dosahují významných výsledků. V tomto případě hovoříme o **elitních seniorech**. S mnohými z nich se setkáváme v médiích, aniž bychom si jejich věk uvědomovali. Další skupinu seniorů představují lidé, kteří žijí dle svých představ, nadále například pracují nebo se podílejí na různých aktivitách v rámci své rodiny, obce a podobně.

Svým životem stále naplňují a prosazují své postoje a hodnoty. V tomto případě hovoříme o **autonomních seniorech**. Mnozí lidé vyššího věku přijali svou roli „důchodce“ a přestali pracovat či se významněji společensky angažovat, ale stále žijí samostatným životem, nepotřebují pomoc jiných. Jedná se o **soběstačné seniory**.

Zejména ve vyšších deceniích, typicky po 80. roce věku a později, přibývá jedinců, jejichž funkční schopnosti jsou do jisté míry omezeny, kteří potřebují alespoň někdy určitou pomoc s některými činnostmi souvisejícími s chodem domácnosti nebo péčí o sebe. V tomto případě používáme pojem **křehký senior**, neboť změna

funkčního stavu je v naprosté většině případů spojena se syndromem křehkosti („fragility“), nejvýznamnějším geriatrickým syndromem. Tito senioři jsou ohroženi zhoršením či ztrátou soběstačnosti při prakticky jakékoli zátěži, ať se jedná o interkurentní (i zdánlivě banální) onemocnění, změnu prostředí, sociální ztrátu a podobně.

Poslední skupinou seniorů jsou **senioři ne-soběstační, závislí**. Jedná se o skupinu seniorů, kteří nejsou schopni zajistit nejen péči o svou domácnost ale ani péči o svou osobu a potřebují pomoc svého okolí či pomoc profesionálních zdravotnických a sociálních služeb.

Pod pojmem soběstačnost rozumíme schopnost **žít samostatně v běžném prostředí a obejít se bez pomoci druhé osoby**. K vyhodnocení této schopnosti slouží testy, kterými ověřujeme soběstačnost pacienta v tzv. **instrumentálních a základních aktivitách** soběstačnosti (aktivitách denního života).

Otázkou je, jak určit, kde končí soběstačnost a kde začíná nesoběstačnost. Tato hranice je vysoce individuální. K jejímu stanovení nám nestačí výčet diagnóz. Z tohoto důvodu je velice významné vyhodnocení celkového funkčního zdravotního stavu starší osoby.



Soběstačnost a funkční vyšetření zdravotního stavu

Proč potřebujeme funkční geriatrické vyšetření? Nestačí jen seznam diagnóz? Proč by měl funkční vyšetření provádět odborník, který se dobře orientuje i ve zdravotní problematice? Proč sociální pracovník na posouzení stavu nestačí?

Podívejme se na dvě osoby a jejich seznam diagnóz:

1. Diabetes mellitus druhého typu s nefropatií, hypertenze III typu, stav po cévní mozkové příhodě, povšechná ateroskleróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba
2. Diabetes mellitus druhého typu s nefropatií, hypertenze III typu, stav po cévní mozkové

příhodě, povšechná ateroskleróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba

Zdánlivě stejné? Ano, takto zpravidla seznam diagnóz vypadá, někteří lékaři jej poněkud upřesňují například vyjmenováním možných komplikací, pro jiné je takto dostačující.

Je však zapotřebí si uvědomit, že **pouhý seznam diagnóz nic neříká o funkčním stavu pacienta**, který můžeme posoudit sice na základě znalosti zdravotního stavu, ale potřebujeme k tomu znát ještě mnoho dalších informací, abychom se mohli vyjádřit k soběstačnosti, protože pacienti se stejným seznamem diagnóz se mohou vzájemně velmi lišit.

První pacientka může mít dobře kompenzovanou cukrovku s mírně sníženými hodnotami funkcí ledvin, dobře kompenzovaný krevní tlak. Následky cévní mozkové příhody nejsou prakticky žádné a osteoporózu, kterou měla kdysi diagnostikovanou, kompenzuje léčbou. Alzheimerova choroba byla nedávno diagnostikována a má nastavenou medikaci, která průběh onemocnění zpomalila a která, byť dočasně, zlepšila kognitivní stav. Její soběstačnost je zachována a dosahuje maximálního počtu bodů v obou testech (ve všech výkonech uvedených v tabulkách ADL IADL). Pacientka má náhled na svůj zdravotní stav a o své zdraví pečuje, dodržuje životosprávu a další léčebná opatření.

Druhý pacient má cukrovku se závažnými komplikacemi, je nestabilní, ohrožen častými dekompenzacemi; následky po cévní mozkové příhodě jsou výrazné, takže jen obtížně chodí a navíc v důsledku osteoporózy má těžké bolesti páteře a opakované zlomeniny končetin. Alzheimerova choroba přispívá ke zhoršení syndromu demence, která je smíšeného charakteru, pacient je zcela dezorientován. Jeho soběstačnost je výrazně snížena, a to jak ve většině instrumentálních aktivit (IADL) uvedených v seznamu, tak dokonce v aktivitách základních (ADL), tj. nevykoupe se ani neumyje samostatně, je inkontinentní, potřebuje pomoc při oblékání. Pacient však nemá na svůj zdravotní

stav náhled, bývá zcela dezorientovaný a potřebuje velmi náročnou péči, nicméně při dotázání tvrdí, že se o vše stará sám a nikoho k péči nepotřebuje.

Výše uvedené kasuistiky ukazují nejen proč je posouzení soběstačnosti důležité, ale také proč musí být provedeno odborně, na základě komplexní znalosti zdravotního stavu pacienta, a to tělesného i duševního.

Zhoršení soběstačnosti může vzniknout, jak jsme uvedli výše, v důsledku změny zdravotního stavu či jiné významné změny zejména u křehkých seniorů. U lidí mladšího věku vzniká jako následek

závažných poruch zdravotního stavu, které mají chronické následky (např. úrazy) nebo dalších závažných zejména chronických onemocnění.

Je však zapotřebí si uvědomit, že většinu onemocnění můžeme a měli bychom léčit nejen v mladém a středním, ale i ve vysokém či velmi vysokém věku. **Správnou a včasnou zdravotní či jinou intervencí je zpravidla možné zabránit vzniku dlouhodobé nesoběstačnosti.**

Včasné a přiměřené léčení a dostatečná rehabilitace jsou proto u geriatrických i jinak křehkých pacientů velmi důležité. **Pokud zanedbáme čas, kdy jsou léčení a rehabilitace nejefektivnější, nastanou zpravidla nevratné následky nebo**

bude trvat velice dlouho než se intenzivní léčbou a rehabilitací vrátí funkční stav pacienta do původní úrovně.

Dlouhodobá nesoběstačnost je stavem, ke kterému by nemělo docházet, pokud lze onemocnění léčit a pacienta rehabilitovat. V mnoha situacích je možná prevence, což zdůrazňuje význam strategie zdravého stárnutí. Mnoha dalším situacím může zabránit včasná a správná léčba a rehabilitace – proto jsou důležité dostupné a odborné zdravotnické služby. K dlouhodobé či postupně se zhoršující nesoběstačnosti by tedy nemělo docházet za „normálních“ okolností, ale dochází k nim zpravidla u těch syndromů

a onemocnění, které mají nevyléčitelný a progredující charakter (degenerativní onemocnění mozku, demence, Alzheimerova choroba, pokročilá stadia Parkinsonovy choroby, stavy po opakovaných cévních mozkových příhodách, zhoubná onkologická onemocnění s dlouhodobým průběhem a podobně).

Akutní onemocnění a potřeba včasné péče

Pokud jsme výše použili některé termíny související s dlouhodobou péčí, považujeme za nutné je vysvětlit v kontextu současné zdravotní a sociální péče, což nebude snadné zejména v současné legislativní situaci, kdy jak Ministerstvo zdravotnictví, tak Ministerstvo práce a sociálních věcí připravují některé zásadní legislativní změny právě v oblasti dlouhodobé péče a na „pomezí“ péče zdravotní a sociální.

Pokud dojde k akutnímu onemocnění, je na místě včasné a správné stanovení diagnózy a léčení, které může v jednodušších případech probíhat v péči domácí (tedy praktického lékaře eventuelně sester domácí péče), nebo v péči akutního

oddělení nemocnic, při závažnějších onemocněních se může jednat o péči intenzivní. Medicína v České republice je všeobecně na velmi dobré úrovni, a to i ve srovnání s mnoha jinými rozvinutými zeměmi, často dokonce zeměmi bohatšími. I tady však mohou existovat určité problémy, které souvisejí zejména s nestejnou sítí zdravotnických služeb apod. Větší problémy však lze spatřovat v zajištění akutní péče o starší pacienty, zejména pak tzv. geriatrické pacienty, tedy pacienty zpravidla starší 80 let nebo ty, kteří jsou v seniorském věku postiženi dalším chronickým onemocněním. **Tito pacienti jsou zpravidla ohroženi rychlým zhoršením soběstačnosti, pokud jim není poskytnuta adekvátní péče.**

Hovoříme o důležitosti „zlaté minuty“, která má význam zejména u zmíněných („křehkých“ geriatrických pacientů). **Zatímco mladší pacient velmi často bez významné újmy snese určitý odklad, starý pacient zpravidla nikoli, protože jeho funkční rezervy jsou daleko menší, než je tomu u člověka mladého. To je významný rozdíl, který je zapotřebí mít na mysli při poskytování akutní péče starším pacientům.**

Do obdobné situace se může dostat většina lidí starších 80 let ale i někteří mladší, kteří trpí chronickými onemocněními výrazně omezujícími funkční rezervy a adaptabilitu.

Týká se tedy minimálně cca 500 tisíc lidí, kteří v současné době žijí v České republice, tento počet však bude se stárnutím populace velice rychle narůstat.

Příklad (typická situace):

Pacientka či pacient, který byl dosud soběstačný, chodil hrát šachy a jezdil autem. Nastalo zhoršení stavu, ale příznaky jsou netypické: cítí se slabý, místy je dezorientovaný, „mluví z cesty“, zůstane ležet v posteli. O co se jedná? Jde prakticky o jeden z tzv. geriatrických syndromů, které se projevují netypickými „celkovými“ příznaky. Příčiny tohoto stavu mohou být různé, zpravidla se jedná o infekční onemocnění

(zánět horních či dolních dýchacích cest, močovou infekci), dehydrataci, zhoršení metabolického stavu (například cukrovky, funkce ledvin), kardiální dekompenzaci a podobně. I tento pacient potřebuje včasné a správné stanovení diagnózy a léčení tak, aby se co nejdříve mohl vrátit do svého domácího prostředí.

