

Stárnout doma, v obci, v místě

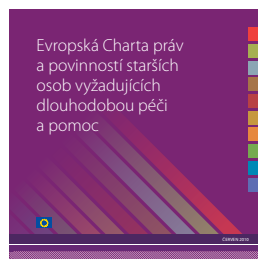
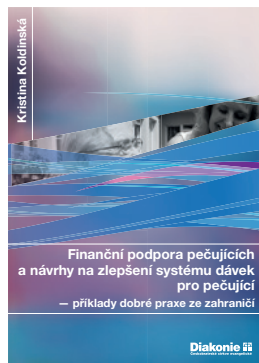


Sborník konference
Institutu důstojného stárnutí
Diakonie ČCE

Praha 28. 11. 2018

Diakonie 
Českobratrské církve evangelické

Dosud vyšlo:



Stárnout doma, v obci, v místě

Jak se mohou obce aktivně připravit na demografický vývoj?

Víte, kdo je koordinátor podpory seniorských služeb?

Vyřeší terénní poradenství na míru nedostatků informací?

Zajímá vás mapa podpory pro každou obec?

Sborník vychází za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí.



Obsah	3
Slovo úvodem...	5
Mgr. Olga Mutlová – DČCE	
SIPS v kontextu terénních/ambulantních služeb – – terénní/ambulantní služby v kontextu SIPS	7
MUDr. Zdeněk Kalvach , CSc.	
Od Katalogu k Mapě podpory	17
Mgr. Dana Poustková	
Pan Tomáš	21
Mgr. Dana Poustková	
Paní Karla	23
Mgr. Dana Poustková	
Kazuistika manželů B.	25
Mgr. Jana Marková	
Kazuistika pana T.	27
Mgr. Jana Marková	
Koordinace pomoci jako významný faktor podpory domácí péče	29
PhDr. Kateřina Kubalčíková, PhD.	
Finský zákon o podpoře soběstačnosti (funkční kapacity) stárnoucí populace a o sociálních a zdravotních službách péče pro seniory	33
Obce s rozšířenou působností na cestě k systému integrovaných podpůrných služeb – výstupy dotazníkového šetření	47
Mgr. Olga Starostová	
Autoři	53

Dostává se Vám do rukou sborník, jehož cílem je inspirovat zástupce krajské a místní samosprávy, ale i ostatní poskytovatele sociálních či zdravotních služeb a podnítit odbornou debatu na téma „Stárnout doma, v místě, v obci“.

Důvod, proč jsme se rozhodli věnovat tomuto tématu, je zřejmý. Senioři si přejí žít a stárnout doma, v přirozeném prostředí, v kruhu svých blízkých.

K rozvoji pobytových služeb pro seniory bylo v České republice učiněno mnoho, ale v oblasti terénních a ambulantních služeb v mezinárodním srovnání máme stále ještě velké rezervy. Podpora seniorů v jejich domácím prostředí není dostatečná a stejně tak chybí dostupnost a koordinovanost zdravotních a sociálních služeb.

Proto jsme se rozhodli pokračovat v dosavadních pro-seniorských aktivitách a realizovat projekt, který přináší nový úhel pohledu na terénní a ambulantní služby, ukazuje nové přístupy a metody práce.

Tento sborník je dalším krokem na cestě k uplatnění komunitního modelu integrovaných podpůrných služeb v praxi. Najdete zde výstupy z našich workshopů, výsledky mapování podpory seniorů na úrovni obcí s rozšířenou a přenesenou působností, včetně mapy podpory – pracovního nástroje terénního pracovníka a konkrétních kazuistik z praxe koordinátorů podpory služeb působících ve dvou krajích a ve dvou různých obcích s rozšířenou působností.

Věřím, že sborník přispěje k dosavadnímu úsilí o systémové řešení podpory seniorů a těch, kteří potřebují naši podporu.

Mgr. Olga Mutlová – DČCE



SIPS v kontextu terénních/ambulantních služeb – terénní/ambulantní služby v kontextu SIPS

MUDr. Zdeněk Kalvach , CSc.

Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS), respektive jeho předkládaný a ověřovaný koncept, je snahou o odpověď na stávající nedostatky a problémy patrné z dlouholeté praxe. Nejde o hypotetický akademismus ani o marnotratné vylepšování něčeho téměř dokonalého.

Znovu a znovu, „jako přes kopírák“, slyšíme stesky lidí potřebujících zdravotně sociální podporu (péči), především seniorů se zdravotním postižením, a také jejich pečujících rodin, respektive laických pečovatелů:

Jak to, že pro naše velké problémy neexistuje kompetentní místo, že vlastně „nikam nepatříme“, jak je možné, že se nemáme kam obrátit pro kompetentní odpovědi na očividně závažné, jednoduché a časté otázky, jak to, že musíme běhat „od čerta k ďáblu“, jako v pohádce o kohoutkovi a slepičce, jak to, že nám to či ono nikdo neřekl, neporadil už před třemi, pěti lety? Vždyť to mohlo dědovi hodně usnadnit poslední roky života a nám péči o něj. Jak to, že to v tomhle i onom a ještě dalším ohledu u nás v Česku nefunguje?

Těch srozumitelných stesků slyší člověk tolik, že nelze pochybovat o podstatných problémech na zdravotně sociálním pomezí.

Z této letité zkušenosti se zrodil SIPS jako návrh nízkonákladových intervencí s předpokládaně velkým efektem, tedy intervencí ekonomicky relativně nenáročných a významně účelných, i když z povahy řešeného fenoménu je a bude kvantitativní evaluace obtížná.

Současně je nutno docenit postupující demografickou změnu, tedy překlopení společnosti relativně krátkověké do společnosti dlouhověké, navíc seniorsky „posílené“ zestárnutím početnějších poválečných ročníků. V období zhruba po roce 2030 bude kulminovat počet i podíl seniorů v naší populaci i tlak, který to vyvine na pomáhající profese i rezorty práce a sociálních věcí i zdravotnictví.

I když se zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací dlouhodobě zlepšuje a s prodlužováním naděje dožití nedochází k tzv. expanzi nemocnosti, disability, nesoběstačnosti (neprodukuje se období prožívané ve špatném zdravotním stavu), má výrazně početnější seniorská populace logicky i početnější požadavky na podpůrné služby.

Lidi a rodin hledajících místní pomoc, podporu tam, kde žijí, tedy bude zákonitě přibývat. Bude se zvyšovat jednak tlak na pečující profese a další zaangažované aktéry, na jejich organizaci i kapacitu, pokud nebudou zdroje pracovních ani dobrovolnických sil na její navyšování, a také tlak na produktivitu služeb (např. zaváděním nových technologií, využíváním strategie sdílené péče), ale také tlak na zvládání složitějších klientů/pacientů, „přetékajících“ z rovněž poddimenzovaných služeb pobytových – z nemocnic, léčeben, ošetrovatelských a sociálních zařízení.

Bude současné uspořádání podpory/péče schopno těmto nárokům dostát? Ke slovu se mohou logicky dostat i jednoduchá či zdánlivě jednoduchá řešení včetně těch jen zdánlivě neškodných:

- při vyschnutí domácího pracovního trhu navýšení kapacit zahraničními pracovníky bez ohledu na jejich kvalifikaci i jinou způsobilost (zvláště jazykovou),
- snížení kvalifikační struktury a převedení různých kompetencí na méně kvalifikované či nekvalifikované profese,
- omezení rozsahu služeb, včetně jejich ucelenosti, s koncentrací („se zkrácením fronty“) na základní zabezpečení, na základní biologické potřeby,
- nahrazení části lidské kapacity jednoduchou technikou, např. telemonitoringem, telekomunikací, časovatelnými dávkovači, „obslužnými roboty“ apod.,
- navýšení kapacity pobytových zařízení zahuštěním lůžek (zvýšením počtu lůžek na pokojích) či zřizováním doplňkových lůžkových stanic v prostorách určených původně jiným účelům,
- akceptování existence relativně nezabezpečených potřebných lidí, neuspokojených zájemců o podporu ať ústavní, nebo terénní,
- stupňování morálního i jiného tlaku na rodiny k zajištění péče o nesoběstačné příbuzné vlastními silami a prostředky,

- přehodnocení priorit a přenesení těžiště řešení problému zpět z domácího prostředí na ústavy s jednodušším rozpočtováním a snadnějším uhlídáním finančních prostředků,
- udržování penzijních příjmů na nízké úrovni, často těsně nad hranici chudoby,
- legitimizace aktivního ukončování života (eutanazie, asistovaná sebevražda).

Co se sektoru seniorské podpory a zdravotně sociálního pomezí v Česku vytýká, co se považuje za rizikové?

- Podfinancování
- Ageistické naladění obecného povědomí včetně stereotypizace a segregace stáří
- Nerozvinutost age managementu v pracovní sféře
- Nízká úroveň reflexe demografické změny, nástupu dlouhověké společnosti, opuštění periodizace života podle pracovního cyklu 19. století
- Nízká geriatrická gramotnost zdravotnictví, chybění geriatrického myšlení ve stylu enabling geriatrics, neznalost geriatrické křehkosti (frailty)
- Velká byrokratizace a administrativní zátěž pomáhajících profesí s úpadkem osobní zodpovědnosti
- Vysoká byrokratizace státu – potřeba „antibyrokratické revoluce“
- Vysoká míra sektorializace, zdravotně sociální roztrženost při poskytování podpory – zdravotně sociální podpora a problematika křehkých seniorů s ohroženou/ztracenou soběstačností v území nikoho – nikomu nepatří, nikdo za ni není zodpovědný (de-medicinalizace, de-socializace, de-municipalizace)
- Nízká úroveň posudkové činnosti a pojetí příspěvků na péči
- Nedostatečná úroveň decentralizace společenského života, problematické vymezení obcí (příliš mnoho příliš malých) – problematická úroveň státní správy a samosprávy s pravděpodobnou potřebou její reformy s decentralizací státu
- Vysoká míra a prestiž institucionalizace na zdravotně sociálním pomezí, problematická de-institucionalizace s nepřipraveností terénu

- Roztříštěnost zdravotní a zdravotně sociální péče, nízká úroveň logistické provázanosti a návaznosti
- Nerovnoměrnost zdravotně sociálních služeb a podpory na území republiky s faktickou nedostupností v řadě lokalit, především venkovských
- Nedostatečná ambicióznost v hledání nového (zdravotně sociálního) pojetí primární péče
- Nedostatečná rehabilitace obecního (komunitního) a spolkového života – malý zájem obcí a spolků o seniorskou problematiku – nereálné spoléhání na stát
- Nedostatečná podpora pečujících rodin
- Pauperizace stáří
- Hrozba seniorského života na existenciální periferii se ztrátou smyslu, perspektiv, participace, kontroly nad děním, seberealizace a mnohdy i důstojnosti

Koncept SIPS usiluje o překonání roztříštěnosti komunitních služeb a o sevržení zdravotně sociální dehiscence zdola, neboť proklamované snahy státu o vyřešení tohoto problému již selhávají bezmála 50 let. Jeho základem jsou nízkonákladové změny, mnohdy dokonce změny postojové bez finančních nákladů. Usiluje též o podporu komunitního života a komunitní pospolitosti.

Koncept SIPS pojmenovává hlavní možné aktéry (hypotetické portfolio) komunitní podpory, prvky, které se mohou, ale také vůbec nemusejí uplatnit v podpoře konkrétního člověka a jeho rodiny. Prakticky všechny tyto prvky dnes potřebují svou revitalizaci, neboť buď zcela chybějí, nejsou brány v potaz, nebo fungují nedostatečně, neefektivně.

Základními prvky a předpoklady SIPS jsou:

- Přihlášení se obcí ke klíčové zodpovědnosti za podporu znevýhodněných občanů se zdravotně sociální problematikou, především seniorů, projevení vůle se takto uplatnit a stát se i propojující platformou pro nyní nežádoucně odtržené, rezortně sektorizované aktéry – „**aby obce (ORP) chtěly**“.
- Vytvoření společenských podmínek, především legislativních a fiskálních, pro tuto roli obcí (zřejmě hlavní úkol státu v jeho proseniorské zodpovědnosti a aktivitě) – „**aby obce mohly**“, měly vytvořené podmínky.
- Ustavení ústřední postavy SIPS - zdravotně sociálního „koordinátora“ na komunitní úrovni ORP (komunitní sestry, zdravotně sociálního pracovníka) jako

zaměstnance obecního úřadu (státní správy či samosprávy podle státem akceptované a podporované koncepce) – „**aby obce uměly**“, měly znalý nástroj schopný SIPS realizovat, řešit a spravovat agendu občanů (především seniorů) ohrožených v „území nikoho“ na zdravotně sociálním pomezí – jde o jedinou alokaci finančních prostředků: na plat a fungování této ústřední postavy SIPS.

- Ovlivnění obecního povědomí, aby občané pochopili závažnost a složitost problému, nezbytnost a povahu komunitní úrovně jeho řešení i nezbytnost občanské angažovanosti a zodpovědnosti v rámci otevřené (demokratické, občanské) společnosti decentralizovaného státu (místních komunitních společenství) pro zvládnutí šancí i výzev dlouhodobé společnosti.

Základní úkoly zdravotně sociálního koordinátora SIPS (komunitní sestry) jako zaměstnance ORP jsou:

- **Mapování problematiky** a agendy občanů s ohroženou či ztracenou soběstačností, se zdravotně sociální problematikou, ohrožených z těchto důvodů institucionalizací a stavu ucelené podpory (portfolia možných potřebných služeb), podmínek pro ni v rámci ORP pro obecní zastupitelstvo
- **Depistáž** (aktivní vyhledávání) ohrožených občanů a srozumitelný, obecně známý kontakt pro tuto multirezortní problematiku
- **Dispenzarizace** (aktivní sledování) těchto ohrožených občanů a jejich potřeb se sjednáváním potřebných kontaktů či opatření, a to jednak periodicky, jednak a především za kalamitních okolností (epidemie chorob, vlny veder či mrazů, záplavy apod.)
- **Poradenství klientům a jejich rodinám** či jiným laickým pečujícím o možnostech podpory, možných službách, místních kontaktech, vhodných způsobech řešení problému, dílčích zdravotně sociálních úkonech např. ošetřovatelských; také konzultační a vysvětlovací doprovázení klientů či laických pečujících např. při domluvách s lékaři či jinými poskytovateli služeb (jakási „**dula – opora, poradkyně znevýhodněných lidí na zdravotně sociálním pomezí**“ při závažných či složitých, jim nesrozumitelných jednáních, rozhodováních, při nichž jsou v nevýhodné submisivní roli)
- **Koordinace služeb a návaznosti** mezi jednotlivými poskytovateli služeb pokud mezi sebou navzájem sami nespolečupracují dostatečným způsobem, facilitace vztahů a komunikace, a to i v rámci rodiny, **formulování plánu podpory**, jeho cílů, limitů, realizace a průběžné vyhodnocování průběhu s modulováním dalšího postupu.

- Klient/pacient – tito lidé jsou, respektive mají být středobodem SIPS, konkrétně kolem nich nastavených služeb v rámci plánu podpory. SIPS by se měl vždy rozvíjet personalizovaně, na základě plánování zaměřeného na konkrétního člověka (PCP – person-centered planning), s respektem k jeho přáním, k jeho vůli, být limitovaným zdravotním postižením – jde o zachování autonomie jako kontroly nad děním. Dnes jsou klienti/pacienti často v těžkém zdravotním stavu včetně pokročilé demence, jsou apatičtí, nezvyklí podílet se na formulování cílů a postupů, nepracují s předem vysloveným přáním, pokud racionálně komunikují, nejsou často partnersky asertivní, odmítají svůj díl zodpovědnosti za další průběh, stereotypizované jsou vnímány jako objekt, nikoliv subjekt podpory/péče.
- Pečující rodina (či její ekvivalent) – klíčový podpůrný faktor klienta/pacienta, ale mnohdy spoluklient (např. manžel/manželka v pokročilém věku či rodina umírajícího člověka v hospicové péči), někdy aktér (oběť či pachatel) nevhodného zacházení, domácího násilí, zanedbávání a zneužívání – velmi často není rodina dostatečně konstruktivní, nechápe dobře svou roli v rámci SIPS či jiné formy podpory, může „sekýrovat“, či naopak nebýt dostatečně asertivní, může odmítat nabízený podíl např. na ošetrovatelských či rehabilitačních úkonech – nutná je „výchova rodin“ pro partnerství v rámci SIPS i pro laické pečování, zásadní jsou přitom vliv médií a změny obecného povědomí.
- Sousedé – významný činitel laické podpory, zvláště v okamžité pomoci, ve strategii sdílené péče či v rámci tísňové péče, kdy mohou být partnerem dispečinku, tím u koho jsou uloženy klíče od bytu pro případ nehody. Obecně je dobré sousedství prvkem komunitní pospolitosti a u osamělých klientů/pacientů mnohdy nezbytným aktérem umožňujícím přes labilitu stavu život ve zvyklém vlastním prostředí. Opět prostřednictvím médií a místní správy je třeba podněcovat, oceňovat a rozvíjet dobré sousedství, usilovat o změnu obecného povědomí.
- Zdravotně sociální koordinátor SIPS – klíčový aktér konceptu SIPS, ve 3 pilotních obcích, kde koordinátoři fungují, jsou se svou rolí spokojeni, je pro ně zvládnutelná a naplňující. Je třeba je cílevědomě ustavovat a udržet jejich pozici jako především práci v terénu, aby nedošlo k její deformaci na kancelářskou úřednici, de facto sociální pracovníci.
- Sociální pracovník – významná služba v rámci SIPS, oproti koordinátorovi se věnuje pouze agendě sociální práce, při zavádění SIPS je třeba dbát, aby koordinátor SIPS nesplynul se sociální pracovníky jako jeden z nich, jen nesrozumitelně posazený do jiné kanceláře.

- Praktický lékař (PL) – zásadní aktér SIPS, s nímž by měl být koordinátor SIPS vždy v pružném kontaktu, PL je nezbytný pro formulování plánu podpory, neboť zná prognózu, limitace i rizika na straně klienta, může – třeba na základě upozornění koordinátora – vystavovat doporučení k vyšetřením, hospitalizacím apod. Závažným problémem se ukazuje přetíženost PL, kteří by se z pohledu křehkých, znevýhodněných pacientů na zdravotně sociálním pomezí měli více angažovat (včetně opakované návštěvní služby) v této oblasti vyžadující čas a komunikaci, ale současně reforma ambulantní péče předpokládá, že se stanou „specialisty první linie“ v řadě oborů. Je třeba usilovat, aby PL vnímal koordinátora SIPS nikoliv jako komplikaci své práce, ale jako svou „prodlouženou ruku“ do domácností, a hlavně do problematiky křehkých, omezeně soběstačných, mnohdy imobilních lidí, často s pokročilým syndromem demence a jejich rodin.
- Domácí péče (home care, HC) – zdravotní sestry (a další pracovníci HC) patří do jádra SIPS (spolu s pečovatelskou službou, praktickým lékařem, tísňovou péčí). Zásadní význam ošetrovatelských ošetření a posouzení stavu je samozřejmý. Do budoucna je třeba počítat jednak s časově i odborně náročným vytižením sester HC u těžkých pacientů (umírající, stomici, na domácí oxygenoterapii, s vlhkým hojením či jiným ošetřováním velkých nehojících se ran), jednak s tím souvisejícím nedostatkem kvalitních sester, a tedy s otázkami odpovědnosti za výkony, kterými by měl např. PL pověřovat jemu neznámou zdravotní sestru neznámé odborné úrovně, pečlivosti, spolehlivosti. I v tomto smyslu by měl být koordinátor SIPS blízkým spolupracovníkem PL. Jak v roce 2017 upozornily Zdravotnické noviny, *„přestože jsou nemocnice kvůli nedostatku sester nuceny omezovat lůžkovou kapacitu některých oddělení, pro systém často výhodnější alternativa v podobě domácí zdravotní péče není v České republice příliš dostupná. Podle zákona ji totiž mohou poskytovat pouze vysoce kvalifikované sestry, které však kvůli nízkému ohodnocení odborných výkonů ze strany zdravotních pojišťoven nedosáhnou ani na výdělky nemocničních sester. Fluktuace sester v tomto segmentu je pak už jen logickým důsledkem neoblomnosti zdravotních pojišťoven.“* Dostupnost HC je horší na venkově a v některých regionech a může se dále zhoršovat.
- Pečovatelská služba (PS) - patří do jádra SIPS (spolu s HC, praktickým lékařem, tísňovou péčí). V souvislosti se zhoršováním dostupnosti HC lze předpokládat převádění některých zdravotnických kompetencí na PS. I u ní je však dostupnost nerovnoměrná a ve venkovských oblastech podstatně horší. HC i PS zjevně potřebují do budoucna větší finanční podporu, vytváření propojených agentur komplexní domácí péče a také kombinaci s místními dobrovolnickými či poloprofesionálními službami, při jejichž aktivizaci by významnou roli mohl hrát koordinátor SIPS.

- Tísňová péče (TP) - patří do jádra SIPS (spolu s HC, praktickým lékařem, PS). Jde o zajištění „jistoty kontaktu“ a rychlé pomoci při náhlém ohrožení, např. po pádu s nemožností vstát. Klient má na ruce tlačítko, kterým alarmuje dispečink, který může fungovat i velmi daleko, třeba na krajské i mezikrajské úrovni, odkud aktivuje místní aktéry (rodinu, sousedy, záchrannou službu, městskou policii, hasiče). TP je využitelná i pro telemonitoring zdravotního stavu, telekomunikaci a mohla by se uplatnit jako součást komplexní agentury zahrnující služby HC, PS, TP a spolupracující s místními aktéry (sousedé, rodina, PL, dobrovolníci, koordinátor SIPS) – jde o příklad nově utvářené zdravotněsociální primární péče „pro 3. tisíciletí“.
- Ergoterapie + půjčovna kompenzačních pomůcek + poradenství/provádění bezbariérových úprav domácího prostředí – soubor 3 vzájemně propojených prvků SIPS. Kromě půjčoven pomůcek prakticky nejsou v ČR dostupné, zvláště ne mimo velká města. Protože mají velký potenciál pro obnovu či zachování soběstačnosti, jsou poradenství i schopnost nakontaktování těchto služeb ze strany koordinátora SIPS velmi cenné, stejně jako jeho zprostředkování záchvatu rodiny ergoterapeutem.
- Fyzioterapie je stále obtížně dostupná pro návštěvní službu, ale možnosti se přece jen objevují. Koordinátor SIPS by zde mohl fungovat např. jako poradce v otázce kvality a serióznosti nabízené služby.
- Psychiatrie a další ambulantní lékaři-specialisté – dostupnost návštěvní služby specialisty v pacientově domácnosti je velmi obtížná, i když jde o imobilního člověka, pro něhož je převoz k ošetření mnohdy velmi složitou a bolestivou záležitostí, která navíc, zvláště v případě kontrolních vyšetření, mnohdy postrádá smysl. Nejcitelnější je nedostupnost psychiatrických vyšetření neklidných pacientů se syndromem demence a přidruženou poruchou hybnosti. Koordinátor SIPS by mohl být lépe schopen nalézt „laskavého psychiatra“ pro svou větší oblast.
- Mobilní hospic (mobilní specializovaná paliativní péče) dnes nesporně patří jako významný přínos do portfolia SIPS. Jeho koordinátor by měl být schopen rodině umírajícího vysvětlit povahu paliativní péče, sjednat kontakt s místně působícím mobilním hospicem i nezbytný komplex dalších podpůrných služeb (HC, PS, případně psychoterapeut, krizová intervence, dobrovolníci)
- Obce – měly by být zřizovateli a hlasitými podporovateli SIPS vůči státu a jeho legislativě, neboť jsou
 - základní územní samosprávná společenství občanů,

- povinny zajišťovat základní standard sociálních služeb v rozsahu daném politikou státu,
- ve svém územním obvodu pečují o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů,
- nesmějí odmítnout opatrovnictví.

Zatím však SIPS nechápou či nechťejí pochopit?! Přesto lze např. Svaz měst a obcí považovat za jednoho z nejvýznamnějších spojenců pro rozšíření SIPS v rámci ČR.

Je důležité si uvědomit, že podpůrné podmínky a naděje pro seniorský život v Česku neprijdou a nemohou přijít „shora“, od vlády, ministrů ani akademiků, ale jenom zdola, ze zkušeností, vůle a spolupráce rodin, obcí a spolků!

- Dobrovolníci – představují značný podpůrný potenciál, a to především pro pečující rodiny. Právě dobrovolníci přispívají k tzv. respitním službám, tedy k oddechu pečujících, k času na vyřízení vlastních povinností, během něhož zaujmou místo u lůžka či v domácnosti. Koordinátor SIPS může mít nejen kontakty na dobrovolnické organizace, ale může také podněcovat v okruhu své působnosti zájem o dobrovolnictví, o vytváření a zaškolování dobrovolnických skupin.

Demografická změna je změna pozitivní. Jejím podstatným faktorem je pokles úmrtnosti s šancí na přirozeně dlouhý život, s nadějí dožití přibližně do 90 let. Jde o šanci na dokončení osobnostního vývoje, završení života, možnost jeho reflexe, o šanci na život se „svým rodem“, se svými dětmi, vnuky, pravnuky, o možnost poznat je, sledovat je, něco s nimi konat, něco jim třeba předat. To vše spolu s možností prožívat mnoho jiných událostí a vjemů, s možností konat, přispět svým drobným dílem, stojí za to.

Aby tyto šance byly využity, je třeba přijmout i stinné stránky vyššího věku, jeho nemoci, funkční deficit, jiná trápení. I to patří k životu, kterému lze s Viktorem Franklem „přesto říci ano“. Neměli bychom si zahrávat s úvahami o životech či fázích „života nehodného života“, s úvahami o nesnesitelném senilním marasmu, a proto o systémové aplikaci eutanázie či o masovém rozšíření asistovaných sebevražd z důvodu „otravného stáří, které přestalo bavit“.

Hledejme raději lepší stránky života i v jeho bídě, bolestech a těžkostech a kultivujme podpůrné systémy, kterými bychom si navzájem ony těžkosti usnadňovali.