Odborná geriatrická oddělení, kterých je u nás zatím bohužel velmi málo, ale dobrým příkladem je například Gerontologická a metabolická klinika v Hradci Králové nebo Geriatrické centrum Krajské nemocnice v Pardubicích, se zaměřují kromě léčby akutního stavu také na to, aby se pokud možno minimalizovalo zhoršení funkčního stavu a aby se kondice pacienta nezhoršovala

zbytečným ležením bez adekvátní rehabilitace či v důsledku dalších opatření, která zhorší některé další pro člověka důležité funkce (například kontinenci zbytečným zaváděním permanentních cévek a podobně).

Pokud některé oddělení lůžkové péče nerespektuje výše uvedená a další opatření zabraňující zhoršení funkčního stavu a soběstačnosti, kterým souhrnně říkáme „specifický geriatrický režim“, dojde zpravidla k tomu, že je geriatrický pacient sice „zaléčen“ či „vyléčen“ ze svého akutního onemocnění, ale nachází se ve stavu, kdy není schopen například samostatně chodit, protože celou dobu pobytu v nemocnici ležel na posteli bez rehabilitace, někdy dokonce ještě připoután permanentní cévkou, omezen

zábranou na lůžku a podobně. Takovýto pacient pak bude po propuštění z akutního oddělení potřebovat ještě další doléčení a rehabilitaci.

Další příklad: Pacient utrpěl úraz, například zlomeninu krčku stehenní kosti. V těchto situacích dochází k neodkladné hospitalizaci, pacient je zpravidla bez prodlení operován. V tomto případě naše zdravotnictví pracuje velmi dobře a rychle, a to i ve srovnání i s bohatšími zeměmi, kde bývají často delší čekací doby na operaci. To je zapotřebí zdůraznit. Pacient je tedy operován a může se vrátit domů. Je tomu ale opravdu tak? Ano – ale u mladšího pacienta nebo staršího pacienta, který je opravdu fit. Starší pacient zpravidla potřebuje další rehabilitaci a doléčení.

Další doléčení a rehabilitaci ale bude potřebovat také pacient mladší (nebo starší pacient, který je v naprosto skvělém zdravotním stavu a s dostatečnou funkční rezervou), a to v případech skutečně závažné poruchy zdraví, tedy těžkého poranění, závažného akutního onemocnění. Typicky se jedná například o těžká či mnohočetná poranění, poranění, která způsobila poškození mozku (tzv. traumatická poškození mozku), cévní mozkové příhody a podobně.

Akutní péče vyžaduje adekvátní technické a personální vybavení, dostupnost specialistů různých oborů a nepřetržitý provoz tzv. komplementu, tedy komplexu dalších zpravidla

technických vyšetřovacích metod, zejména laboratoří a zobrazovacích metod. Pokud tedy akutní onemocnění pacienta je natolik závažné, že je není možné řešit v domácím prostředí, je vhodné, aby diagnostický a léčebný proces proběhl co nejrychleji a nejkvalifikovaněji. To je zpravidla možné v nemocnici, která má k dispozici nejen veškeré zázemí komplementu, a to v nepřetržitém provozu, ale má také dostatek kvalifikovaného a dostatečně specializovaného personálu, který je neustále k dispozici.

V současné době specializované medicíny již došlo k velké diferenciaci znalostí a dovedností jednotlivých oborů, zatímco se dříve (ještě před

několika málo desetiletími) na interních odděleních léčily infarkty myokardu zejména klidem na lůžku, krvácení do zažívacího traktu zavedením sondy a podáváním léků pro lepší krevní srážlivost a cévní mozkové příhody se prakticky jen ošetřovaly, aby nedošlo k proleženinám dříve, než bude moci pacient rehabilitovat. V současné době existují moderní intervenční metody, které umožní včasné diagnostikovaný uzávěr cévy katetrizovat a cíleně odstranit cévní sraženinu v případě infarktu myokardu či tromboembolické cévní mozkové příhody a krvácení do zažívacího traktu je indikací k akutnímu endoskopickému výkonu, který lokalizuje a přímo ošetří místo krvácení a zastaví

je. Takovéto a obdobné postupy, rychlé, málo zatěžující a nesmírně efektivní, jsou možné i u jiných akutních onemocnění. Vyžadují však kvalifikované odborníky, kteří mají s jednotlivými typy těchto výkonů dostatek zkušeností, tedy kteří je provádějí často a dále vyžadují moderní technické vybavení a zpravidla i zaškolené týmy, které jsou důležitou součástí zázemí těchto odborníků. Všechny tyto faktory jsou nesmírně a nezastupitelně důležité také například u těžkých mnohočetných úrazů, polytraumat, ke kterým dochází zejména při dopravních nehodách a podobně. Zde je přítomnost týmu (nebo dokonce několika týmů) a špičkové techniky skutečně faktorem, který ovlivní nejen

život, ale i další osud člověka. To je podle našeho názoru dostatečným vysvětlením, proč se akutní péče v rozvinutých zemích zpravidla soustředí do velkých nemocnic. **Dokonce i málo lidnaté (a bohaté) severoevropské státy netrvají na akutní péči v některých svých malých nemocnicích, ale volí raději cestu rychlého transportu například vrtulníkem do velkých center, která mají k dispozici veškeré potřebné personální i technické vybavení.** Tyto skutečnosti nejsou pravděpodobně u nás dostatečně známy. Pokud by zdravotní pojišťovny jako plátcí pojistného a garanti kvality zdravotní péče publikovali skutečně srozumitelná data o výsledcích zdravotní péče v jednotlivých zařízeních, která

by samozřejmě musela být dána do kontextu s úrovní úhrad této péče, pravděpodobně by bylo možné relativně jednoduše vysvětlit i obyvatelům menších měst, že ta „jejich“ nemocnice už není zdaleka takovým klenotem v poskytování akutní zdravotní péče, jak se domnívají.

Argument, že v jiných zemích mají své malé nemocnice, v této souvislosti příliš neobstojí, i když jej není možné zcela popřít. Je však třeba se ptát, o jaké země se jedná. **Většina rozvinutých a bohatých evropských zemí sdružuje akutní zdravotní péči do větších center, zatímco menší nemocnice se zaměřují spíše na doléčení a rehabilitaci, neboť zejména se stárnutím**

populace, ale také nárůstem počtu chronicky nemocných a s potřebou zkracovat pobyt na akutních lůžkách poptávka po tomto typu péče roste. Naopak v některých rozvojových či velmi chudých zemích, kde není k dispozici potřebná technika, poskytují v malých městských či venkovských nemocnicích alespoň základní péči – to ale není podle našeho názoru cílem naší vcelku moderní zdravotní péče a ani zájmem našich občanů.

Case management

Jedním z největších problémů v oblasti dlouhodobé péče je včasné a návazné poskytování různých druhů služeb a podpory v různých oblastech života. Přístupem, který umožňuje tuto situaci zlepšit je případové řízení, tzn. určení zdravotního či sociálního pracovníka obce, který bude služby koordinovat tak, aby měly co nejlepší účinek, byly využívány efektivně a hospodárně a vedly k co největším dopadům na soběstačnost, její zachování a na zvýšení celkové kvality života.

Jedná se o moderní přístup v managementu služeb, kdy jsou služby poskytovány systematicky a to na základě multidisciplinárního posouzení potřeb klienta/pacienta a na základě znalosti stávajících možností a poskytování

služeb. Ideálním klimatem pro case management je legislativní prostředí, které umožňuje posoudit potřebu a pravomocně určit, které služby budou klientovi poskytovány. To je případ komuny Bodoie v Norsku, kde úřad (Tildelingskontoret) zároveň posuzuje potřebnost a rozhoduje o poskytování služeb. Takovéto ideální provázání není dosud v České republice možné vzhledem k nejednoznačnosti legislativy zejména v oblasti sociální péče a služeb. Nicméně je nepochybné, že i za stávajících možností a dobré vůle poskytovatelů služeb (která je vyjádřena mimo jiné i účastí na tomto projektu) by prostřednictvím case managementu bylo možné lépe zorganizovat služby pro seniory (i jiné skupiny občanů) tak,

aby co nejdéle mohli setrvat ve svém původním domácím prostředí.

Příklad Tildelingskontoret Bodoie – koordinované poskytování komplexních služeb

Pokud občané města Bodoie a okolních obcí potřebují pomoc, obrazejí se přímo na „Tildelingskontoret“, oddělení které je součástí místní správy. Kontakt lze snadno najít na internetu a je uveden také na většině informačních materiálů o zdravotnických a sociálních službách. Pracují zde kvalifikovaní odborníci, kteří rozhodují „společně se žadatelem“. Může se jednat o člověka, který potřebuje pomoc na určitou či neurčitou dobu, ale také o pečující rodinu a podobně.

Pracovníci posoudí a rozhodnou o zajištění pomoci zpravidla prostřednictvím služeb, které má obec k dispozici, a tyto služby zajistí. Cílem je udržet člověka i s omezenou soběstačností co nejdéle v domácím prostředí prostřednictvím pomoci, podpory a služeb a pomoci také pečující rodině (opět s cílem co nejdéle zachovat péči v domácím prostředí).

Výše uvedený model je modelem odpovídajícím systému péče ve skandinávských zemích. Vychází totiž z rozsáhlých pravomocí obcí v oblasti zdravotně sociálních služeb, které jsou obvyklé ve Skandinávii. Zdejší obce mají kompetence a povinnost zajistit služby dlouhodobé péče a sociální služby, zatímco služby akutní

zdravotní péče zpravidla zajišťují kraje.

Tento model není zcela přenositelný, ale některé jeho prvky mohou být dobrým příkladem.

V obci Bodoie pracovníci a představitelé obce usilovali o to, aby všechny služby lépe zkoordinovali a aby usnadnili občanům k těmto službám přístup. Na druhé straně se snaží o to, aby mohli prostředky určené na poskytování služeb vynakládat co nejefektivněji. Tento model byl zaveden počátkem minulého desetiletí a pracovníci této obce o něm referovali mimo jiné v roce 2005 na Pražských gerontologických dnech. Postupně se tento model rozšířil a zahrnul i další služby. Přestože norské obce zajišťují většinu zdravotně sociálních služeb, některé z nich jsou

zajištěny jiným způsobem – například zdravotní služby, dlouhodobé zapůjčení technických pomůcek a podobně. Tildelingskontoret se však i těmito službami zabývá, protože představují součást potřebného spektra služeb.