Jedním z nich je SIPS, systém integrovaných podpůrných služeb v komunitě.

Institut důstojného stárnutí před dvěma roky započal se třemi obcemi s rozšířenou působností, kterými jsou Mělník, Prachatice a Roudnice nad Labem, spolupráci na ověření modelu SIPS v praxi jejich správního území. Tři obce, tři kraje a tři koordinátorky, pracovníce městských úřadů na různých pozicích. Flexibilita SIPSu odpovídá chuti a kreativě každého pracovníka. Započala či se prohloubila spolupráce s menšími obcemi na území ORP, posílily vazby na praktické lékaře a odborné lékaře, zvýšila se podpora seniorů v domácím prostředí a vztahů s jejich blízkými, protože kromě mnoha těch, kteří podporují a pomáhají, jsou i takoví, kteří nechtějí či nemohou. O konkrétních případech, s nimiž se naše spolupracující koordinátorky v poslední době setkaly, se více dozvíte v kazuistikách.

Už v minulém roce pozvolna vznikala pracovní nástroj koordinátora podpory a tím je mapa podpory, která se nyní využívá ve všech zmíněných oblastech a stále se rozvíjí. Interaktivní model je aplikovatelný do každé obce. Je to velice přehledný systém podpory na jednom papíře, s lokálními kontakty, propojující zdravotní a sociální sektor, určený pro komunikaci se seniorem či rodinnými příslušníky při hledání možností řešení individuální zakázky. Každý případ, s nímž se koordinátor setkává, je jedinečný. Mapa podpory je nástrojem pro hledání a zaznamenání cesty, která je podporou autonomního života stárnoucího člověka v obci, v komunitě, a optimálně v jeho domácnosti, pokud si to přeje.

Od Katalogu k Mapě podpory

Mgr. Dana Poustková

Když jsem před třemi lety nastoupila na místo terénní sociální pracovníce pro seniory a osoby se zdravotním postižením na městském úřadě, i když jsem spoustu věcí znala z předchozích zaměstnání, musela jsem se na nové pozici – jako každý v nové práci – zorientovat. Co bude vlastně mou náplní práce, kdo jsou mí klienti, co jim mohu nabídnout, v čem jim pomoci, s kým budu spolupracovat... Otázek bylo hodně, vše se mi rozkrývalo s přibývajícím časem, studiem nejrůznějších materiálů, množstvím a různorodostí klientů, praxí.

Jednou z věcí, kterou jsem průběžně řešila, bylo zorientovat se v organizacích a osobách, se kterými mohu a mám spolupracovat, kde kde stojí klient a jaká je moje úloha. Měla jsem k ruce Katalog sociálních služeb, v němž byl přehled sociálních služeb a souvisejících institucí na území obce s rozšířenou působností. Spolupracovala jsem ale stále častěji i s organizacemi mimo tento Katalog a mým snem bylo mít toto vše zachyceno, nějak přehledně zobrazeno, mít v tom nějaký systém.

A pak mi přišel do cesty seminář Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE, na kterém jsem se seznámila s koncepcí MUDr. Zdeňka Kalvacha s názvem Systém integrovaných podpůrných služeb. Byly zde popsány jednotlivé složky tohoto systému. Mimo jiné zde byl vyprofilován také tzv. koordinátor podpory, v jehož náplni činnosti jsem se tehdy jako terénní sociální pracovníce poznala. Součástí výše jmenovaného Systému bylo také grafické znázornění sítě (viz obr. 1), která pomáhá klientovi v jeho situaci, a zjistila jsem, že to je to, co jsem ve své práci hledala.

SCHÉMA SIPS



Toto schéma mi přišlo zajímavé a užitečné, a to zejména proto, že všichni spolupracovníci se přehledně nachází na jednom papíře. Čím více jsem jej ale ve své práci aplikovala, tím více jsem zjišťovala, že pro mě ještě není dostatečné. Rozhodla jsem se tedy onu mapu podpory – se svolením MUDr. Kalvacha – dále rozpracovat (viz obr. 2).

MAPA PODPORY MĚLNÍK

PRO SENIORY A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NEBO SNÍŽENOU SOBEŠTAČNOSTÍ NA ÚZEMÍ OBCE S ROZŠÍŘENOU PŮSOBNOSTÍ

ZDRAVOTNÍ POMOC A PODPORA

- zdravotní pojišťovny
- zdravotní pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění
- půjčovny zdravotních pomůcek
- úprava bydlení

ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

AMBULANTNÍ

- praktičtí lékaři
- odborní lékaři
- psychologové
- psychiatrii
- rehabilitace

TERÉNNÍ

- Český červený kříž Mělník
- Domácí péče při Nemocnici Mělník
- Farní charita Neratovice
- Malýra s.r.o. Mělník
- Hospic Tempus Mělník

POBYTOVÉ

- Nemocnice Mělník
- Centrum následné péče Mělník
- psychiatrické nemocnice
- hospice

OBCE A OBECNÍ ÚŘADY

PORADENSTVÍ

→ Městský úřad Mělník

Mgr. Dana Poustková
terénní sociální pracovnice pro seniory
a osoby se zdravotním postižením
Tel.: 315 635 435, 731 751 526

KLIENT

SENIOR, OSOBA
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM,
OPATROVNÍK, PEČUJÍCÍ

DALŠÍ MOŽNOSTI

- SPOLKY A SDRUŽENÍ
- Svaz tělesně postižených Mělník
- Klub seniorů Mělník
- Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob
- Svaz postižených civilizačními chorobami
- Čaje o páté pro pečující o lidi s demencí – CSM

DOBROVOLNÍČI

- CSM, Adopce seniorů Maltézská pomoc Mělník

ZAJÍMAVÉ ODKAZY

www.pecujdoma.cz www.domaci-pece.info

www.nadacnik.cz

SOCIÁLNÍ POMOC A PODPORA

- BZU Mělník a DPS v obcích
- ubytovny
- nájemní bydlení
- OSSZ (ČSSZ) – SD, ID
- Parkovací průkaz – MÚ Mělník

Úřad práce Mělník

- DoZP – PrP, PrM, PrZVP
- SSP – PrB, –
- HmN – PrZ, DnB, MOP
- Průkaz OZP

(Tř.ZTP, ZTP/P)

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

AMBULANTNÍ

- denní stacionář – Slunečnice, Domov seniorů Mělník, Farní charita Obříství
- sociální rehabilitace a sociálně-terapeutické dílny – Fokus Mělník
- sociální poradna – Sociálně-právní poradna Služby prevence města Mělník

TERÉNNÍ

- pečovatelská služba – CSM, DS Mělník, Mělnická Vělnice, Chorušice, TPS Horní Počaply, Senior-komplex Lučec n.Vlt.
- osobní asistence – Maltézská pomoc Mělník
- asistent sociální péče – písemná smlouva o poskytování pomoci
- převážka pro seniory a OZP – Sendolno, Maltézská pomoc Mělník
- telefonická krizová pomoc – Senior telefon Život go

POBYTOVÉ

- respiční (odlehčovací) pobyt – Centrum seniorů Mělník
- domovy pro seniory – CSM – Ludmila, Penzion, DS Mělník, DS Vidím, Senior-komplex Mělník, Lučec nad Vltavou, DKE Neratovice, Červený Mlýn Věstuvy
- domovy se zvláštním režimem – CSM – Vážka, Senior-komplex Lučec n.Vlt., Mělník
- chráněné bydlení – CHB Zahradá Nebužely, Fokus Mělník

Ústředním bodem Mapy je klient – v tomto případě tedy senior, osoba se zdravotním postižením, opatrovník nebo pečující osoba – podle konkrétní situace.

Levá strana Mapy patří zdravotní oblasti – od zdravotních pojišťoven, přes půjčovny zdravotních pomůcek až ke zdravotním službám. Zdravotní služby jsou potom odshora dolů členěny od ambulantních (lékaři, odborní lékaři, rehabilitace...), přes terénní (domácí péče a domácí hospic) až po pobytové (nemocnice, centra následné péče, hospice...).

Pravá strana potom patří oblasti sociální. V pravém horním rohu jsou vyjmenovány možnosti využití dávek a výhod pro seniory a osoby se zdravotním postižením jako jsou důchody, příspěvek na péči, parkovací průkaz a další. Dále je zde pak oblast bydlení – tedy bydlení nájemní nebo v domech s pečovatelskou službou atd. Pravá strana směrem dolů potom znázorňuje oblast sociálních služeb – opět od ambulantních (např. denní stacionář, sociálně-terapeutická dílna...) přes terénní (např. pečovatelská služba, osobní asistence, telefonická krizová pomoc...) až k pobytovým (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení...).

Prostřední část je věnována nahoře obcím a obecním úřadům, které mají v celém systému také svou nezastupitelnou roli. Dole pod klientem je potom prostor pro různé spolky, sdružení, dobrovolnické aktivity a užitečné webové stránky.

Mapa podpory slouží pro lepší orientaci klientů nebo pečujících v možnostech služeb a využití příslušných institucí. Já ji ve své práci využívám po celou dobu spolupráce s klientem – od seznamování se s klientem a jeho aktuální situací, přes hledání možností řešení a vhodných služeb až po zhodnocení spolupráce, případně její další pokračování. Čas ukazuje, že Mapa žije svým životem, a proto je možné ji dle potřeby měnit, upravovat a rozšiřovat o další služby.

I když pro mě je výše zmíněná Mapa podpory v mé práci velmi užitečná (a praxe ukazuje, že i pro mnohé spolupracovníky, klienty a pečující osoby), je jasné, že je to pouze grafické znázornění podpůrné sítě, pracovní nástroj. Mnohem důležitější jsou totiž konkrétní lidé v daných organizacích, vzájemná komunikace a ochota ke spolupráci, někdy také ke změně. Ale hlavním v celém systému je samozřejmě klient, pro někoho pacient, prostě člověk.

Pan Tomáš

Mgr. Dana Poustková

Pracuji na Městském úřadě Mělník, odboru sociálních věcí a zdravotnictví na pozici terénní sociální pracovnice neboli koordinátorky podpory.

Jednoho dne mě telefonicky kontaktoval syn pana Tomáše. Pan Tomáš byl tou dobou již více než rok hospitalizován v centru následné péče (CNP) (dříve léčebna dlouhodobě nemocných). Lékař mu sdělil, že by měl být z jejich zařízení propuštěn do konce týdne. Syn pana Tomáše se snažil sehnat pro otce nějakou pobytovou sociální službu. Bohužel bylo všude buď plno a čekací lhůty byly dlouhé, nebo byla cena tak vysoká, že si ji nemohl pan Tomáš, ani s finanční pomocí svého syna, dovolit. Syn pana Tomáše nebyl dlouhá léta se svým otcem v kontaktu z důvodu závislosti pana Tomáše na alkoholu a dalších s tím spojených problémů. Byl by mu nyní rád pomohl, domů si ho ale vzít nemohl.

Vydala jsem se za panem Tomášem do CNP, abych jeho situaci probrala přímo s ním.

Nejprve jsem hovořila s vrchní sestrou, abych zjistila, do jaké doby musí pan Tomáš CNP opustit, případně domluvit více času. Dozvěděla jsem se, že zdravotní stav pana Tomáše je stabilizován, a proto může být propuštěn do domácího prostředí. Teprve nyní ale pracovníci zjistili, že se pan Tomáš nemá vlastně kam vrátit a že bude patrně ještě chvíli trvat, než si najde jiné vhodné ubytování.

Poté jsem na pokoji navštívila pana Tomáše. Přesunuli jsme se spolu do jídelny, která byla tou dobou prázdná, abychom měli soukromí na jednání.

Pan Tomáš sdělil, že pobírá starobní důchod. Má trvalou kolostomii (vývod tlustého střeva), chodí pomalu s hůlkou. Dále se rozpovídal o tom, jak přišel o vlastní dům v exekuci. Před hospitalizací bydlel u kamaráda, ten ho ale nyní nemůže vzít zpět, protože se k němu mezitím přistěhovali další členové rodiny. Trvalé bydliště má pan Tomáš na obecním úřadě. S panem Tomášem jsme probírali možnosti bydlení. Nakonec jsme se domluvili, že oslovím ubytovny ve městě i městech sousedních. Pan Tomáš souhlasil, že bude klidně bydlit i na dvoulůžkovém pokoji, čímž se situace zjednodušila.

Dále jsem s panem Tomášem na jeho přání vyplnila žádosti do domovů pro seniory pro případ, že by již déle nemohl být ze zdravotních důvodů na ubytovně. Vyplnili jsme

společně také žádosti o příspěvek na péči, průkaz pro osoby se zdravotním postižením a příspěvek na mobilitu.

Hovořili jsme také o tom, že by bylo dobré zajistit obědy formou donáškové služby.

S výsledkem jednání jsem se souhlasem pana Tomáše seznámila také vrchní sestru v CNP. Ta sdělila, že pan Tomáš nemusí zařízení opustit nutně do konce týdne. Počkají, až bude mít zajištěno bydlení. Dále mi sdělila, že při propuštění z CNP bude panu Tomášovi předepsána domácí péče – jedenkrát týdně ho navštíví zdravotní sestra a zkontroluje, zda kolostomie správně funguje, případně poradí, jak se o ni má pan Tomáš starat.