Jak se můžeme z modelu Tildelingskontoret poučit u nás? V rámci našeho šetření v obcích jsme zjistili, že tam, kde je obec otevřená vůči svým občanům v zajištění služeb a kde má zájem i o lidi nesoběstačné, křehké, s potřebami dlouhodobé péče, i v našich podmínkách se uplatňují některé z výše uvedených zásad. Pracovníci sociálních odborů u nás mají daleko méně pravomocí než jejich skandinávští

kolegové. Přesto je jejich role důležitá: mohou poradit a pomoci zprostředkovat potřebné sociální služby, příspěvek na péči a podobně.

V Novém Městě nad Metují se pracovníci sociálního odboru pravidelně setkávají s ostatními důležitými poskytovateli, komunikují s praktickými lékaři a jejich sestrami, s poskytovateli domácí péče a dalších služeb. Díky těmto pravidelným setkáním se daří služby jednotlivým klientům lépe organizovat.

Příklad: Gerontologické centrum v Praze 8

Toto zařízení Městské části Praha 8 vzniklo na základě zvýšené poptávky po zdravotnických a sociálních službách, která se vyvinula v této

oblasti již počátkem 90. let v důsledku relativně rychlých demografických změn sídliště tzv. Severní terasy postavené v 60. a 70. letech 20. století. Gerontologické centrum vzniklo jako příspěvková organizace této městské části v roce 1992 a jeho zadáním bylo doplnit stávající služby, které tato MČ zajišťovala (prostřednictvím svého poskytovatele Obvodního ústavu sociálních služeb – zejména pečovatelskou službu a domy s pečovatelskou službou) a ve spolupráci s dalšími poskytovateli, zejména neziskovými organizacemi.

Vzhledem k velikosti městské části (106 tisíc obyvatel) bylo rozhodnuto o zřízení oddělení následné péče (postupně celkem 47 lůžek), denního stacionáře, domácí ošetrovatelské

péče a geriatrické ambulance. Tyto služby se postupně dle poptávky obyvatel MČ rozšířily na spektrum činností zdravotnického a sociálního charakteru a na aktivity podpory zdraví seniorů. Kromě domácí ošetrovatelské péče tak Gerontologické centrum zajišťuje osobní asistenci, dle poptávky je zajištěna i služba asistentů na telefonu, z geriatrické ambulance dle potřeby vyjíždí geriatrický tým do domácností pacientů, křehkým pacientům je možné zajistit službu nouzového volání (s nepřetržitou linkou ve spolupráci s Českou alzheimerskou společností).

Příklad: Denní stacionář Gerontologického centra v Praze 8

Denní stacionář se profloval na problematiku pacientů s demencí a vzniklo tu mnoho metod i pomůcek pro tuto péči a přízemí centra se v obou budovách, které má zařízení nyní k dispozici, otevřelo seniorům z okolí, kteří sem docházejí na obědy, do internetové kavárny, do „burzy seniorů“. Na zahradě byly nainstalovány stroje na cvičení a hřiště pro pétanque a v okolí zařízení jsou vyznačeny „trasy nordic walking“, k jednotlivým sportovním aktivitám jsou poskytovány pravidelné instruktáže. Pilotně se tu vytvářejí různé aktivity pro seniory, které jsou pak implementovány v širším měřítku i v rámci dalších organizací MČ.

Přestože si většina lidí přeje zůstat ve svém domácím a rodinném prostředí i v situaci omezení soběstačnosti, jsou zapotřebí i pobytová zařízení, která tuto dlouhodobou péči poskytují. V mnoha evropských i dalších zemích (USA, Austrálie, Kanada atd.) se pro instituce poskytující dlouhodobou péči používá termín „nursing homes“, ve Velké Británii také například „care homes“, v německy mluvícím prostředí Pflegeheim, ve Skandinávii sykehjem a podobně. Tato zařízení poskytují svým pacientům/klientům dlouhodobé ubytování a další potřebné sociální služby, ale současně jim přitom zajišťují i potřebnou zdravotní a zejména ošetrovatelskou péči.

Obě tyto složky péče a služeb jsou propojeny na úrovni pacienta/klienta tak, aby lidé žili v důstojném prostředí a aby poskytované služby podporovaly jejich autonomii, důstojnost a kvalitu života. Vedle ubytování, stravování, denního programu a dalších služeb jsou poskytovány služby vyplývající ze zhoršeného zdravotního stavu, tedy potřeby ošetrovatelské, lékařské a rehabilitační péče, která směřuje zejména k zachování stávající funkční úrovně a kvality života.

Spektrum služeb dlouhodobé péče jak v ústavním prostředí, tak v prostředí domácím zajišťují svým občanům různá města.

Velmi dobrým příkladem spolupráce občanů, poskytovatelů služeb a radnice je například Chrudim, kde je díky dlouholeté podpoře zástupců obce postupně vytvářen model spojující rezidenční zařízení pro seniory (umístěná v centru obce) se spektrem dalších služeb poskytovaných v terénu. Také v Chrudimi se služby postupně doplňují a modifikují na základě dlouhodobé spolupráce s občany a dle jejich potřeb.

Příklady dobré praxe: dlouhodobá péče a bytové služby Haus Vogelweide Laahen Dragonen Str

Objekt kasáren v centru města byl transformován na obytný areál s různými službami pro občany. Jeho součástí je také obytná jednotka pro lidi s demencí, kteří tu mají každý svou vlastní obytnou místnost (ložnici s příslušenstvím), denní prostory jsou funkčně členěné tak, aby respektovaly gradient intimity od soukromého ke společně využívanému prostoru. Ve společné (a společenské) místnosti se odehrávají běžné denní aktivity, na kterých pacienti s demencí participují, za pomoci asistentů se sami podílejí například na přípravě jídel a podobně.

Ošetrovatelské domy ve Skandinávii (příklad Norsko, Treungen v Telemarku)

Jedná se většinou o nevelká zařízení (15–30 lůžek, ale i více dle velikosti komunity, která je zřizuje), členěná zpravidla na oddělení pro lidi s demencí a se somatickou či jinou problematikou. Jsou situována v centru obcí tak, aby sem mohli pravidelně docházet rodinní příslušníci, kteří s profesionálními pracovníky spolupracují a do určité míry se podílejí i na péči (nikoli však základní a ošetrovatelské, která je profesionálně zajištěna). Toto „otevření“ institucí vůči okolí a návštěvám a spolupráci s rodinou, považujeme za základní podmínku a východisko kvalitní péče v zařízeních dlouhodobé péče.

Příklad: Poličská nemocnice s.r.o.

Poličská nemocnice s.r.o. vznikla v rámci iniciativy Svazku obcí AZASS (Areál zdravotních a sociálních služeb), jehož členy je 27 obcí Poličska. Svazek je právnickou osobou, má své vlastní řídicí, výkonné a kontrolní orgány, zakladatelskou smlouvu a stanovy. Předmětem činnosti svazku je poskytování sociálních a zdravotních služeb. Služby jsou poskytovány jak občanům členských obcí, tak občanům mimo tyto obce. Svazek obcí AZASS byl založen 7. 4. 1998 k vyřešení složité situace vzniklé kolem bývalé poličské nemocnice. Toto zařízení prodělalo neúspěšný pokus o privatizaci a stálo na pokraji zániku a rozprodání majetku. Svazek obcí celý areál bývalé nemocnice

postupně zrekonstruoval a zařídil k poskytování zdravotní a sociální péče pro potřeby občanů regionu. K zajištění potřebné zdravotní péče založil Svazek obcí AZASS dceřinou organizaci – Poličskou nemocnici, s.r.o. V nemocnici byl zachován komplement a ambulantní služby, lůžkové služby byly transformovány na služby následné a dlouhodobé péče a péče sociální (jak v rámci nemocnice tak terénní služby na celém území Svazku i v dalším rezidenčním zařízení). Zajišťuje také komplexní rehabilitaci (s vtipným využitím prostor zařízení – schody a „kopeček“) a s nácvikem soběstačnosti v prostorách zařízení (pracoviště manuálních dovedností, simulace domácího prostředí),

půjčovnou pomůcek v rámci projektu sociální integrace poskytuje poradenství, informace a komunikuje s veřejností ohledně dalšího rozvoje služeb dle potřeb mikroregionu.

Financování služeb tohoto typu: zdravotní služby (ambulantní a lůžka následné péče, respektive léčebny dlouhodobě nemocných jsou financována ze zdravotního pojištění), provoz domova pro seniory je financován uživateli s využitím příspěvku na péči, dotace státu a příspěvku zřizovatele.

Podpora rodiny a neformálních pečovatelů

Zajištění potřeb dlouhodobé péče by nebylo možné bez pomoci rodinných příslušníků, eventuálně dalších osob, které se na péči podílejí nebo ji zajišťují. Díky tomuto rodinnému a neformálnímu zázemí mohou zůstat doma i nesoběstační a chronicky nemocní lidé.

V péči rodinných příslušníků setrvává asi 80 % lidí s omezenou soběstačností, kteří by jinak pravděpodobně potřebovali dlouhodobou péči. Tento přínos pečujících rodin bychom měli respektovat.

Lidé ve zdravotnictví či sociálních službách se někdy setkávají i s rodinami, které své blízké „odkládají“ či „umísťují“ do zařízení, nebo s těmi,

jejichž péče má k ideálu daleko, a také s rodinami, které svým blízkým spíše ubližují.

Příspěvek na péči je významným zlepšením podmínek pro péči. Je však zapotřebí, aby byl vynakládán tam, kde je to zapotřebí, kde to odpovídá stavu a potřebám pacienta a kde jsou tyto potřeby skutečně uspokojovány.

Jsme si vědomi mnoha nedostatků, které dosud správné alokování příspěvku na péči znesnadňují. V první řadě se jedná o nesprávné posouzení funkčního stavu. Často nedochází k dostatečné výměně informací mezi Úřadem práce a příslušným sociálním odborem obce, takže obec prakticky neví, kdo tento příspěvek pobírá a komu by

tedy bylo zapotřebí věnovat pozornost a podporu při zajištění potřebné péče a služeb. Tzv. okénko, prostředek informování ze strany ÚP prakticky nefunguje. Příspěvek je tedy přidělován „úřední“ cestou a touto cestou je eventuálně kontrolován, což má spíše represivní charakter a nebere v úvahu reálnou situaci pečujících.

V praxi dochází na jedné straně k tomu, že lidé příspěvek považují pouze za další příjem, na nějž mají „nárok“ v důsledku svého věku či zdravotního stavu a nevyužívají ho k nákupu sociálních služeb.

Na druhé straně mnoho skutečně pečujících rodin poskytuje péči svým blízkým za cenu vlastního vyčerpání, nemají si možnost

odpočinout, a proto nakonec pro své blízké volí zajištění péče prostřednictvím ústavních či pobytových zařízení.

Ze současného diskursu vedeného v médiích, ale zejména z charakteru různých jednání na různých úrovních veřejné správy a politiky je zjevné, že v naší zemi roli rodinných pečujících naprosto nedoceňujeme. K tomu, aby rodinní pečující mohli péči zajistit skutečně dlouhodobě a kvalitně, není zapotřebí jen kontroly kvality péče, ale zejména zajištění pomoci a podpory pečujícím.

V současné době existuje naprosto přesvědčivý dostatek důkazů a empirických dat, která dokládají, že pomoc a podpora pečujícím je

rozhodujícím faktorem, který prodlužuje dobu poskytování péče v domácím prostředí a oddaluje tak institucionalizaci, tedy přesun člověka do zařízení ústavní péče, která představují nejnákladnější formu řešení této situace a často ne formu nutnou nebo nejvhodnější z hlediska dalšího zachování soběstačnosti a kvality života. Navíc bylo zcela jasně prokázáno, že jednotlivé formy podpory pečujících jsou efektivní i co se týká poměru nákladů a výsledků (přínosů), tedy i z „čistě“ ekonomického pohledu.

Mnoho pečujících se v roli pečovatele ocitne naprosto nenadále v důsledku úrazu či onemocnění svého blízkého. Většina z nich pečovat neumí – neumí například pacienta

(svého blízkého) ošetřit, polohovat, manipulovat s ním tak, aby si například nezpůsobili bolest a poranění zad, neumí používat pomůcky atd. Jinými slovy, neznají „krajinu“ péče a služby, na které by se mohli obrátit, a nevědí o možnostech další podpory, včetně příspěvku na péči a podobně.

Významným indikátorem kvality zařízení, která pacienty propouští do domácí péče po léčení, rehabilitaci či dlouhodobé péči, je poskytnutí potřebných informací, práce s rodinou a pokud možno také zaškolení v jednotlivých oblastech a otázkách poskytování péče.

Příklad: spolupráce s pečujícími a jejich podpora v Gerontologickém centru

V Gerontologickém centru činnost koordinuje sociální pracovníce ve spolupráci se sestrami, pokud se pacient připravuje k propuštění do domácího ošetřování, nabízí rodinným příslušníkům konzultace s různými spolupracovníky, aby se naučili potřebné ošetrovatelské výkony, manipulaci s pacientem a podobně tak, aby mohli v domácím prostředí o něj co nejlépe pečovat.

Česká alzheimerovská společnost poskytuje poradenství v problematice péče o pacienty s demencí, které se soustředí na různé praktické

aspekty péče, jeho součástí je také podpora pečujících a v případě potřeby nabídnutí dalších služeb včetně respitní péče.

Dalším příkladem jsou svépomocné skupiny.

Jejich účelem je nejen poskytnutí a vzájemná výměna informací a zkušeností, ale zejména vzájemná podpora lidí, kteří se v současné době potýkají s obdobnými problémy.

Příklad: „Čaje o páté“

Česká alzheimerovská společnost organizuje svépomocné skupiny od svého založení v roce 1997. Rodinní pečující je považují za velmi důležité a užitečné a velmi často uvádějí, že

bez této pomoci by nebyli schopni tak dlouho pečovat. Velmi jim pomáhá také možnost sdílet své zkušenosti i pocity a vzájemná interakce ve skupině, pocit, že s obdobným problémem se nepotýkají sami. Co je zapotřebí k zajištění této podpory a pomoci? Příjemné místo a čas koordinátora. ČALS zajišťuje ještě čaj či kávu a sušenky, abychom dostáli názvu setkání.

Setrvat co nejdéle ve svém vlastním životním prostoru je nejen cílem podpůrných programů a nabídky služeb pro seniory. Často je to také přání všech osob blízkých. Určitě jde o rodinnou podporu a spolupráci při podpoře prarodičů či rodičů, někdy se jedná o přátelskou či sousedskou výpomoc. Taková péče je součástí lokálních

a rodinných vazeb. Kvalita péče je vedena citem a snahou rodinných příslušníků a přátel profesionalizovat se. Přesto ve svých snahách zůstávají často nedocenění, leckdy opuštěni, bez možnosti odpočinku, porozumění či cílené rady.

Sestavení harmonogramu péče, využití prostředků z příspěvku na péči s ohledem na prioritní potřeby seniora, sledování proměn stavu, možnosti využití institucionálních profesionálních služeb jako jsou denní centra, domácí asistenční služba anebo svépomocné skupiny rodinných pečujících, to vše představuje kroky, s nimiž potřebuje pečující amatér pomoci. Stejně jako s metodikou zvedání, aby si nezničil záda a své vlastní zdraví, jak to obvykle bývá.

Je třeba, aby někdo poradil s věcmi jako je např. vybavení koupelny opěrátkem do sprchy, s řadou možných pomůcek a přístupů. Konec konců potřebuje také slyšet, že způsob, jak péči provádí je správný, ocenit, že pomáhá, rozvíjí a nevědomě neublíží ani svému blízkému ani sám sobě.

Situace a potřeby kolem seniora se stále mění, proto i pečující často potřebují podporu, rady a informace v průběhu celé doby, po kterou se starají o nemocného člena rodiny či osobu blízkou. Významnou roli hraje v současné době nejen rodina, ale také sousedství – schopnost navzájem si v obývaném prostředí vypomáhat.

To se netýká pouze seniorů, ale všech věkových skupin, které jsou vlastně neformálními dobrovolníky a často si mohou vypomoci navzájem.

Nabízí vaše obec či město nějakou podporu rodinným pečujícím?

Sleduje obec sousedskou výpomoc a spolupráci mezi seniory a ostatními věkovými skupinami?

Napomáhá jí vaše obec?

Zeptali jste se někdy osob, které o své blízké pečují, co by jim pomohlo situaci lépe zvládat či co jim schází?

Česká alzheimerovská společnost poskytuje odborné konzultace a poradenství rodinným příslušníkům či osobám blízkým, díky pobočkám na celém území naší republiky. Objevuje se vzdělávání zaměřené na téma stárnutí a přístup k němu otevřený nejen pro seniory, ale také pro rodinné příslušníky či osoby pečující (Totem Plzeň). V Nizozemí jsou příkladem denních center pro seniory s kognitivní poruchou podpůrná centra neboli kavárničky. Jedná se o denní odlehčovací službu s programem, kterou hradí pojišťovny, neboť je prokázáno, že všichni, kdo tuto službu užívali, významně oddálili nástup do služeb dlouhodobé péče pro osoby s kognitivními poruchami.

Pomoc a rada na telefonu: Několik organizací provozuje různé informační a pomocné linky. Jejich význam je naprosto nezpochybnitelný. Pracují na nich zaškolení pracovníci, kteří dovedou poradit v různých krizových situacích, a jsou zaškoleni i pro krizovou intervenci. Pro pečující má však velký význam, pokud se jim nabídne kromě této „informační a intervenční“ linky také možnost konkrétní pomoci v situaci, kdy si nebudou s touto péčí vědět rady. Tuto zkušenost mají například ve Skandinávii, kde tuto službu relativně často nabízejí. V případě, že by pečující potřeboval pomoc, může zavolat na určité číslo a například zdravotní sestra nebo asistent do rodiny přijedou a pomohou.

Z vyhodnocení činnosti této pomocné linky vyplývá jedna významná zkušenost: pečující tuto službu v naprosté většině velmi oceňují a zpravidla velmi málo ji využívají (mimo normální pracovní dobu). Když koordinátoři pátrali po tom, proč je využití tak relativně malé a zda má tato služba význam, dozvěděli se z převážné většiny odpovědí, že se jedná o nesmírně důležitou službu. Pečující vědí, na koho se mají a mohou obrátit, ale v „pohotovostních“ hodinách ji téměř nevyužívají. Velmi však oceňují pocit jistoty, že mají číslo telefonu a osobu, na kterou by se mohli obrátit v situaci, kdy by péči nezvládli.

Příklad: Stockholm – sestra na telefonu

Služby vychází ze zkušenosti, že 1 % všech obyvatel Stockholmu spotřebovává 30 % zdravotní péče, velká část této péče přitom připadá na opakované a nikoli nezbytné hospitalizace. Představitelé města si ověřili, že podpora těchto pacientů „sestrou na telefonu“, a to jak aktivně (pravidelné volání ze strany sestry) tak v případě potřeby pacientů, vede k významné redukci nákladů na zdravotní péči. Navíc se lidé cítí bezpečněji a kvalita jejich života je významně lepší.³

Důležitou oblastí podpory pečujících prostřednictvím sociálních služeb je tzv. respitní péče.

Pod pojmem respitní péče rozumíme převzetí péče s cílem umožnit rodinnému pečujícímu oddech – na chvíli, na den, na několik dnů či týdnů. Pokud se jedná o delší dobu, lze využít kapacit některých pobytových zařízení nebo denních stacionářů (pro případ denního pobytu).

Velmi účinná může být ale i respitní péče poskytovaná na krátkou dobu, zejména pokud se jedná o opakovanou pomoc či službu.

Může se jednat o převzetí péče na několik hodin v domácím prostředí, o společnou vycházku například s pacientem s demencí, který se špatně orientuje a potřebuje doprovod, nebo o setrvání po několik hodin v „setkávacím centru“.

Respitní péče umožní rodinnému pečujícímu odpočinout si, zařídit „své“ záležitosti. Velký význam má například u pacientů s demencí, kde je péče vyčerpávající nejen fyzicky, ale zejména psychicky.

Příklad: Respirní péče České alzheimerovské společnosti

Jedná se o převzetí péče o pacienta s demencí na několik hodin v týdnu, a to jak v domácím prostředí tak například na vycházce či při různých aktivitách. Nejedná se o ošetřování pacienta. Cílem je umožnit pravidelný odpočinek rodinnému pečujícímu alespoň několik hodin v týdnu.