Z kanceláře jsem obvolala ubytovny ve městě i mimo něj a našla jsem volné místo na ubytovně v sousedním městě.

Poté jsem opět navštívila pana Tomáše v CNP, sdělila mu výsledek hledání a předala informace o ubytovně s kontaktními údaji, ceníkem atd. Společně s tím jsem mu předala také kontakt na terénní pečovatelskou službu v místě ubytovny, která by mohla vozit obědy, případně poskytovat další služby (nákupy, pochůzky apod.). Nakonec jsem připojila také kontakt na tamní sociální pracovníci na městském úřadě pro případ potřeby další pomoci.

V tomto případě se vše povedlo velmi rychle a během tří dnů se pan Tomáš dostal na ubytovnu s podporou domácí péče, terénní pečovatelské služby a svého syna. Pro budoucnost má podané žádosti o pobytových zařízení pro seniory.

Zapojené složky do podpory pana Tomáše:

- centrum následné péče
- syn
- městský úřad, odbor sociálních věcí a zdravotnictví
- domácí péče
- domovy seniorů
- úřad práce
- ubytovny
- terénní pečovatelská služba

Paní Karla

Mgr. Dana Poustková

Paní Karla trpěla schizofrenií, byla po cévní mozkové příhodě, chodila o holi. Žila s matkou, do rodiny docházela terénní pečovatelská služba, která zajišťovala donášku obědů, úklid, nákupy, pomáhala paní Karle s hygienou. Matka dohlížela na to, aby paní Karla brala léky, které ji udržovaly ve stabilizovaném stavu. Sama paní Karla léky brát moc nechtěla, neboť se po nich cítila unavená a otupělá. Obě ženy byly již v seniorském věku. Matka paní Karly se bála, co bude, až zůstane paní Karla sama, zda bude moci zůstat v domácím prostředí, jak vše bez její pomoci zvládne. Přes pečovatelku se proto obrátila na mě, terénní sociální pracovníci neboli koordinátorku podpory na městském úřadě.

Obě ženy jsem tedy navštívila v jejich domácnosti. Mluvila spíše matka paní Karly. Sdělovala mi své obavy z budoucnosti své dcery a žádala o pomoc s vyhledáním vhodné pobytové služby, protože dle mínění matky by dcera pobyt doma sama nezvládla. Paní Karla se tehdy na myšlenku matky netvářila příliš vstřícně. Na dotaz, co by chtěla ona, sdělovala, že chce zůstat doma a hlavně „mít klid“.

Nicméně jsem na žádost matky zjistila, jaké jsou pobytové sociální služby pro seniora s chronickým duševním onemocněním a tělesným handicapem. Přinesla jsem do rodiny informace o dvou takovýchto zařízeních. Paní Karla ovšem trvala na tom, že žádnou žádost nepodá. Čas běžel a obě ženy nadále vše zvládaly doma s pomocí pečovatelské služby.

Jednoho dne byla matka paní Karly hospitalizována, paní Karla zůstala doma sama. Jedna z možností byla – jako několikrát v minulosti – nechat paní Karlu hospitalizovat v psychiatrické nemocnici. Tuto možnost ovšem paní Karla odmítala – neměla dobré zkušenosti, dle svých slov zde byla vždy utlumena a její zdravotní stav se zhoršil.

Když jsem viděla, jak moc chce paní Karla zůstat doma, rozhodla jsem se využít jeden z nástrojů sociální práce, a to případové setkání. Se svolením paní Karly jsem zorganizovala toto setkání přímo v její domácnosti. Na jednom místě tak mohl zazníť hlas paní Karly a zároveň názory odborníků. Přítomna zde byla s námi také sociální pracovníce terénní pečovatelské služby, psychiatr paní Karly a její praktický lékař. Lékaři se shodli na tom, že paní Karla má náhled na svou situaci, ví, co chce, a její stav je

v současné době stabilizován. Výsledkem jednání bylo, že paní Karla zůstane doma, dojde k rozšíření služeb pečovatelské služby a bude přizvána také domácí péče, která bude zajišťovat pravidelné užívání psychiatrických léků. Paní Karla se vším souhlasila.

Takto prožila paní Karla více než rok, její matka už se domů nevrátila. Paní Karlu nakonec postihla další mozková příhoda a zemřela. Měla ale možnost více než rok prožít v domácím prostředí a – jak chtěla – „měla klid“.

Zapojené složky do podpory paní Karly:

- pečovatelská služba
- matka
- městský úřad, odbor sociálních věcí a zdravotnictví
- praktický lékař
- psychiatr
- domácí péče

Kazuistika manželů B.

Mgr. Jana Marková

S manželi B. jsem začala spolupracovat poté, co se dostavili na odbor sociálních věcí v srpnu 2017.

Při sociálním šetření zjištěno:

Paní Borská pečuje o manžela, který má cukrovku a občas problémy s pamětí. Není schopný dodržovat denní režim - brát si léky, připravit si jídlo, dojit si nakoupit apod. Tento rok se to postupně zhoršuje. Začátkem září bude muset nejspíš paní Borská nastoupit k hospitalizaci. Neví, jak v této době zajistit péči o manžela. Rodina není schopna se o pana B. postarat. Jediný syn jim zemřel před 30 lety, snacha na rakovinu před 10 lety. Mají dvě vnučky. Jedna je svobodná, žije ve Východních Čechách. Druhá vnučka žije u Prahy, má čtyři děti (jedno s postižením). Manželé pobírají starobní důchod. Příspěvek na péči ani jiné dávky nemají. Žijí v domku ve městě v Ústeckém kraji.

Průběh intervencí:

Manželům jsem poskytla základní sociální poradenství. Doporučila jim sociální zařízení, která poskytují odlehčovací pobyty, předala kontakty na pečovatelské služby. Informovala jsem je o možnosti návštěvy denního stacionáře. Pomohla jsem jim s vyplněním žádosti o příspěvek na péči, o průkaz ZTP a mobilitu pro pana B. Doprovodila je na ÚP, kde žádosti podali.

Po 14 dnech paní B. hospitalizovali, vnučka žádala o pomoc při zajištění péče o dědu. Vzhledem k tomu, že si pan B. hůře zvyká na nové prostředí, nepreferovali umístění do sociálního zařízení. Poskytla jsem opět základní sociální poradenství – předala kontakty na pečovatelské služby a denní stacionář, seznámila je s podmínkami poskytování služeb. Pan Borský bude přes noc doma sám a ráno přijdou vnučky vzniklou situaci řešit. V případě potřeby nás budou kontaktovat. Pan B. celý večer a druhý den ráno opakovaně volal na OSV. Hledal manželku, podána informace o hospitalizaci a o návštěvě vnuček. Telefonáty nadále pokračovaly. Provedla jsem sociální šetření v domácnosti klienta. Pan B. se stále ptal na manželku, opakoval stejné věty apod.

Manželka mu neustále volala a ubezpečovala se, že je v pořádku. V průběhu sociálního šetření přišly vnučky, které měly domluvené setkání s pracovníci pečovatelské služby. Měly pocit, že se dědův stav zhoršil a nezvládne být doma sám, stejný pocit měla i paní B. S pečovatelkami se domluvily, že zatím služby nevyužijí a zajistí odlehčovací pobyt. Kontaktovali jsme soukromé zařízení pro seniory, kde bylo domluveno okamžité přijetí pana B.

Paní B. byla propuštěna začátkem září z nemocnice a pan B. ukončil pobyt v domově pro seniory. Stav paní B. se zhoršil a nebyla schopna se postarat o manžela ani o sebe. Paní B. musela být opět hospitalizována a pan B. byl opakovaně umístěn v zařízení poskytujícím odlehčující péči. Bylo třeba zajistit trvalou péči. Manželé si přáli pobyt ve stejném zařízení. Předala jsem kontakty na domovy důchodců v Roudnici a blízkém okolí. Také jsem doporučila požádat o ustanovení opatrovníka pro pana B. a o příspěvek na péči pro paní B. Žádost o příspěvek na péči jsem s paní B. vyplnila a podala na ÚP.

Paní B. byla z nemocnice propuštěna. Začala využívat pečovatelskou službu. V září 2017 podala rodina žádost do DD. Paní B. měla obavy, zda bude mít dostatek finančních prostředků. Vysvětlila jsem jí systém úhrady v domově důchodců, seznámila ji s provozem v domově. Paní B. přijali v listopadu 2017. Pana B. bylo možné umístit do 14 dnů. Vzhledem k psychickému stavu musel smlouvu o přijetí do domova podepsat pracovník pověřeného městského úřadu, předala jsem informace o postupu řízení a kontakt na pracovníka.

Manželé si pomalu zvykli na nové prostředí. Jsou rádi, že jsou spolu.

Zapojené složky do podpory manželů B.:

- koordinátor podpory péče
- rodina
- úřad práce
- pečovatelská služba
- odlehčovací služba
- domov důchodců
- městský úřad

S panem T. jsem začala spolupracovat na jaře 2017 na základě podnětu pracovníci denního stacionáře, kam pan T. dojížděl.

Při sociálním šetření jsem zjistila:

Pan T. (56 let) je osoba se zdravotním postižením závislá na pomoci ostatních - po opakovaných mozkových příhodách je ochrnutý na celou pravou stranu, nemluví, dorozumívá se gesty. I přesto je velmi společenský. Pracoval v dělnických profesích. Potřebuje pomoc s hygienou, přípravou jídla a pití, přesuny z lůžka na vozík, s oblékáním apod. Pohybuje se na invalidním vozíku, který musí být obsluhován druhou osobou. Zvládne se podepsat. Pobírá invalidní důchod III. stupně a příspěvek na péči III. stupně a příspěvek na mobilitu. Je rozvedený, bezdětný. Žije ve společné domácnosti se sestrou, švagrem a synovcem, kteří se o něho starají. Bydlí v bytovce v 1. patře bez výtahu. Pokoj obývá spolu se synovcem.

Pan T. si stěžoval na špatnou péči rodiny, která není schopna zajistit základní sebeobsluhu (koupe se jen ve stacionáři, který navštěvuje přibližně jednou za tři týdny). Jednají s ním hrubě, nekomunikují s ním dle jeho potřeb - cítí se osamělý, nemá své soukromí, nemůže jezdit do stacionáře tak často, jak by chtěl, protože je problém s jeho snesením z bytu k autu, na což je třeba dvou lidí. Pan T. už nechce být doma, má zájem o pobyt v nějakém sociálním zařízení. Od sestry klienta jsem se dozvěděla, že rodina již nějaká zařízení kontaktovala, v jednom však pan T. nesplňoval cílovou skupinu, v druhém nedoložili požadované dokumenty.

Při řešení tohoto případu jsem zvolila následující postup:

- Seznámila jsem klienta a jeho rodinu s nabídkou služeb. Podání žádosti do tří sociálních zařízení – domovy pro osoby se zdravotním postižením. Klient byl zařazen do pořadníku u všech poskytovatelů sociálních služeb, s upozorněním, že mají hodně zájemců a jsou dlouhé čekací doby.

■ S ohledem na problémy se zajištěním hygieny, která vyžaduje asistenci dvou osob, jsem doporučila pečovatelskou službu. Od 7/2017 tak k panu T. dochází jednou týdně pracovníce pečovatelské služby.

■ Po cca ¼ roce přislíbeno přijetí do jednoho DOZP, které se však neuskutečnilo z důvodu zrušení zařízení v 3/2018. Vzhledem ke zhoršujícímu stavu klienta (od 5/2018), vyčerpání rodiny z náročné péče a s ohledem na dlouhé čekací doby v DOZP, jsem kontaktovala sociální pracovníci Centra sociální pomoci, pod které spadá několik sociálních zařízení. Po podrobnějším seznámení s celkovou situací klienta a konzultaci s ošetřujícím lékařem jsme se domluvili, že podáme žádost do domova se zvláštním režimem. Žádost byla podána v 7/2018. V 8/2018 provedla sociální pracovníce CSP sociální šetření v domácnosti klienta a přislíbila přijetí pana T., až se uvolní místo v DZR. Pravděpodobně během 9/2018.

I když aktuální trend v sociální práci je udržet klienta co nejdéle v domácím prostředí, s ohledem na sociální situaci, zdravotní stav, potřeby a přání klienta jsem zvolila jako nejvhodnější řešení formou umístění do pobytové sociální služby.

Zapojené složky do podpory pana T.:

- rodinní příslušníci: sestra, švagr, synovec
- stacionář (hygiena – koupání)
- pracovník městského úřadu – koordinátorka podpory služeb
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- pečovatelská služba
- centrum sociální pomoci (spravuje sociální zařízení)
- praktický lékař – ošetřující lékař

Koordinace pomoci jako významný faktor podpory domácí péče

PhDr. Kateřina Kubalčíková, PhD.

Podpora setrvání seniora v přirozeném prostředí je v posledních třech dekadách jedním z klíčových témat sociální politiky evropských zemí. Postupně se toto téma prosadilo také v domácích diskusích o podobě poskytování pomoci a podpory seniorům se sníženou soběstačností s potřebou asistence druhé osoby při zajištění základních životních potřeb. Podpora setrvání v přirozeném prostředí, stejně jako posilování významu domácí péče a rodinných pečujících je zahrnuta v klíčových národních strategických a koncepčních dokumentech resortního Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, stejně tak lze tento trend zaznamenat v krajských a lokálních strategiích rozvoje sociální služeb.

Jak naznačují dosavadní výzkumy (srov. např. Jeřábek a kol. 2013), v České republice je nejčastějším modelem zajištění pomoci seniorům v domácím prostředí, poskytování péče ze strany druhého partnera (přesněji řečeno seniorky pečující o partnery), druhým nejčastějším je pak péče o rodiče ze strany jejich dospělých dětí (nejčastěji se jedná o pečující dcery). Péče zajišťovaná rodinnou je českou společností vnímaná jako více flexibilní, s větším potenciálem reagovat na rychle se měnící potřeby seniora, ve srovnání s péčí poskytovanou formálními sociálními službami. Jeřábek (2013, s. 69) chápe rodinnou péči o nesoběstačného seniora jako výraz v ČR významného prvku mezigenerační solidarity.

Řada domácích autorů však současně upozorňuje (srov. Hubíková, 2012, 2015; Holmerová 2013, Havlíková 2012, Jeřábek 2013), že úroveň podpory domácích pečovatelů o seniory je v ČR poměrně nízká. Existující analýzy naznačují, že domácí pečovatelé poskytují péči bez pravidelného odpočinku, nevěnují dostatečnou pozornost vlastnímu zdraví, trpí smutkem a depresemi, v roli pečovatele se cítí osamoceni. České domácnosti často nejsou pro poskytování domácí péče dobře vybaveny, senioři ani jejich příbuzní nemají přehled o dostupných kompenzačních pomůckách, stejně jako nejsou dostatečně informováni o možnosti čerpání benefitů na provedení úprav v domácnosti. Pokud se pečující osoba musí vzdát výdělečné činnosti, hrozí propad domácnosti do chudoby. Absentuje také systematická příprava domácích pečovatelů, v oblasti sociální práce nejsou rozpoznáni jako specifická cílová skupina zasluhující podporu.

V tomto příspěvku je prezentován souhrn dílčích výsledků z kvalitativního výzkumného šetření, které bylo realizováno v letech 2015-2017 v rámci mezinárodního projektu InnCare pro oblast péče o seniory v domácím prostředí, přesněji data popisující strategie rodinných příslušníků, kteří se podílejí na péči o seniora se sníženou soběstačností. Pro výzkum rodinných pečujících byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Šetření bylo realizováno s využitím jednak individuálních rozhovorů, které byly doplněny třemi fokusními skupinami. Celkově bylo v této etapě do výzkumu zahrnuto 32 respondentů. Rozhovory byly nahrávány a další postup zpracování a analýzy dat probíhal prostřednictvím programu Atlas/ti s využitím doslovných přepisů.

Životní situace rodinných pečujících ze zkoumaného vzorku

Jedním ze sledovaných parametrů životní situace rodinných pečujících byl zájem, možnosti a schopnost rodinných pečujících propojit poskytování domácí péče s nabídkou formálních zdrojů pomoci (tzn. profesionálních služeb). Ve zkoumaném vzorku jsme zachytili tři základní typy strategie.

První skupinu reprezentují rodinní pečující, kteří v zabezpečení potřeb seniorů představují sekundární zdroj péče. Primárním zdrojem jsou profesionální pečovatelé, obvykle pracovníci pečovatelské služby. Jedná se typicky o seniory – klienty Domu s pečovatelskou službou, kteří využívají každodenní výpomoc ze strany pracovníků pečovatelské služby. Rozhodnutí pro toto uspořádání formální a neformální péče respondenti nejčastěji zdůvodňují omezenou možností spojit péči o seniora se zaměstnáním. Dalším důvodem pak mohou být osobní limity nebo další okolnosti, jako např. nedostatečné vybavení domácnosti, a také potřeba koordinace více zdrojů poskytované pomoci (sociální, zdravotní, volnočasové aktivity). Z rozhovorů je patrné, že při rozhodování o přestěhování seniora do Domu s pečovatelskou službou je silným motivem dostupnost určité formy průběžného dohledu ze strany pracovníků pečovatelské služby. Průběžný dohled je pak vnímán jako synonymum pro větší bezpečí, což považují rodinní pečující v kombinaci se zachováním vysoké míry soukromí za klíčový aspekt udržení kvality života seniora se sníženou soběstačností, což umožňuje právě specifické bydlení v Domech s pečovatelskou službou.

Druhý typ strategie reprezentuje široká skupina rodinných pečujících, kteří jsou primárním zdrojem poskytování pomoci a podpory. Senioři, o které pečují, obvykle žijí zatím samostatně ve vlastní domácnosti, případně sdílejí společné bydlení s pečujícími. Zabezpečení potřeb seniorů je obvykle sdíleno s profesionálními poskytovateli pomoci, formální péče je v tomto případě spíše komplementární. Rozsah poskytování této formální péče a druh využívané služby pak ovlivňuje řada faktorů. Mezi rozhodující patří zdravotní stav seniora, bytové podmínky, rodinné poměry a v neposlední řadě charakter zaměstnání rodinných pečujících. Tato strategie se však jeví jednak jako zatěžující

z hlediska dalších aktivit pečujících (koníčky, sociální kontakty, ochrana zdraví), ale především jako značně náročná pro ty členy rodiny, kteří zastávají roli klíčové osoby v rámci domácí péče a musí věnovat značnou energii a čas koordinaci potřebné péče. Role koordinátora péče v situaci, kdy potřeby seniora zabezpečuje více subjektů, je velmi náročná časově i psychicky.

„Oni mně řeknou, že udělají a budou tam jenom deset minut a musí se balit dál, protože musí stihnout víc klientů. Takže já kombinuju všechny služby - charitu, červený kříž, všechno. Já bych strašně ráda přišla do té služby a tam by mně dali pracovníka, který by mně byl k ruce, klidně zaplatím, ale oni ho tam nemají.“ (vnučka, 25 let, zaměstnanec)

„Pro všední dny mám zajištěnou péči od tří institucí pro manželku. Jednak pečovatelská služba, potom tady chodí odborná sestra a odpoledne mám domluvenou osobní asistenci“. (manžel, 70 let, ve starobním důchodu)

Téměř všichni respondenti z této skupiny vnímají limity sociálních služeb, které se momentálně spolu s nimi na péči podílejí, a zvažují své další možnosti a strategie v případě zhoršení zdravotního stavu seniora. Zhoršení zdravotního stavu vytváří tlak nikoli na profesionální péči, ale na pečující, kteří však obvykle z důvodu zachování zaměstnání nebo již nedostačujících vlastních kapacit nemohou zajistit intenzivnější pomoc nebo rozšířit repertoár činností. Ze strany pečujících je tedy zvažována nutnost umístění seniora v pobytovém zařízení a část z respondentů potvrdila, že se zabývájí dostupností tohoto typu služeb v okolí.

Třetí skupinu představují rodinní pečující, kteří zabezpečují péči o seniory bez asistence profesionálních poskytovatelů. U části respondentů je důvodem momentální situace seniora, která vyžaduje pouze nárazovou nebo nenáročnou asistenci. Někteří respondenti tuto strategii sami nezvolili, ale podíleli se např. přání seniorů, kteří obtížně snášeli pomoc ze strany cizích osob, případně má toto uspořádání konsekvenci se vztahy v rodině. Dalším důvodem poskytování péče výhradně ze strany rodinných pečujících bez asistence dalšího subjektu je malá orientace v nabídce profesionální pomoci, případně reálná nedostupnost takové pomoci, kterou by v dané situaci potřebovali. V takových případech je pro rodinné pečující mimořádně náročné sladit poskytování pomoci s pracovními povinnostmi a obdobně jako v předchozí skupině, při zhoršení zdravotního stavu jako první možnou volbu pro řešení situace zvažují podání žádosti do pobytového zařízení.

Za poměrně závažné zjištění lze považovat velmi nízkou obeznamenost rodinných pečujících se systémem sociálních služeb a dalšími dostupnými zdroji pomoci, kromě výše zmíněného příspěvku na péči. Výjimku představují respondenti, kteří vzhledem ke svému vzdělání nebo profesnímu uplatnění v sociální oblasti vykazují orientaci ve struktuře a nabídce profesionální péče. Určitou výhodou představuje také sdílení péče s profesionálními poskytovateli služeb, kteří mohou potřebné informace zprostředkovat,

zejména toto platí u seniorů v chráněných bytech v Domě s pečovatelskou službou. Oslovení pečující např. spontánně nezmiňovali sociální pracovníky obecních/městských úřadů jako zdroj informací. Respondenti také nevykazovali přehled o plánovaných změnách národní politiky, jako např. uvažovaná pečovatelská dovolená, někteří neměli povědomí ani o valorizaci příspěvku na péči.

Jak bylo zmíněno v úvodu tohoto textu, podpora rodinných pečujících je v současné době nedílnou součástí strategie stárnutí a stárí v České republice. Nicméně aby mohly rodiny svoji roli v péči o seniora naplnit, je nezbytné budovat dobře rozvinutý systém nástrojů pomoci (včetně dostupných veřejných služeb), který umožní efektivní propojení rodinné a profesionální pomoci, ale také nástrojů přímo zaměřených na podporu pečujících (Shea a kol, 2003). V této souvislosti mnozí autoři (např. Payne, 2009; Repková, 2016) upozorňují, že transformace pomoci od pobytové péče směrem ke stárnutí v přirozeném prostředí vyžaduje také změnu pojetí sociální práce, resp. silnější důraz na rozvoj koordinačního potenciálu sociální práce. Na základě sondy do strategie pečujících rodin, která je prezentovaná v tomto textu, lze konstatovat, že právě koordinace péče se jeví jako faktor, který může významně podpořit kapacitu rodinných pečujících jak pro zvládání každodenních povinností, tak případné sladění pracovní a rodinné aktivity. Naopak absence koordinační podpory může být činitelem, který ovlivňuje rozhodování rodinných pečujících směrem k využití pobytových sociálních služeb.

Literatura

- Havlíková, J. 2012. Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi. *Sociální práce/Sociálna práca*, 4 (12): 102-112.
- Holmerová I. at al. 2013. Long-term care prevention and provision in Czech communities. In: Macková, M. (ed.). *Long Term Care of the Elderly*. Brno: Tribun EU, pp. 25-31. '
- Hubíková, O. 2015. Podpora pečujících jako předpoklad úspěšného setrvání seniorů v přirozeném prostředí. In Kubalčíková, K. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno, MuniPress, s. 43-68.
- Jeřábek, H. a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha, SLON.
- Payne, M. 2009. *Social Care Practice in Context*. Basingstoe: Palgrave Macmillan.
- Repková, K. 2016. *Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb*. Bratislava: Inštitút pre výzkum práce a rodiny.
- Shea, D.G. at al. 2003. Exploring assistance in Sweden and the United States, *Gerontologist*, 43: 712-721.

Finský zákon o podpoře soběstačnosti (funkční kapacity) stárnoucí populace a o sociálních a zdravotních službách péče pro seniory

Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví Finska

Platí pouze ve Finsku a Švédsku

Zdroj: https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2012/en20120980_20120980.pdf

Evropské sociální piliře zveřejněné v loňském roce s sebou jistě nesou otázku po právu stárnoucí osoby na potřebnou péči a také na její zajištění. Jako příspěvek k úvahám, jak řešit tyto otázky u nás doma, předkládáme *Zákon o podpoře soběstačnosti (funkční kapacity) stárnoucí populace a o sociálních a zdravotních službách péče pro seniory*, platný ve Finsku od roku 2013. To vše zesíleno v kontextu výstupů letošního dotazníkového šetření pro obce zveřejněných v tomto sborníku, kde si zástupci sociálních odborů pokládají otázku, jak zabezpečit stále přibývajících počty osob, které nemají nárok na starobní důchod, nemají bydlení a mají onu sníženou soběstačnost.

Tento zákon je jednoznačně postaven na obcích, které zajišťují a mají povinnost zajistit služby, a to ne ledajaké, takové, jaké odpovídají kvalitě života, soběstačnosti a nezávislému žití stárnoucích osob na principu rovnosti, myšleno rovné přístupnosti a rovné dostupnosti (lokální). Proto se hovoří o centralizaci jako jevu, který je třeba obhajovat a vysvětlovat. Služby mají být dostupné prostorově, tedy nablízku.

Veliký důraz je kladen na služby v domácnosti, samozřejmě proto, aby mohly stárnoucí osoby setrvat ve svém domácím prostředí. S tím jde ruku v ruce důraz na terénní, ambulantní služby a na rehabilitace. Důsledkem je nezávislé žití v obcích se zaměřením na kvalitu života, soběstačnost a začlenění starších osob.

Myšleno je i na partnerské vztahy: starší seždané nebo společně žijící páry musí mít možnost soužití, i na důsledné zapojování starších osob do života obce: Rada starších je ustavena jako běžná součást politického a správního systému. Pravidelně jsou vytvářeny plány stárnutí.

Objevuje se tu i zrcadlení koordinátora systému integrovaných podpůrných služeb pro seniory (SIPS) – je to určený pracovník zodpovědný za stárnoucí osoby v oblasti poskytování služeb a jejich koordinace.