Dalším příkladem dobré praxe podpory pečujících a respirní péče je Alzheimer Café.

**Příklad:
Alzheimer Café**

Jedná se o možnost ponechat člověka s demencí v kavárně – místnosti zřízené pro tento účel nebo i části kavárny, která je pro tento účel vyčleněná. Velkou roli zde mají dobrovolníci, kteří se o pacienta s demencí starají, zatímco se rodinný pečující může bavit, věnovat svým zálibám nebo na několik hodin kavárnu opustit.

Bariéry:

- * Pečující rodiny jsou často bez efektivní pomoci a podpory (nedostatek odlehčovacích služeb, jak v rámci každodenního života – denní centra, tak v případech dovolené či jiného odpočinku pečujících)
- * Chybí přesné informace o možnostech v dané lokalitě a v rámci nabízených služeb a podpor (role case-manažera pro jednotlivé osoby a jejich potřeby, role koordinátora služeb na místní úrovni)
- * Komunitní plány obcí a měst nemají dostatečně propracovanou zakázku ohledně péče o seniory a podpory rodinným či blízkým pečujícím

Trendy:

- * Cíleně podporovat pečující – vycházet z jejich potřeb
- * Včasná diagnóza v případě Alzheimerovy choroby či podobného typu onemocnění usnadňuje možnost podpořit pečující včas
- * Služby respitní péče ve formě denních stacionářů či center anebo kavárniček
- * Dánsko, Norsko, Nizozemí, Finsko: významná role case-manažera, který skládá z nabídky služeb ty, které jsou potřebné pro určitého seniora/seniorku v daném čase a situaci – průběžně vyhodnocuje efektivitu (pojišťovny zjistily, že služby takto řízené jsou levnější)
- * Koordinátor sociálně-zdravotních služeb pro

seniory a další občany a zájmové skupiny vytváří přehled o potřebnosti a nasycenosti služeb v regionálním a lokálním měřítku, koriguje zakázku formou vypsání projektů, podpořených aktivit a v rámci priorit vlastního strategického plánu obce/města

- * V případě, že senior pobírá službu, rodina či osoby blízké jsou stále součástí péče, je třeba nadále klást důraz na průběžnou komunikaci a spolupráci

Pečovatelská služba a domácí zdravotní péče

Téměř na dvou třetinách území naší republiky není pečovatelská služba zajištěna. Tam, kde zajištěna je, se často omezuje na pouhý rozvoz obědů. Jedná se do značné míry o bludný kruh: lidé potřebují služby, které nejsou dostupné. Protože nejsou dostupné služby a někdy ani blízcí, kteří by byli ochotni se starat, lidé nemohou vynakládat příspěvek na péči na tyto služby (a vice versa) a proto volí raději „ústavní řešení“. Výsledkem je méně lidí, kteří by si nakoupili služby ve svém okolí a služby tak zanikají.

Pokud by přitom obce více podporovaly péči v domácím prostředí a nabídku domácích, terénních a ambulantních služeb, bylo by

nejen možné naplnit Listinu základních práv a svobod – tedy právo žít v prostředí, které si člověk zvolil a nemusel se z důvodu nedostatku služeb a péče stěhovat do ústavního zařízení. Navíc by prostředky příspěvku na péči mohly být čerpány v obci a jejich prostřednictvím by bylo možné rekvalifikovat a zaměstnat občany hledající práci. Rekvalifikace na tuto profesi není příliš náročná a vyžaduje 150 hodin teoretické a praktické výuky.

Právo na podporu a služby umožňující setrvání ve vlastním prostředí a zapojení v životě obce a společnosti je obsaženo také například v Dodatkovém protokolu Evropské sociální charty:

„Článek 4“

Právo starých osob na sociální ochranu

S cílem zajistit účinné uplatnění práva starých osob na sociální ochranu se smluvní strany zavazují přijmout nebo podporovat přímo nebo ve spolupráci s veřejnými nebo soukromými organizacemi vhodná opatření zaměřená zejména k tomu:

1. umožnit starým osobám, aby zůstaly co možná nejdéle plnoprávními členy společnosti prostřednictvím:

a) dostatečných prostředků, které jim umožní vést slušný život a aktivně se účastnit veřejného, společenského a kulturního života;

b) poskytování informací o službách a zařízeních, které jsou starým osobám k dispozici, a o jejich možnostech využívat tyto služby a zařízení.

Intenzivnější formou sociální služby poskytované v domácím prostředí je **osobní asistence**. Jejím cílem je pomoci člověku s omezenou soběstačností vést pokud možno obvyklý život s dopomocí osobního asistenta.

Další službou poskytovanou v domácím prostředí je **domácí zdravotní (ošetřovatelská) péče**, která se z nepochopitelných důvodů v Česku nazývá „home care“ – jedná se o velmi důležitou službu, která umožňuje zkrácení hospitalizace, dřívější

návrat do domácího prostředí a péči v domácím prostředí. Kvalifikované sestry mohou vykonávat jednotlivé ošetřovatelské úkony a také základní úkony rehabilitačního ošetřovatelství. Jejich péče je velmi důležitá jak pro pacienta samotného, tak pro rodinného příslušníka, který by měl získat od sestry potřebné informace i podporu.

Možnosti a kapacity domácí péče nejsou bohužel v České republice dostatečně využívány, a to zejména v oblasti dlouhodobé péče v domácím prostředí, kde je právě role sestry naprosto nezastupitelná. Právě ona by mohla být (pokud by existoval funkční systém dlouhodobé péče v domácím prostředí) koordinátorkou služeb, garantem kvality ale i garantem toho,

aby byl příspěvek na péči alokován v míře odpovídající potřebě a zajištění péče a aby byl skutečně adekvátně využíván jak prostřednictvím registrovaných sociálních služeb, tak prostřednictvím rodinných příslušníků či asistentů.

V současné době může domácí péči indikovat (tj. předepsat, respektive v terminologii českého zdravotního pojištění „indukovat“) ošetřující lékař nemocnice či zdravotnického zařízení, které pacienta propouští do domácí péče, a to na dobu 14 dnů. Zejména ji však předepisuje registrující praktický lékař, který také může pacientovi předepsat potřebné ošetřovatelské pomůcky.

V praxi je však tato možnost využívána velmi nedostatečně. Pacienti jsou někdy ponecháni v péči rodinných příslušníků bez adekvátní odborné podpory, bez návštěvy lékaře, bez podpory a pomoci ze strany domácí ošetrovatelské péče. Jak návštěvy lékaře, tak domácí ošetrovatelská péče a pomůcky (s určitým podílem úhrady) jsou součástí veřejného zdravotního pojištění. Jedná se tedy o velkou skupinu lidí, kteří v obcích žijí a jejichž kvalita života velmi záleží na tom, jak k jejich potřebám bude obec přistupovat.

Některé obce o seniorech s potřebou péče a uvedených služeb nevědí. Jejich zástupci se domnívají, že u nich nikdo takový nežije. Proto jsme vytvořili orientační kalkulátor odhadu

potřebnosti péče a služeb (viz strana 31) v elektronické podobě, díky kterému lze získat rámcový odhad počtu lidí, kteří potřebují určité služby na pomezí zdravotní a sociální péče.

Další významnou skupinou jsou lidé, kteří všem výše uvedeným poskytují péči a podporu proto, že se jedná o jejich rodinné příslušníky či jinak blízké osoby. Výzkumné studie ukazují, že jich je mnoho: na jednu osobu s omezenou soběstačností připadají cca 2,6–3 osoby, které této osobě poskytují pomoc, péči a podporu.

Rodinní či neformální pečující tedy představují velmi významnou a početnou skupinu lidí, které velmi zajímá a v budoucnu bude stále více zajímat, co se v jejich obci děje a bude dít v oblasti

zlepšení života lidí s omezenou soběstačností a v oblasti podpory osob pečujících o své blízké. Pokud počet těchto lidí srovnáte s počtem hráčů a příznivců místního fotbalového klubu, budete možná překvapeni, že se jedná o číslo větší či přinejmenším srovnatelné.

Tuto zkušenost máme například i v práci s médii. Opakovaně se nám stává, že se problematika například pečujících považuje za okrajovou a nezajímavou záležitost, ale ve skutečnosti se jedná o problematiku, která zajímá velký okruh lidí a zaměřit se na ně se prostě vyplácí. **Zcela nedávno se jedné redaktorce podařilo toto téma prosadit jako hlavní téma přílohy jednoho významného deníku. K velkému překvapení**

všech v redakci byla příloha ve velmi krátké době zcela vyprodána a prodalo se jí daleko více než obvykle.

Tuto a obdobnou zkušenost mají obce, které zařadily problematiku seniorů a zdravotně postižených do své místní agendy. Kromě naplnění vlastního cíle, tedy zlepšení kvality života těchto lidí, ale také například zajištění pracovních míst v obci a podobně – přiznejme to – se to vyplácí i z „politického“ hlediska.

Jak zajistit dostupné služby?

Při plánování služeb doporučujeme zvážit, kolik lidí s danou problematikou v obci žije.

Dalším důležitým krokem je navázání komunikace: zeptat se nejen na to, co potřebují, ale také jaká řešení nabízejí. Některé obce (Horní Počernice) osoby s potřebou péče vyhledávají například prostřednictvím pečovatelské služby.

Důležité je vědět, jaké služby v obci existují (poskytované například neziskovými organizacemi či jinými subjekty, například krajem – například domovy pro seniory, domovy pro lidi se zdravotním postižením). Zjistit, zda tu existují možnosti další spolupráce.

Jaké jsou další možnosti?

Které prostory by bylo možné využít?

Jsou tu místní podnikatelé,

kteří by se do této iniciativy obce zapojili?

Jaké příklady jsme viděli a s jakými návrhy jsme se setkali?

Příklad: koordinátorka komunitního plánování v Hlučíně

V Hlučíně funguje koordinátorka komunitního plánování, která komunikuje s poskytovateli služeb a dalšími subjekty a ve městě tak vytvářejí společně strategii služeb pro celý mikroregion Hlučínska. Do iniciativy jsou zapojeni jak poskytovatelé, tak příjemci služeb a komunitní plánování funguje nejen „na papíře“, ale má své výsledky – v zajištění služeb, naplánování bezbariérových cest a podobně.