Určitě lze hovořit o tomto zákonu jako o dobré inspiraci na cestě ke společnosti dlouhověkosti.

Kapitola 1 Obecná ustanovení

Sekce 1 – Záměr (Podmínky)

Záměrem tohoto zákona je:

- Podpořit kvalitu života, zdraví, funkční kapacitu a nezávislost stárnoucí populace
- Zlepšit příležitosti stárnoucí populace k účasti na přípravě rozhodnutí ovlivňující jejich životní podmínky a při rozvoji služeb, které potřebují na úrovni obcí
- Zlepšit přístup starších lidí (seniorů) k sociálním a zdravotním službám na vysoké úrovni stejně jako doprovázení při užívání dalších služeb, které jsou pro ně dostupné v souladu s jejich individuálními potřebami a ve vhodném čase, kdy to vyžaduje jejich zhoršující se funkční kapacita (snižující se soběstačnost)
- Posílit možnosti starších lidí (seniorů) ovlivňovat obsah a formy poskytování sociálních a zdravotních služeb a péče, které jsou jim poskytovány, a přispívat k rozhodování s ohledem na jejich potřeby.

Tento zákon stanoví následující ustanovení:

- zodpovědnost místních autorit podporovat kvalitu života, zdravou soběstačnost a nezávislé žití stárnoucích lidí a zabezpečit sociální a zdravotní služby a péči, které stárnoucí lidé v obcích potřebují
- zkoumat potřebnost seniorských služeb a účinně reagovat na výstupy
- zajistit kvalitu služeb poskytovaných starším lidem (seniorům)

Tento zákon je vztažen k problematice obsažené v podsekcí 1 v dodatku, který je uvádí:

- Zákon o sociální péči (social welfare) (710/1982);
- Zákon o zdravotní péči (1326/2010);
- Zákon o podpoře neformální péče ((937/2005);
- Zákon o službách a asistenci pro postižené (380/1987);
- Zákon o speciální péči o osoby s mentálním postižením (519/1977);
- Zákon o sociální péči pro osoby s drogovou závislostí (41/1986);
- Zákon o duševním zdraví (1116/1990);
- Zákon o postavení a právech klientů služeb sociálního státu (social welfare) (812/2000)
- Zákon o postavení a právech pacientů (785/1992);
- Zákon o soukromých sociálních službách 922/2011); a
- Zákon o soukromých zdravotních službách (152/1990).

Opatření tohoto zákona jsou určena pro místní autority a obrací se také k místní samosprávě v souvislosti se službami v oblastech vztažených k Zákonu o restrukturalizaci místních samospráv a služeb (169/2007).

Sekce 3 – Definice

Pro účely tohoto zákona:

- Stárnoucí populací se rozumí část populace, která dosáhla věk určený k odchodu do (starobního) důchodu.
- Seniolem/stárnoucí osobou se rozumí osoba, jejíž psychická, kognitivní, mentální a sociální funkční kapacita je narušena díky nemoci nebo úrazu, která začíná, narůstá nebo se zhoršuje ve vysokém věku nebo jako důsledek degenerace spojené s vysokým věkem;
- Pečovatelskou jednotkou se rozumí funkční uskupení služeb poskytovaných veřejnými nebo soukromými poskytovateli služeb, pokud jsou služby nabízeny

především seniorům, a to v zázemí poskytovatele služeb nebo ve vlastním domově seniora.

Kapitola 2

Všeobecné zodpovědnosti místních autorit

Sekce 4 – Spolupráce

Různé oblasti zodpovědnosti obcí musí spolupracovat při podpoře kvality života, zdraví, funkční kapacity (soběstačnosti) a nezávislého žití stárnoucí populace.

Navíc místní autority musí kooperovat s veřejnými sdruženími, společnostmi, nestátními organizacemi zastupujícími stárnoucí populaci a s dalšími neziskovými organizacemi působícími v obci k podpoře kvality života, zdraví, soběstačnosti a nezávislého žití stárnoucí populace.

Sekce 5 – Plánování podpory stárnutí populace

Místní autority musí sestavit plán opatření k podpoře kvality života, zdraví, funkční kapacity (soběstačnosti) a nezávislého žití stárnoucí populace stejně jako organizovat a rozvíjet služby a opatření k rozvoji služeb a neformální péče potřebné pro stárnoucí obyvatele. Plán musí podepřít setrvání seniora ve vlastním domově a opatření na podporu rehabilitace. Plán musí být sestaven jako součást strategických plánů místních autorit. Plán je schválený místní radou a je aktualizovaný každé funkční období rady.

Plán odkazuje na povinnosti v podkapitole 1:

- Hodnotit stav kvality života stárnoucí populace, vhodnost a kvalitu dostupných služeb pro seniory a faktory ovlivňující potřeby služeb pro seniory;
- Stanovení překážek v podpoře kvality života, zdraví, funkční kapacity (soběstačnosti) a nezávislého života stárnoucí populace stejně jako rozvíjení objemu a kvality služeb nabízených stárnoucí populaci;
- Stanovení opatření, která místní autority musí přijmout na základě zjištěných překážek popsanych v odstavci 2 a současně odhadnout zdroje potřebné k začleňování opatření lokálními autoritami;
- Stanovit odpovědnost v různých oblastech, za které odpovídá obci při začleňování opatření uvedených v odstavci 3; a

- Stanovit způsob kooperace s partnery uvedenými v sekci 4 (2). Místní autority musí vzít plán v úvahu při přípravě obecních rozhodnutí ovlivňujících status stárnoucí populace a potřebné služby pro seniory, rozpočet a rozpočtový plán uvedený v sekci 65 zákona o místní správě (365/1995) a Zprávy o kvalitě života uvedené v sekci 12 (1) v Zákonu o zdravotní péči.

Sekce 6 – Hodnocení vhodnosti a kvality služeb

V návaznosti na ustanovení v sekci 5 (2) (1), musí rozhodovací orgány zodpovědné za kvalitu života v obcích každoročně vyhodnocovat vhodnost a kvalitu sociálních služeb potřebných pro seniory v dané oblasti.

Aby bylo možno vyhodnocovat kvalitu a vhodnost služeb, místní autority musí pravidelně shromažďovat (sbírat) zpětnou vazbu od uživatelů služeb, jejich rodinných příslušníků a ostatních blízkých osob, a od pracovníků obcí. Dále místní autority musí sbírat informace o finančních zdrojích využitelných pro služby a počty a odbornost personálu. Pozorování prezentovaná obecním ombudsmanem pro sociální služby ve výroční zprávě musí být zohledněna při vyhodnocování.

Sekce 7 – Dostupnost a vstup do služeb

Místní autority musí nabízet sociální služby pro svoji stárnoucí populaci v požadované kvalitě a odpovídajícím rozsahu, jak je požadováno pro kvalitu života, sociální bezpečí a funkční kapacitu (soběstačnost) stárnoucí populace v obci. Nabízené služby musí být dostupné pro stárnoucí populaci na principu rovnosti.

Místní autority musí nabízet sociální služby uvedené v podsekci 1 blízko klientům, pokud není nutná centralizace z důvodu zajištění jejich kvality a bezpečnosti.

Sekce 8 – Jazyk ve službách

Jednojazyčné obce a příslušné obecní autority musí nabízet služby podporující kvalitu života stárnoucí populace uvedené v tomto zákoně, rovněž tak služby spojené se zjišťováním potřeb služeb pro stárnoucí osoby a jejich řešení v jazyku obce nebo příslušných obecních autorit.

Dvojazyčné obce a příslušné obecní autority nebo sdružené finsko-švédské obce musí nabízet tyto služby ve finštině a švédštině a uživatel služeb obdrží služby v jazyku podle svého vlastního výběru. Ustanovení práva používat finštinu nebo švédštinu, mluvenou nebo k získání dokumentů obsahujících rozhodnutí ve finštině nebo švédštině a právo na překlad při užívání těchto jazyků v úředním jednání, je ukotveno v sekci 10,18 a 20 Jazykového zákona (423/2003).

Lokální autority a příslušné obecní autority musí také zohlednit, aby severští obyvatelé mohli, pokud je to nezbytné, hovořit jejich vlastním jazykem, tj. finština, dánština, islandština, norština nebo švédština, když využívají služby uvedené v podkapitole 1. Obecní autority a příslušné obecní autority v nemocniční oblasti musí v nejvyšší možné míře dohlédnout, aby bylo severským obyvatelům zajištěno nutné tlumočení a překladová asistence.

Nabídka práva na využití jazyka Saami je uvedena v Zákoně o jazyku Saami.(1086/2003).

Sekce 9 – Zdroje místních autorit

V návaznosti na ustanovení v sekci 4 (1) v Zákoně o zdravotní péči o přidělování zdrojů na podporu zdraví a kvality života a pro poskytování služeb zdravotní péče, musí být místním autoritám transferem z centrální úrovně přiděleny adekvátní zdroje na začlenění plánu zmíněného v sekci 5, aby podpořily soběstačnost (funkční kapacitu) a nezávislé žití stárnoucí populace a také nabízely sociální služby stárnoucím občanům.

Místní autority jsou dále povinny podporovat kvalitu života, zdraví, funkční kapacitu (soběstačnost) a nezávislý život stárnoucí populace přidělením (vyčleněním) zdrojů také na ostatní aktivity, jiné než jsou popsány v podkapitole 1.

Sekce 10 – Expertízy

Místní autority musí mít dostačující a vícezdrojové odborné posudky a studie podporující kvalitu života, soběstačnost a nezávislé žití stárnoucí populace, sloužící také pro potřeby jak sociálních, tak zdravotních služeb v tak vysoké kvalitě, jaká je potřebná pro stárnoucí populaci. Speciální studie (posudky/expertízy) musí být dostupné především v oblasti zlepšení kvality života a zdraví, gerontologické péče a sociální práce, geriatrické, farmakoterapeutické, nutriční a multiprofesionální rehabilitace a verbální zdravotní péče.

Sekce 11 – Rada starších

V dodatku k tomu, co je uvedeno v sekci 27 v Zákoně o místní správě o příležitostech místních obyvatel na participaci a prosazení vlivu, musí místní autority ustavit radu starších, která zajišťuje příležitost stárnoucí populace na účasti a prosazení vlivu. Současně má rada naplňovat nezbytné předpoklady pro tuto činnost.

Rada starších musí být začleněna do přípravy plánu popsaného v sekci 5 a do hodnocení stanoveného v sekci 6. Radě musí být nabízena příležitost ovlivnit plánování, přípravu a monitorování aktivit v různých oblastech zodpovědnosti - správy obce s ohledem na jejich význam pro kvalitu života, zdraví, začleňování, životní prostředí, bydlení, mobilitu a denní činnosti pro stárnoucí obyvatele a služby, které stárnoucí populace potřebuje.

Sekce 12 – Služby zlepšující kvalitu života

Místní autority musí nabízet poradenství, které podporuje kvalitu života, zdraví, funkční kapacitu (soběstačnost) a nezávislý život stárnoucí populace.

Dále místní autority musí nabízet zdravotní kontroly, schůzky a domácí návštěvy, které podporují kvalitu života, funkční kapacitu (soběstačnost) a nezávislý život především pro ty členy stárnoucí populace, jejichž životní podmínky a životní situace zahrnuje rizikové faktory zvyšující potřebnost služby vyhodnocenou v souladu s výstupy výzkumu nebo na základě obecné životní zkušenosti.

Služby uvedené v podkapitole 1 a 2 musí zahrnovat:

- doprovázení nasměrované k podpoře kvality života, zdravého životního stylu a funkční kapacity (soběstačnosti), stejně jako k prevenci nemocí, zranění následkem nehody a nehody jako takové;
- identifikaci sociálního a zdravotního problému zapříčiněného poškozeným zdravím nebo sníženou soběstačností stárnoucí populace a poskytnutí včasné podpory;
- doprovázení zohledňující kvalitu života a další sociální bezpečí;
- doprovázení zohledňující zdravotní péči, multiprofesní rehabilitaci a bezpečnou farmakoterapii;
- doprovázení při využívání služeb podporujících kvalitu života, zdraví, funkční kapacitu (soběstačnost) a nezávislé žití v obci.

Kapitola 3

Potřebnost služeb pro starší osoby a jak s ní pracovat

Sekce 13 – Obecné principy odpovídající potřebnosti služby

- Místní autority musí nabízet/poskytovat starším osobám sociální a zdravotní služby na vysoké úrovni, tak aby časově a vhodností odpovídaly jejich potřebám.
- Služby musí být nabízeny tak, aby podporovaly kvalitu života, zdraví, funkční kapacitu (soběstačnost), nezávislé žití a začlenění starších osob. Při předcházení potřebě dalších služeb je třeba věnovat pozornost zejména službám

podporujícím rehabilitaci a službám poskytovaným ve vlastní domácnosti stárnoucí osoby.

- Doporučení uvedená v sekci 12 (3) musí být zahrnuta jako nezbytná ve všech sociálních a zdravotních službách nabízených stárnoucí osobě.