Prachatice: Motivace k přizpůsobení služeb lidem

Dalším dobrým příkladem jsou Prachatice, které obdobně jako Hlučín využívají kapacit místních poskytovatelů zdravotnických a sociálních služeb, a současně motivují (například vyhlášením soutěže) i další poskytovatele služeb k tomu, aby své provozovny přizpůsobily potřebám všech lidí, a to nikoli jen „mainstreamových“ návštěvníků, ale všech včetně matek s dětmi, seniorů, lidí se zdravotním postižením, lidí na vozíku či cyklistů.

Jak jsme již uvedli, lidé s omezenou soběstačností mají své specifické potřeby, ale také mají všechny či téměř všechny potřeby ostatních lidí.

Proč by se na tyto potřeby nemohli zaměřit místní podnikatelé? Pokud je malý obchod ohrožen odlivem návštěvníků do nedalekého hypermarketu, nebylo by dobrou službou a zároveň podporou místního podnikání „zaúkolovat“ obchodníka roznáškou obědů? Nebylo by to levnější, než když toto zajišťuje pečovatelská služba, která by své kapacity mohla soustředit na kvalifikovanější osobní péči a výkony? Nemohla by obdobně posloužit místní restaurace? Lékárný mají nyní významnou konkurenci také

v různých řetězcích, ale místní lékárna může obci nabídnout ještě mnoho dalších služeb, protože tu pracují kvalifikovaní zdravotníci, kteří mohou pomoci, poradit, zorganizovat například svépomocné skupiny rodinných pečujících a podobně.

Existující zdravotnické, sociální či vzdělávací a školské instituce mají mnohdy tendenci „žít“ svým vlastním životem, navzájem nekomunikovat a nespolupracovat. Nicméně i ony jsou (mnohdy skrytými) poklady a zdroji volných kapacit jak personálních, tak prostorových. Možné je například využití školní jídelny ke stravování ostatních, tělocvičny a hřiště k různým sportovním aktivitám apod.

V domově pro seniory může vzniknout denní stacionář či „setkávací centrum“ otevřené i pro ostatní, pokud se například přesune místní „skomírající“ kadeřnický salon, pedikúra či další služby do nevyužitých prostor pobytového (ústavního) zařízení, nebudou mít možná tak vysoké nájemné a získají další zákazníky.

Příklad: Lékárny zapojené v síti spolupráce „Moje lékárna“

Lékárny fungující v síti spolupráce „Moje lékárna“ se zapojují do výukového programu orientovaného na seniory. Spolupracují s gerontology a snaží se vytvářet z lékáren poradenská a setkávací centra.

Příklad: Wells ve Welsu

Dům Vogelweide-Laahen i dům místní diakonie představují nejen „instituce“ pro seniory, ale jsou také otevřené pro všechny další prostřednictvím svých kaváren, jídelen, kadeřnictví, seminárních místností a dalších „pracovních“ zákoutí.

Obce mají mnoho nástrojů, jak docílit spolupráce s ostatními subjekty a využití jejich volných kapacit. Často jsou pronajímateli objektů, vlastníky prostranství, garantují určité služby, některé služby mohou nakoupit a některé zajistit vlastními silami.

Nepostradatelná a nedocentelná je však podpora a pomoc dobrovolníků. Dopad dobrovolnictví je přitom nesmírný pro obě strany – příjemce i dárce. Někdy se ovšem tvrdí, že „dobrovolníci jsou zadarmo“, což není úplně pravda. Jejich práce je nesmírně cenná a bez ní jsme o mnohé ochuzeni, získat a udržet dobrovolníky vyžaduje zdroje a čas. Dobrovolnictvím se zabýváme na několika místech této publikace. Za podstatné považujeme, aby o ně měla obec zájem a dobře s nimi komunikovala.

Kolik to vše stojí? Kolik stojí zajištění a koordinace potřebných služeb?

Tato otázka je klíčová a nelze na ni odpovědět jednoznačně. Záleží na mnoha faktorech.

Záleží také na prioritách, jaké si obec či její představitelé vytyčí. Obecní rozpočty jsou omezené, ostatně jako všechny rozpočty.

To je třeba respektovat. Představitelé některých obcí se mohou rozhodnout se těmito otázkami nezabývat, i to je legální rozhodnutí, neboť právní předpisy zejména malým obcím žádnou takovou povinnost neukládají. Ale kromě práva jsou ještě povinnosti morální a sem již pomoc slabším a znevýhodněným nepochybně patří.

Pokud se tedy obec rozhodne služby poskytovat, může tak činit v principu dvěma způsoby:

Zajištěním služeb vlastními silami, a to přímo (například pečovatelská služba v Horních Počernicích a jiné obce) či prostřednictvím k tomu založených „vlastních“ organizací (například Městská část Praha 8, Chrudim a mnoho dalších obcí a měst). Výhody jsou nesporné: město či obec mají přímý dohled nad činností i hospodařením těchto organizací. Na druhou stranu zpravidla tyto organizace do určité míry financují, eventuálně zodpovídají za jejich ztrátu. Tuto cestu volí zpravidla větší obce s dostatečnými rozpočty anebo ty obce, kde je poskytování této péče považováno za prioritu, přestože se jedná o obce s menším

či malým počtem obyvatel. Že se do poskytování služeb mohou zapojit i malé obce vidíme například z příkladu Poličska, kde obce vytvořily svazek právě z důvodu zajištění zdravotnických a sociálních služeb.

Další možností je využití služeb, které již v oblasti existují. I zde existují příklady: prosté využívání nabízených služeb místními občany za naprostého nezájmu a nepodpory ze strany radnice. I tyto případy známe, ale nebudeme se jimi zabývat vzhledem k tomu, že se v této publikaci zaměříme na příklady dobré praxe.

Důležitá je komunikace města s poskytovateli služeb, vzájemná pomoc a ovlivňování tak,

aby byly služby obci co nejvíce prospěšné. To však vyžaduje určité znalosti a zkušenosti a komunikaci – prostě správného člověka na svém místě. Na toho, respektive tu jsme přišli v Prachaticích, paní HR, bývalá místostarostka, dáma, která má již mnoho let na starosti komunikaci radnice s poskytovateli a občany, potenciálními či aktuálními příjemci služeb. Tento člověk musí mít (a v Prachaticích také skutečně má) podporu radnice a dobrou spolupráci se všemi výše popsanými zúčastněnými subjekty a osobami. Daří se tak vytvořit z radnice (a jejich prostor) otevřené místo, které mohou občané využívat i v rámci různých aktivit, zapojení místních podnikatelů do aktivit, které prospívají městu

a jeho zdraví, koordinace a rozvíjení určitých aktivit jiných poskytovatelů (neziskových organizací, kraje) směrem k potřebám obyvatel města. Dobře komunikují i s dobrovolníky.

Příklad dobré praxe: „Venkovská služba“ v Korutanech

Jedná se o iniciativu několika obcí v rakouských Korutanech, která má svého koordinátora (Alice Ebenberger) a jen velmi málo profesionálních pracovníků. Veškeré služby pečovatelské povahy, tedy pomoc v domácnosti a s domácností, ale i potřebnou dopravu a podobně zajišťují dobrovolníci zpravidla také seniorského věku, ti kteří nedávno odešli do důchodu,

ale mají a nabízejí svou volnou kapacitu pro tyto činnosti. Služby poskytují dobrovolně, a to vždy v určitém předem domluveném rozsahu, hrazeny jsou jim jejich náklady nikoli mzdy. Díky laskavé a vstřícné koordinaci celého projektu se tento projekt postupně rozšiřuje i do dalších obcí regionu. Opět by se chtělo říci: jak jednoduché! Ale kolik práce koordinátorů, kolik vstřícnosti, podpory dobrovolníků a úspěšné komunikace je v něm skryto.

Tísňová péče a podpora nezávislého života

Tísňová péče a asistenční technologie využívající ICT mohou přispět k setrvání seniorů se sníženou soběstačností v jejich přirozeném sociálním prostředí a zvýšit jejich faktické i subjektivní (vnímané) bezpečí.

Inteligentní bydlení a domácnost („smart homes“) umožňuje včasné varování v případě negativní události, jako např. pádu, a zvyšuje tak bezpečnost, kontrolu a autonomie seniora v domácím prostředí. V případě nežádoucí a rizikové události umožňují kontaktovat rodinného příslušníka nebo určeného poskytovatele zdravotních a sociálních služeb. Bezpečnostní signalizace umožňuje připomenutí při nezavření dveří, nezastavení vody, sporáku, což je významné zejména u osob s demencí.

„Chytrá“ domácnost může usnadnit také dodržování pitného a léčebného režimu, pravidelnost a správnost užívání léků a zabránit tak dehydrataci a zhoršení zdravotního stavu.

Informační technologie mohou také podpořit a usnadnit **koordinované a navazující poskytování zdravotních a sociálních služeb (dlouhodobé péče) a zefektivnit předávání informací a spolupráci různých složek ochrany obyvatel a veřejných služeb, např. policie, praktických lékařů, sociálních pracovníků, hasičů a dalších profesí a služeb.**

Podporujete nové typy sociálních služeb, resp. pilotní projekty využívající moderní technologie a spolupráci s neziskovými organizacemi a veřejností?

Je u Vás dostupná tísňová péče umožňující křehkým seniorům a seniorům s disabilitou bezpečnější život a setrvání ve vlastním prostředí a bytě?

Existují místa, např. v institucích a zařízeních města, kde lze zdarma a bez bariér využívat internet?

Nouzové volání je nejjednodušším komunikačním prvkem v péči o pacienty se závažným onemocněním či zhoršenou soběstačností v domácím prostředí. Je prvním zábleskem nástupu moderních technologií do dlouhodobé péče.

„Nouzové tlačítko“ („emergency button“) je nejjednodušším zařízením, kterým by měla disponovat jak každá pečovatelská služba, tak domácí ošetrovatelská péče.

Člověk, který je převážně upoután na lůžko či omezen v možnosti vycházení, se v případě náhlé nehody (nejčastěji pádu) či zhoršení zdravotního stavu zpravidla velmi špatně

dovolává pomoci – telefon je daleko, mobil si ponechal v předsíni, sousedé jej neslyší. Proto je účelné nouzové tlačítko (například na přívěsku, který člověk má stále u sebe) propojené na centrálu, která zajistí pomoc, např. zavolá sousedy či příbuzné a v případě, že nikdo z nich není dostupný, např. městskou policii či jinou službu nebo instituci, která může adekvátně zasáhnout.

Kromě tohoto jednoduchého zařízení existuje a v současné době se již velmi rychle vyvíjí celé spektrum technických možností, které brzy překonají zejména u starších lidí zatím velmi zabydlenou obavu z technologií, protože budou uživatelsky přátelské a jednoduché a bude

možné se jejich prostřednictvím dorozumívat, ale také sledovat stav pacienta a zajistit včasná opatření. Další z těchto technologií budou nejen „umět“ dohlížet nad správným užíváním léků, ale také nad dostatečným či adekvátním příjmem tekutin, ale třeba i rehabilitací – budou kontrolovat správné cvičení a pohyby, které například po úrazech jsou velmi důležité a velký význam mají také jako prevence sarkopenie (úbytku svalové hmoty). Moderní technologie také pomohou řešit určité (často neřešitelné problémy) v souvislosti například s bezpečností domácnosti (například u lidí po traumatu mozku, s kognitivní poruchou, demencí a podobně), a to tím, že budou „dohlížet“ na bezpečnost domácích spotřebičů.

ICT mohou rovněž usnadnit a zlepšit komunikaci a umožnit častější kontakt pracovníků sociálních služeb s klienty a rodinnými příslušníky, Příkladem může být podpora komunikace mezi seniorem s omezenými možnostmi mobility a jeho blízkými a rodinnými příslušníky

např. podporou a asistencí při využívání komunikačních služeb jako třeba skype.

Mohou usnadnit výměnu nebo sdílení a předávání informací mezi jednotlivými službami a institucemi ve městě a zjednodušit a zefektivnit tak řízení a koordinování péče (case managementu).

Pro více informací o využití ICT viz kapitola Informační a komunikační technologie.

Slovo závěrem

V této publikaci jsme se pokusili shrnout základní poznatky z výzkumu realizovaného v rámci projektu FRAM, který se zaměřoval na vytvoření nového rámce politiky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování zdravotních služeb a služeb dlouhodobé péče. Představené příklady dobré praxe a doporučení mají největší přínos a potenciál tehdy, pokud jsou založeny na koordinované a dlouhodobé snaze o zlepšení situace v této oblasti, například vytvořením mechanismů spolupráce s důležitými subjekty a osobami na úrovni obce, kterým na tomto problému záleží nebo kteří v této oblasti mají významné zkušenosti a znalosti.

Proces stárnutí populace, stejně jako růst podílu osob žijících ve městech, bude narůstat. Stejně tak se zřejmě bude zvyšovat náročnost a komplexnost vnějšího prostředí a orientace v informacích. Těmto výzvám lze nejlépe a efektivně čelit, pokud jsou řešeny ve vzájemné spolupráci měst a při častém a intenzivním kontaktu a komunikaci mezi obcí a občany.

Je žádoucí, aby se nejen představitelé obcí, ale hlavně jejich občané, neziskové organizace a soukromé subjekty v nich působící, zajímali o opatření jiných měst reagujících na stárnutí populace a navzájem sdíleli své zkušenosti s poskytováním služeb a řešením problémů ovlivňujících život starších obyvatel.

Města mohou nabídnout seniorům prostor, aby využili své zkušenosti ve prospěch obce, a umožnit jim tak současně vlastní seberealizaci a zapojení do místní komunity a dění ve městě/obci.

V dnešním globalizovaném světě proud idejí plyne stále větší rychlostí a šíří se přes hranice států i kontinentů, a je proto dobré se rozhlížet kolem sebe a čerpat inspiraci i ze zahraničí.

Z mezinárodních sítí a iniciativ je vhodné upozornit na síť měst přátelských seniorům WHO, do které je možné se zapojit na stránkách WHO: http://www.who.int/ageing/application_form/en/index.html.

Vhodným způsobem a prostorem pro rozvíjení této iniciativy je například existující **sít Zdravých měst**, pořádání pravidelných konferencí a seminářů k této problematice i k dílčím tématům. Řada měst na světě byla inspirována myšlenkou „měst přátelských seniorům“ podporujících zdravé a aktivní stárnutí a poskytujících důstojné a kvalitní služby dlouhodobé péče. Věříme, že česká města budou v této oblasti progresivní a budou držet krok s mezinárodním vývojem.

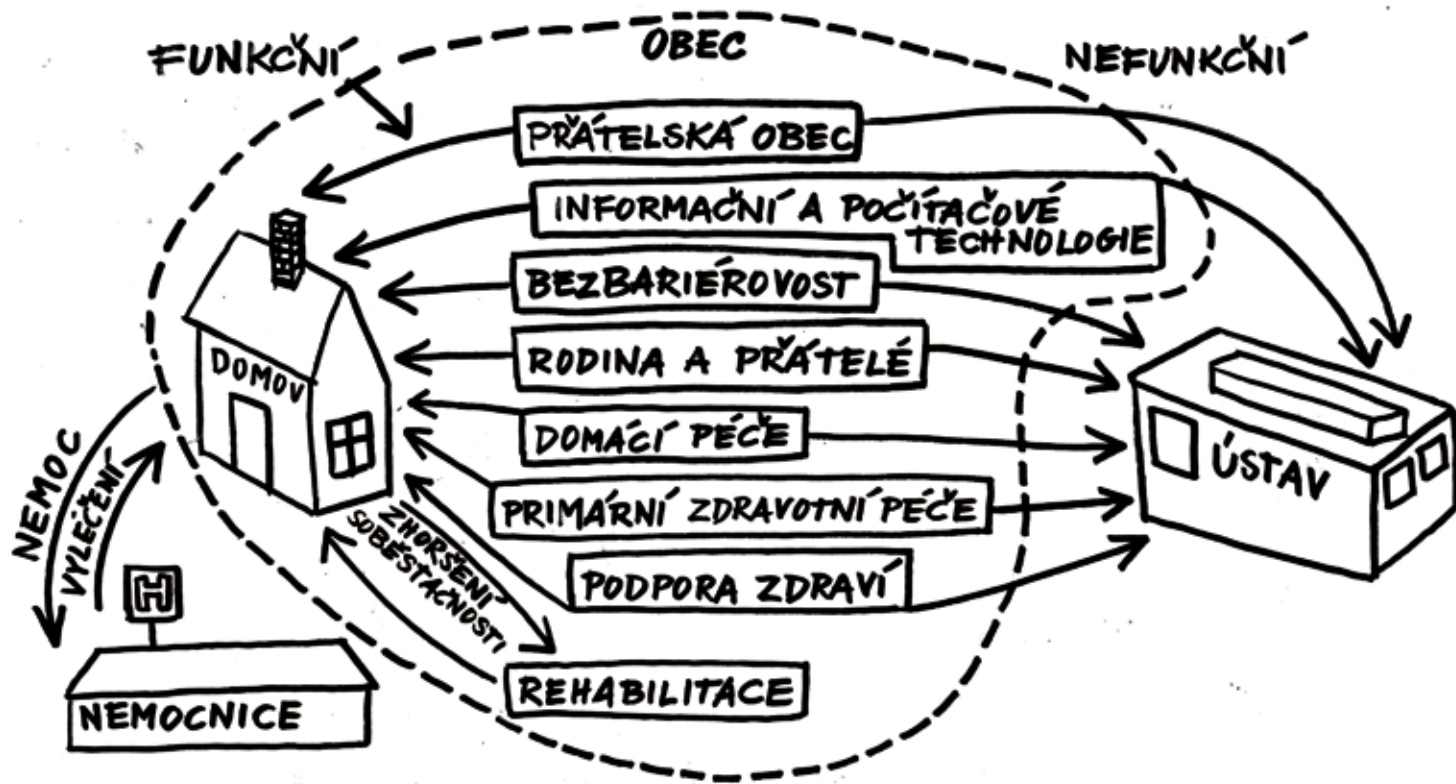
Role obcí pro kvalitu života, sociální a zdravotní politiku byla dlouhodobě podceňována a zůstává dosud nevyužita, a to jak v oblasti podpory zdravého a aktivního stárnutí, tak v oblasti poskytování dlouhodobé péče a koordinaci zdravotních a sociálních služeb. Doufáme, že tento projekt a publikace přispějí k „rehabilitaci“ role obcí v České republice a posílení vazeb mezi místní samosprávou a jejími občany.

Snaha učinit naše města a obce více přátelská seniorům je dlouhodobý proces. Důležitá je aktivita nejen obcí, ale nás všech, nás jako občanů a obyvatel dané obce, městské části, čtvrti a sousedství, jako zaměstnanců nebo zaměstnavatelů, majitelů služeb, lidí pracujících v různých profesích, oborech a oblastech

Uvítáme náměty, jak příklady uvedené v této publikaci dále rozvíjet. Budeme rádi, pokud podpoříme diskusi o největších překážkách v této oblasti a jejich překonání.

Cílem je efektivní sdílení informací a zkušeností vedoucí k zapojení obyvatel obcí a měst každého věku, neboť stárnutí se týká všech.