Sekce 14 – Principy poskytování dlouhodobé péče a pozornosti/podpory

- Místní autority musí organizovat dlouhodobou péči a pozornost/podporu starším osobám především prostřednictvím těch sociálních a zdravotních služeb a péče, které jsou poskytovány ve vlastní domácnosti stárnoucí osoby nebo v jiné domácnosti, která je místem pobytu, a které jsou způsobeny co do obsahu a rozsahu tak, aby v daném čase odpovídaly potřebám služeb pro staršího člověka.
- Dlouhodobá péče a podpora /pozornost může být poskytována formou institucionální péče pouze tehdy, pokud jsou pro ni zdravotní důvody nebo je nezbytná k zajištění důstojného života a bezpečné péče pro stárnoucí osobu.
- Sociální a zdravotní pečovatelské služby zabezpečující dlouhodobou péči a podporu musí služby nabízet tak, aby stárnoucí osoba mohla cítit, že žije bezpečný, smysluplný a důstojný život a může setrvávat v sociálních kontaktech a účastnit se smysluplných aktivit podporujících a udržujících její kvalitu života, zdraví a funkční kapacitu (soběstačnost). Starší seždané nebo společně žijící páry musí mít možnost soužití.
- Místní autority musí zajistit časově neomezené poskytování dlouhodobé péče způsobené stárnoucí osobě, bez ohledu na to, zda je nutno měnit nastavení péče podle měnících se potřeb stárnoucí osoby nebo z důvodu změn potřebných služeb nebo z jakéhokoli jiného důvodu.

Sekce 15 – Posuzování potřebnosti služby

Lokální autority zodpovídají za zajištění toho, že potřeba stárnoucí osoby čerpat pečovatelské služby podporující její kvalitu života, zdraví, funkční kapacitu (soběstačnost) a nezávislý život bude posuzována současně se stárnoucí osobou, a je-li to nezbytné, s rodinnými příslušníky, blízkými osobami nebo stanoveným opatrovníkem. Pracovník s rozsáhlou posudkovou a odpovídající kvalifikací, jak je popsáno v Zákoně o kvalifikaci vyžadované u profesionálů v sociálních službách (272/2005) nebo v sekci 2 Zákona o odbornících ve zdravotních službách (559/1994), je zodpovědný za posuzování potřebnosti služeb. Pracovník zodpovědný za posuzování potřebnosti služeb musí spolupracovat s ostatními odborníky popsány v sekci 10, a to při zohlednění potřeb stárnoucí osoby.

Posuzování musí být zahájeno bezprostředně a dokončeno bez zbytečného prodlení:

- poté, co stárnoucí osoba požádá o posouzení potřebnosti sociálních služeb, jak je popsáno v sekci 40a Zákona o sociálních službách;
- poté, co stárnoucí osoba podá místním autoritám žádost o sociální služby k podpoře své funkční kapacity (soběstačnosti) nebo ke zvládnutí denních činností;
- ve spojitosti s aktivitami popsány v sekci 12, poté, co bylo se stárnoucí osobou dojednáno, že má potřebu pravidelné péče k podpoře své funkční kapacity (soběstačnosti) nebo při zvládnutí běžných denních činností;
- po oznámení potřebnosti služeb pro stárnoucí osobu, popsané v sekci 25, ať již samotnou stárnoucí osobou nebo rodinným příslušníkem, osobou blízkou nebo stanoveným opatrovníkem, je nutno na základě žádosti/zprávy provést šetření;
- nebo pokud dojde k základním změnám okolností v přidělení sociálních služeb nabízených místními autoritami na základní úrovni. V kontextu posuzování potřebnosti služeb pro stárnoucí osobu musí být soběstačnost posuzována srovnatelně s využitím dostupných posuzovacích nástrojů. Při hodnocení osobní funkční kapacity (soběstačnosti) musí být určeno, v jakém ohledu je osoba schopná zvládat denní činnosti v současném bydlení a životním prostředí a v jakém ohledu potřebuje podporu a pomoc. Fyzická, kognitivní, psychologická a sociální funkční kapacita (soběstačnost) stárnoucí osoby spolu s faktory vztahy k dostupnosti prostředí, bezpečnému bydlení a přístupu do komunitních služeb musí být při posuzování zohledněny.

Sekce 16 – Plán služeb

- Místní autority odpovídají za sestavení plánu pro stárnoucí osobu stanovenému v sekci 7 v Zákoně o postavení a právech kvality života klientů. Tento plán musí být sestaven bez zbytečného prodlení po posouzení potřebnosti služeb pro stárnoucí osobu, mimo případy, kdy jde pouze o dočasné poradenství či opatrovnictví, nebo je zřejmé, že sestavení plánu není nezbytné.
- Plán služeb se stanoví na základě posouzení funkční kapacity (soběstačnosti) stárnoucí osoby a typů sociální a zdravotní pečovatelské služby, která je potřebná k podpoře osobní kvality života, zdraví, funkční kapacity (soběstačnosti) a nezávislého života a k zajištění dobré osobní péče.
- Plán služeb musí být určen na základě posouzení funkční kapacity stárnoucí osoby podle druhu sociálních a zdravotních služeb potřebných k podpoře

osobní kvality života, zdraví, funkční kapacity (soběstačnosti) a nezávislého života a k zajištění dobré osobní péče. Stárnoucí osoba a, je-li to nutné, její rodinní příslušníci, osoby blízké nebo stanovený opatrovník musí diskutovat návrh na zajištění potřebného výběru služeb. Pohled stárnoucí osoby na tuto nabídku musí být zahrnut do plánu.

- Plán služeb musí být revidován/aktualizován bez zbytečného prodloužení vždy, když vyvstanou základní změny v soběstačnosti (funkční kapacitě) stárnoucí osoby, ovlivňující potřebnost osobních služeb.

Sekce 17 – Zodpovědný pracovník

Místní autority musí určit pracovníka zodpovědného za stárnoucí osobu, pokud stárnoucí osoba potřebuje pomoci v oblasti poskytování služeb a jejich koordinace.

Požadavky kladené na zodpovědného pracovníka zahrnují:

- monitorování společně se stárnoucí osobou, v případě potřeby s jejími rodinnými příslušníky, osobami blízkými nebo se stanoveným opatrovníkem, začlenění plánu služeb a jakýchkoliv změn do potřebnosti služeb stárnoucí osoby;
- udržování kontaktu s aktéry zodpovědnými za poskytování sociálních a zdravotních pečovatelských služeb a s ostatními významnými aktéry, aby bylo zabezpečeno, že potřeby stárnoucí osoby jsou naplňovány;
- poradenství a pomoc stárnoucí osobě v oblasti vztahové k přístupu ke službám a benefitům.

Zodpovědný pracovník musí naplnit kvalifikační požadavky uvedené v Zákoně o kvalifikačních požadavcích na odborníky ve zdravotní péči nebo v sekci 2 Zákona o odbornících ve zdravotní péči, aby mohl mít dostatečný vhled na služby poskytované stárnoucí osobě.

Sekce 18 – Rozhodnutí o finanční podpoře sociálních služeb a právo na služby

- Místní autority musí rozhodnout o finanční podpoře sociálních služeb nezbytně nutných pro stárnoucí osoby na základě ústní nebo písemné žádosti a nabídnout finančně podporované služby bez zbytečného prodloužení, tak aby nebylo ohroženo právo stárnoucí osoby na potřebnou péči.
- Rozhodnutí o finanční podpoře sociálních služeb jiných než nezbytně nutných musí být uděleno bez zbytečného prodloužení po obdržení psané nebo ústní

žádosti. Stárnoucí osoba má právo na sociální služby jiné než nezbytně nutné bez zbytečného prodloužení, nejpozději do tří měsíců od rozhodnutí.

- Při rozhodování je nutno brát v úvahu ustanovení v sekci 13 a 14.
- Kritériem pro posuzování vhodnosti sociálních služeb je šetření potřebnosti služeb stanovené v sekci 15, pokud je takové šetření realizováno.

Kapitola 4 Zajišťování kvality služeb

Sekce 19 – Kvalita služeb

Služby sociální a zdravotní péče poskytované stárnoucí osobám musí mít vysokou kvalitu a zajišťovat jim dobrou péči a pozornost.

Sekce 20 – Zaměstnanci

Pečovatelské jednotky musí mít zaměstnance, jejichž počet, vzdělanostní předpoklady a struktura požadavků odpovídá počtu stárnoucí osob v jejich péči, tak aby byly schopny pokrýt potřebnost služeb pro požadovanou funkční kapacitu stárnoucí osob a zajistit služby na vysoké úrovni.

Pokud je funkční kapacita stárnoucí osoby poškozena v takové míře, že potřebuje pozornost každou hodinu, pečovatelská jednotka musí mít dostatečné množství pracovníků na 24hodinové pokrytí.

Sekce 21 – Management (Řízení)

- Pečovatelská jednotka musí mít ředitele, který zodpovídá za to, aby principy uvedené v sekci 13, 14 a 19 byly převedeny do práce s klientem a aby služby vycházely vstříc dalším stanoveným požadavkům.
- Řízení pečovatelské jednotky musí být vedeno tak, aby podporovalo služby sociální a zdravotní péče orientované na klienta na vysoké úrovni, poskytovalo rehabilitativní přístup, spolupráci mezi rozličnými autoritami a profesními skupinami a rozvíjelo metody řízení.

Sekce 22 – Vybavení/Zázemí

Poskytovatel služby zodpovídá za to, že vybavení/zázemí jeho pečovatelské jednotky určené pro stárnoucí osoby je přiměřené, bezpečné, dostupné, podporující domácí prostředí, a podmínky jsou vhodné pro naplňování potřeb klientů.

Sekce 23 – Sebe-monitorování

Ředitel pečovatelské jednotky musí dohlížet na to, aby sebe-monitorování bylo prováděno v rámci jednotky za cílem zajištění kvality, bezpečnosti a vhodnosti služeb. Z tohoto důvodu jednotka musí navrhnout sebe monitorující plán, který musí být veřejně přístupný. Začlenění plánu musí být monitorováno a služby se musí rozvíjet na základě zpětné vazby získané dle stanovených pravidel od stárnoucích osob-příjemců služeb v rámci jednotky, jejich rodinných příslušníků, blízkých osob a také od pracovníků jednotky.

Národní supervizní zastupitelství pro sociální stát a zdraví může prosadit více regulací v obsahu a vypracování sebe-monitorovacího plánu a více způsobů následné implementace.

Sekce 24 – Supervize autoritami

Provádění supervize služeb pro stárnoucí osoby a následných opatření k nápravě supervizí zjištěných nedostatků probíhá v souladu s ustanoveními v sekci 55-57 Zákona o sociálním státu, v kapitole 4 Zákona o soukromých sociálních službách, v sekcích 42-45 Zákona o primární zdravotní péči (66/1972) a v Kapitole 4 a 5 Zákona o soukromé zdravotní péči.

Kapitola 5 Další opatření

Sekce 25 – Informování o potřebách služeb u stárnoucí osoby

- Pokud odborný pracovník zdravotní péče podle Zákona o odbornících ve zdravotní péči nebo zaměstnanec v systému sociálních služeb v obci, místních pohotovostních službách, v centru pro pohotovostní volání nebo na policii je informován o potřebě sociální nebo zdravotní služby a péče o stárnoucí osobu, která je zcela zřejmě neschopna starat se sama o sebe, o své zdraví a bezpečnost v budoucnosti, pak tento pracovník zdravotní péče nebo zaměstnanec musí bez ohledu na ustanovení o důvěrnosti oznámit tuto skutečnost orgánu odpovědnému za komunální sociální péči.

- V dodatku k tomu, co je uvedeno v podsekcí 1, odborní pracovníci zdravotní péče musí oznámit orgánu odpovědnému za komunální sociální zabezpečení propuštění stárnoucí osoby z institucionální zdravotní péče. Oznámení musí být provedeno v dostatečné lhůtě před propuštěním stárnoucí osoby.
- Osoby jiné než uvedené v podsekcí 1 mohou učinit oznámení bez ohledu na ustanovení o důvěrnosti, která se jich týkají.

Sekce 26 – Vytvoření veřejného čekacího listu

Místní autority musí zveřejňovat nejméně každých šest měsíců informace o tom, jak dlouho bude stárnoucí osoba čekat, než získá sociální služby, o které požádala. Tato informace musí být zveřejněna způsobem, který je pro stárnoucí osoby aktuálně vhodný a umožňuje jim tyto informace (nebo přístup k těmto informacím) získat.

Sekce 27 – Plánování a financování

Pokud není stanoveno jinak v Zákone o plánování a vládních dotacích na sociální péči a zdravotní péči (733/1992) a Zákone o transferu základních veřejných služeb z centrální na místní úroveň (1704/2009), platí pro činnost vyvíjenou místními autoritami tento zákon.

Sekce 28 – Platnost zákona

- Tento zákon vstupuje v platnost 1. července 2013.
- Sekce 5 a 6 tohoto zákona bude platná od 1. ledna 2014 a sekce 17 a 23 od 1. ledna 2015.
- Zvláštní posudky, které jsou zakotveny v sekci 10, musí být místním autoritám dostupné nejpozději do 1. ledna 2015.
- Rada starších zakotvená v sekci 11 musí být ustavena tak, aby zahájila činnost nejpozději 1. ledna 2014.

Měření nezbytná pro implementaci tohoto zákona musí být provedena před zahájením platnosti tohoto zákona.