ITINERAŘE STÁRNUTÍ V OBCI



Poznámky

¹ Galvasová Iva, Kadečka Stanislav, Binek Jan,
Galvas Milan et al: Identifikace kompetencí zatěžujících výkon státní správy se zvláštním přihlédnutím k malým obcím. Závěrečná zpráva. Brno. GaREP. 2007

² <http://www.who.int/ageing/Brochure-EnglishAFC9.pdf>

³ <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/initiative/index/show/id/13>

Reference

1. Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011 European Union, 2011 [online] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF
2. Active ageing. Special Eurobarometer Survey no. 378. European Commission, 2012. [online] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf
3. Age-friendly built environments. Opportunities for local government. Australian Local Government Association, 2006 [online] http://alga.asn.au/site/misc/alga/downloads/publications/Agfriendly_built_environment_paper.pdf
4. Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide. [online] http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/AFRRRC_en.pdf
5. Ageing, Health And Innovation: Policy Reforms To Facilitate Healthy And Active Ageing In OECD Countries. OECD 50th Anniversary Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities (DELSA/HEA(2011)14, Paris, OECD, 2011. [online] <http://www.oecd.org/health/health-systems/48148890.pdf>
6. An Age Friendly Society. A Position National Council on Ageing and Older People. Report no. 88. Dublin 2005. ISBN 1 900378 39 6 [online] http://www.ncaop.ie/newsevents/88_AFS_Statement.pdf
7. Barnett, Jennifer, Sahakian, Barbara. Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century. The Government Office for Science. První vydání září 2008. [online] http://www.bis.gov.uk/assets/foresight/docs/mental-capital/sr-e4_mcw_v2.pdf
8. Butler, R.N. 2008. The longevity revolution: The benefits and challenges of living a long life. New York: PublicAffairs (Perseus).
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. Information on disability and obesity. [online] <http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/obesity.html>
10. Colombo, F., et al. (2011), Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. [online] <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
11. Council conclusions on Healthy Ageing across the Lifecycle. Brussels, 7 December 2012. [online] http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lssa/134097.pdf
12. Creating an Age-Friendly NYC. One Neighborhood at a Time. A Toolkit for Establishing an Aging Improvement District in Your Community. Mayor's office,

- the New York City Council and The New York Academy of Medicine, 2012 [online] http://www.nyam.org/agefriendlynyc/docs/Toolkit_Report_0321-VA-new.pdf
13. ČSÚ. Senioři v mezinárodním srovnání 2012. Praha: ČSÚ. [online] <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/1417-12>
 14. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - Marketplace (Databáze inovací a příkladů dobré praxe) [online] <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/initiative>
 15. EY2012 Stakeholders' Coalition: Roadmap beyond the European Year for Active ageing and Solidarity between Generations 2012. AGE, Brussels 2012 [online] <http://europa.eu/ey2012/BlobServlet?docId=7408&langId=en>
 16. Friedland, R. B. & Summer, L. 1999. Demography is not destiny. Washington, DC: National Academy on an Aging Society. A Policy Institute of the Gerontological Society of America. [online] <http://www.agingsociety.org/agingsociety/publications/demography/demographydestiny.pdf>
 17. Fries, J.F. 1980. Aging, natural death, and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine, 303(3):130,133. Cited in Bulletin of WHO, 2002, 80(3). [online] [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2002/Vol80-No3/bulletin_2002_80\(3\)_243-250.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2002/Vol80-No3/bulletin_2002_80(3)_243-250.pdf)
 18. Healthy Ageing – A Challenge for Europe. The Swedish National Institute of Public Health R 2006:29 ISSN: 1651-8624, ISBN: 91-7257-481-X [online] http://www.fhi.se/PageFiles/4173/Healthy_ageing.pdf
 19. Healthy Ageing Evidence Review. Age UK [online] <http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/health-and-wellbeing/evidence%20review%20healthy%20ageing.pdf?dtrk=true>
 20. Healthy ageing literature review 2012. National Ageing Research Institute (NARI) and Council on the Ageing (COTA) for the Victorian Department of Health, 2012 [online] http://www.health.vic.gov.au/agedcare/maintaining/downloads/healthy_litreview.pdf
 21. Healthy Ageing Quiz: Practical tips for ageing well. National Seniors Productive Ageing Centre, June 2010. ISBN 978-0-9806526-6-6 [online] http://www.nationalseniors.com.au/Policy/Healthy_Ageing_Quiz.pdf
 22. Healthy And Active Ageing. A compendium of programmes, good practices and other resources for promoting and sustaining the well-being of "younger" older people, with a specific reference to socially deprived and migrant groups in Europe. A report commissioned by Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). EuroHealthNet, Brussels, January 2012. [online] <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>

23. Healthy life years statistics. Eurostat. European Commission, 2012. [online] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics
24. Holčík, J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. (Health system and health literacy.) Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010.
25. Holmerová I, Jurašková B, Zikmundová K: Vybrané kapitoly z gerontologie, druhé doplněné vydání, Praha, Gerontologické centrum a EVerlag. 2008
26. Holmerova, I., Ferreira, M., Wija, P. et al. Productive ageing: Conditions and Opportunities. Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Praha 2012. ISBN: 978-80-87398-31-9. [online] <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/03/monografie.pdf>
27. Holmerová, I., Válková, M., Vaňková, H. & Jurašková, B. Vybrané aspekty zdravotnictví a dlouhodobé péče o stárnoucí populaci. (Selected aspects of health care system and long-term care for ageing population). Demografie, 2011, 53(2): strana 48–59.
28. How to promote Ageing Well in Europe: Instruments and tools available to local and regional actors. AGE in partnership with the Committee of the Regions, October 2009 [online] http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/age-cor.pdf
29. Independent Living for the Ageing Society. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, European Communities, 2006. ISBN 92-79-02333-0. [online] http://ec.europa.eu/information_society/activities/ict_psp/documents/independent_living.pdf
30. Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies (Outcomes of the Slovenian Presidency Conference, Brdo, Slovenia 28 - 29 April 2008). [online]. http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/solidarity_uk.pdf
31. Kalvach, Z. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. (Geriatric syndromes and the geriatric patient). Praha: Grada,
32. Kalvach, Z. 2011. Křehký pacient a primární péče. (Frail patient in Primary Health Care.) Praha: Grada.
33. Kalvach, Z. et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004.
34. Katz S, Down TD, Cash HR et al: Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist 1970, 10, 20-30
35. Katz S: Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living, J Am Geriatr Soc 1983, 37, 267-271
36. Killoran, A., Howse, K. & Dalley, G. 1997. Promoting the health of older people:

- A compendium. London: Health Education Authority. [online] http://www.gserve.nice.org.uk/nicemedia/documents/promohealth_older_comp.pdf
37. Leis, Miriam, Gijsbers, Govert. Active and Healthy Ageing – A Long term View up to 2050. European Foresight Platform, 2011. [online]. http://www.foresight-platform.eu/wp-content/uploads/2011/01/Paper_Active_Healthy_Ageing_FIN.pdf
38. Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods - A National Strategy for Housing in an Ageing Society. Department for Communities and Local Government, Department of Health, Department for Work and Pensions, February 2008 [online] <http://www.cpa.org.uk/cpa/lifetimehomes.pdf>
39. Livable Communities: An Evaluation Guide. Prepared for the AARP Public Policy Institute by Arizona State University, Herberger Center for Design Excellence, AARP 2005 [online] http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311_communities.pdf
40. Living well with dementia: A National Dementia Strategy. Department of Health, London, February 2009 [online] <https://www.gov.uk/government/publications/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy>
41. Malanowski, Norbert, Özcivelek, Rukiye, Cabrera, Marcelino. Active Ageing and Independent Living Services: The Role of Information and Communication Technology. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, European Communities, 2008 ISSN 1018-5593 [online] http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Social_Affairs/EY2012/EU_Active_ageing_and_Living.pdf
42. McGivern, Yvonne (Editor). Towards an Age Friendly Society in Ireland. Conference Proceedings. Report no. 94. National Council on Ageing and Older People, Dublin 2006. ISBN 1 900378 45 0 [online] http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/94_AFS_Conf_Procs.pdf
43. Pan, C.X., Chai, E. & Farber, J. 2007. Myths of the high medical cost of old age and dying. International Longevity Center USA Policy Report. New York: ILC USA.
44. Policies For Healthy Ageing: An Overview. OECD Health Working Papers No. 42. DELSA/HEA/WD/HWP(2009)1, Paris, OECD, 2009. [online] [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2009\)1](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2009)1)
45. Program výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století. International Association of Gerontology (Mezinárodní gerontologická a geriatrická asociace) 2003, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. [online] http://www.mpsv.cz/files/clanky/6007/research_agenda_CZ.pdf
46. Quality of life. A good practice guide to communicating quality of life

- indicators. April 2003 Audit Commission for local authorities and the National Health Service in England & Wales by Belmont Press ISBN 186240437 2 [online] <http://archive.audit-commission.gov.uk/auditcommission/subwebs/publications/studies/studyPDF/2985.pdf>
47. Regional strategies and demographic ageing. Age Proofing Toolkit. European Policy Research Centre, University of Strathclyde, Age Concern England and Committee of the Regions, 2006 [online] <http://cor.europa.eu/en/documentation/brochures/Documents/3c282791-f366-413c-b9b2-72ca9dea2de5.pdf>
48. Regionální strategie a demografické stárnutí. Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí. European Policy Research Centre, University of Strathclyde, Age Concern England and Committee of the Regions, 2006 [online] http://www.mpsv.cz/files/clanky/4276/ageing_toolkit_czech.pdf
49. Robine, J.M., Saito, Y. & Jagger, C. 2009. The relationship between longevity and healthy life expectancy. *Quality in Ageing* 10(2).
50. Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (eds.) (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna. [online] http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf
51. Royal Voluntary Service. Community Centres and Cafés for Older People <http://www.wrvs.org.uk/how-we-help/social-activities/community-centres-and-cafes>
52. Sdělení komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů. Důstojné stáří v informační společnosti - iniciativa i2010. Akční plán pro informační a komunikační technologie a stárnutí. [online] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0332:FIN:CS:PDF>
53. Tesch-Roemer Clemens: Active Ageing and Quality of Life in Old Age. United Nations, New York and Geneva, 2012 [online] http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/2012_Active_Ageing_UNECE.pdf
54. The Future of Ageing Research in Europe: A Road Map. The University of Sheffield, 2011. [online]. Dostupné na <http://futurage.group.shef.ac.uk/road-map.html>
55. The National Carers' Strategy – Recognised, Supported, Empowered. Office for Older People, Department of Health. [online] http://www.carealliance.ie/userfiles/file/national_carers_strategy.pdf
56. United Nations Economic Commission statistical database. UNECE website.
57. Vidovičová L., Petrová Kafková M. Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor, a subjektivní kvalita života. In: Sociologický časopis/ Czech Sociological Review, 2012, vol.48, No. 5, strana 939 -963. [online]

- <https://docs.google.com/file/d/1Z7wKhEc3K3lFf133UqpjwLwR48SsqwNQJtZY1vsWohTfkOJXiLHCdWCXzPP-/edit?pli=1>
58. WHO. Active Ageing Good health adds life to years. Policies and priority interventions for healthy ageing. World Health Organization 2012 [online] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf
59. WHO. Dementia: a public health priority. World Health Organization 2012 [online] http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
60. WHO. Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization 2007. ISBN 978 92 4 156353 6.[online] http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
61. WHO. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020, Regional Committee for Europe, Sixty-second session, Malta, 2012. [online] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf
62. World Health Organization. 2000. A life course approach to health. Geneva: WHO. [online] http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_life_course_training_en.pdf
63. World Health Organization. 2002. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO. [online] http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
64. World Health Organization. 2007. Global age-friendly cities: A guide. Geneva: WHO. [online] http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
65. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online] <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