Překlad a úvod Mgr. Olga Starostová

Korektura Eva Čápková, DiS.

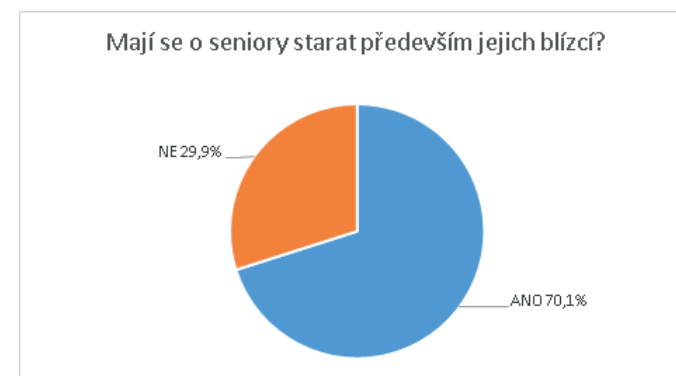
Obce s rozšířenou působností na cestě k systému integrovaných podpůrných služeb - výstupy dotazníkového šetření

Mgr. Olga Starostová

Jsou to již tři roky, co Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE realizoval průzkum telefonického dotazování v obcích s rozšířenou působností (ORP) v České republice se záměrem zmapovat možnosti podpory stárnutí v obcích. Výsledky jednoznačně prokázaly zájem o pozici koordinátora podpory seniorských služeb.

V letošním roce jsme dotazovali vedoucí odborů sociálních věcí (v některých případech sociálních věcí a zdravotnictví) pouze písemně prostřednictvím e-mailu. Účast byla 52,1 %, na tuto formu nadstandardní. Obeslali jsme všechna ORP a městské části Prahy, celkem 244 subjektů. Po druhém kole rozesílání nakonec odpovědělo 127 zástupců obcí ze všech krajů v České republice: častěji vedoucí odborů (59,1 %) nebo osoby jimi pověřené (40,9 %).

Otázka, zda zástupci odborů souhlasí, že se o seniory mají starat především jejich blízcí, přinesla jasnou odpověď. Více jak dvě třetiny odpovídajících se domnívají, že ano (70,1 %), ne odpověděla méně než třetina (29,9 %).



S tím souvisí i téma neformálních-rodinných pečujících a jejich podpora. Proto se další otázka zaměřila právě na ně a ptala se po formě obecní podpory rodinných pečujících a pečujících blízkých osob. Tato otázka byla otevřená, tzn., že odpovědi na ni byly zcela volné, bez omezení prostoru či navržených možností k výběru. Z celého počtu odpovědí se vygenerovaly 4 zásadní:

- **Terénní poradenství neformálním pečujícím** poskytuje 91 ze 127 ORP, což je 71,7 %.
- **Konzultace sociálního pracovníka** poskytuje 77 ORP, tedy 60,6 %.
- **Vzdělávání** neformálním pečujícím nabízí 32 ORP, neboli 25,2 %.
- Cíleně tuto skupinu **nepodporuje** 14 ORP, což je 11 %.

Neformální pečující jsou pro udržitelnost systému sociální a zdravotní podpory seniorů se sníženou soběstačností klíčoví, a to podporou, kterou svým blízkým v domácnostech poskytují. Z těchto výsledků je patrné, že **podpora neformálních pečujících je pokryta převážně terénním poradenstvím**, což by mělo být poradenství v domácnostech, a odbornými konzultacemi. Obojí forma je velmi vhodná a potřebná. Jiné formy podpory jsou spíše menšinové. V třetině případů je zmíněno vzdělávání neformálních pečujících, které je velmi potřebné, vždyť nejčastější otázka pečujících bývá, zda svoji péči a podporu dělají dobře. Do skupiny obvyklé podpory se zatím vůbec nedostala podpora svépomocných skupin neformálních pečujících, která je pro psychickou podporu formou sdílení také významná.

Následující otázka potvrdila, že neformální pečující **stále nejsou bráni jako plnohodnotní partneři** při nastavení a realizaci podpůrného systému, protože **tuto skupinu má jako jednu z cílových skupin komunitního plánu méně jak polovina obcí** (44,1 %).



Jaké byly uvedeny inovace, které zástupci ORP plánují ve službách seniorům v dané ORP? S ohledem na otevřenou otázku nemá význam uvádět četnosti odpovědí. Opět byly vygenerovány oblasti a odpovědi, které se významně opakovaly.

Inovace plánované ve službách seniorům v ORP:

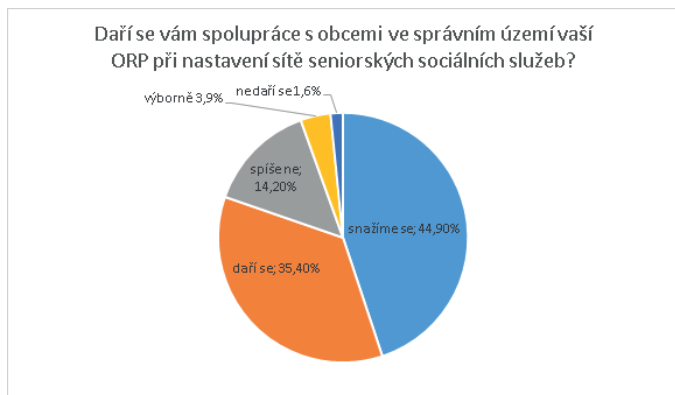
- Rozšíření a dostatečná kapacita pečovatelské služby (rozšíření pracovní doby na víkendy a večery, zefektivnění PS)
- Zaměření se na podporu a pomoc neformálním pečujícím (svépomocné skupiny, ambulantní poradenství, vzdělávání)
- Rozšíření počtu bytů s pečovatelskou službou (rekonstrukce, výstavba)
- Doprava pro seniory (MHD zdarma, zejména senior taxi)
- Výstavba pobytových služeb pro seniory
- Zavedení či rozšíření nabídky dostupných odlehčovacích služeb
- Posílení osobní asistence
- Výstavba bytových jednotek pro seniory
- Vytvoření či rozšíření služby denního stacionáře
- Vznik nových senior pointů
- Komunitní plány (nové či aktualizace)

Odpovědi na otázku po inovativních plánech **jednoznačně ukazují na obecní podporu trendu a přání seniorů, setrvat co nejdéle v domácím prostředí**. Viditelná je i snaha, zatím ne vždy uplatněná, po podpoře neformálních pečujících. Podporován je přísun informací prostřednictvím senior pointů a podpora dopravní dostupnosti. Jednotlivé odpovědi, které pracovníci uváděli: „**rozšíření pečovatelské služby do všech obcí ORP, pokud bude z jejich strany zájem**“ nebo „**dostupnost terénní pečovatelské služby i v odlehlých oblastech ORP**“ či „úplné pokrytí pečovatelskou službou“, prokazují, že systém integrovaných služeb v rámci správních území ORP začíná být nastavován na celém správním území ORP, kde mohou být terénní a ambulantní služby dostupné všem obyvatelům všech obcí, bez ohledu na velikost či polohu.

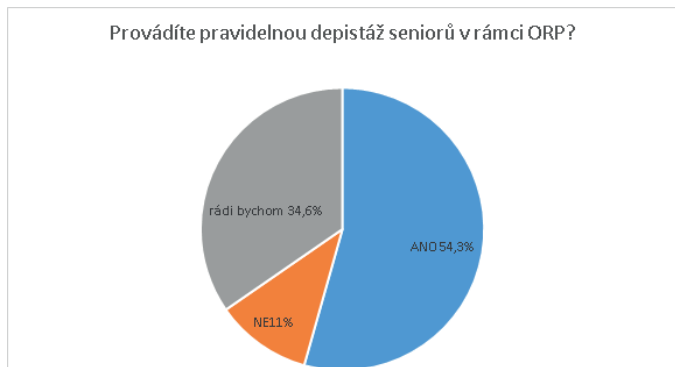
Vybírám také zajímavé jednotlivé inovace. Patří sem jistě i neplacená služba – terénní podpora osamělých seniorů setrvávajících v domácím prostředí, nebo koncepce

proseniorské politiky města na léta 2018-2022. Zmíněna je také pozice koordinátora podpory na sociálním odboru města. Inovativní je jistě také zajištění bydlení ze strany ORP pro seniory ohrožené bezdomovectvím.

Pro inovativní opatření podobně jako pro rozšiřování koncepce SIPS na celé území ORP je klíčová **meziobecní spolupráce**. Na otázku, zda **se daří spolupráce s obcemi ve správním území vaší ORP** při nastavení sítě seniorských služeb, byla nejčastější odpověď **snažíme se** (44,9 %) a **daří se** (35,4 %). Z malé četnosti u odpovědi výborně a nedaří se, což jsou ty hraniční, lze usuzovat, že spolupráce s obcemi probíhá, je snaha ji rozvíjet, zatím však nedosahuje ve většině případů ideální podoby.

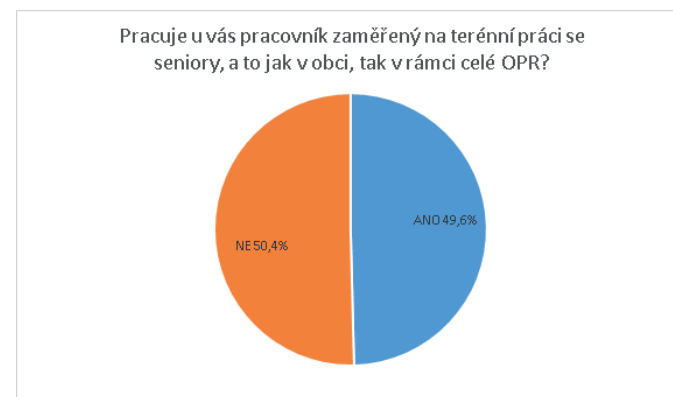


S agendou obce a také s prací koordinátora podpory seniorských služeb souvisí pravidelná **depistáž seniorů, tj. mapování potřebnosti**, které je ukotveno legislativně. Dle odpovědí ji provádí pravidelně 54,3 % odpovídajících, dále je třetina (34,6 %) těch, kteří by rádi, ale nemají dostatek času či pracovníků, neprovádí ji 11 % odpovídajících. Depistáž pravidelně realizovaná ve všech obcích na území ORP je pro naplnění podpory seniorů v domácím prostředí klíčová, znamená včasnou prevenci či podporu při řešení skrytých potřeb zejména osamělých seniorů v situaci, kterou nejsou sami schopni vyřešit.



V rámci dotazníku byla mapována také **personální podpora seniorské oblasti, a to počtem úvazků na městském úřadu ORP**. Opět se jednalo o otázku otevřenou. V 39 případech byla odpověď číselka, tedy jasný údaj, kde převažovala desetinná čísla (částečné úvazky). V ostatních odpovědích (88) zaznívaly verbální opisy situace, kdy je zřejmé, že pracovníci na sociálních odborech mají kumulované funkce a problematice podpory seniorů se věnují všichni sociální pracovníci nějakým dílem svého úvazku: „není vymezen konkrétní úvazek pro tuto skupinu, každý sociální pracovník se věnuje této oblasti“, „pro tuto problematiku žádný (pozn. pracovník), jsou vyčleněná dvě místa na sociální práci“, „sociální pracovník – 1 úvazek jak pro seniory, tak pro osoby bez přístřeší a další agendy“. V kontextu těchto odpovědí tvrzení, která někdy zaznívají, že práci koordinátora na ORP běžně dělají 3, 4 nebo 8 pracovníků v rámci kumulované funkce, nelze brát doslova. Je totiž otázka efektivity a možností dělené práce v rámci pracovní agendy, zda takoví pracovníci mají možnost řešení jednotlivých případů, tedy na case management, včetně vyhodnocení řešení. Zda mohou, mají prostor a podmínky pro aktivní depistáž ve všech obcích v rámci správního území ORP. Obce, kde pozici koordinátora či jednoho sociálního pracovníka vyčleněného na podporu seniorů mají, v porovnání s předchozími zkušenostmi jednoznačně preferují nekumulované funkce a jednu oblast specializace (viz výstupy pilotního ověření SIPS v ORP, IDS Diakonie ČCE 2017).

S tématem depistáže a meziobecní spolupráce souvisela i otázka, **zda má ORP pracovníka zaměřeného na terénní práci se seniory**, a to jak v obci, tak v rámci celé ORP. V téměř polovině ORP (49,6 %), které se výzkumu účastnily, takového pracovníka mají (obvykle pravděpodobně s kumulovanou funkcí, který má na starosti více cílových skupin či jiné formy podpory). V polovině participujících ORP takový pracovník není. Odpověď na tuto otázku ukazuje, že SIPS opravdu není samozřejmostí sociální práce na všech obcích, jak někdy v rámci diskusí na seminářích pořádaných IDS Diakonie ČCE zaznívá.



Poslední otázka dotazníku mapovala **témata, která pracovníci sociálního odboru ORP považují za podceňovaná či přehlížená**. Reflexe je nastavena velmi progresivně podle šíře témat, která se objevila. V souladu s předešlými výzkumy a trendy, i s ohledem na odpovědi uvedené v tomto dotazníku, je vidět, že jsou nastaveny sdílené priority zohledňující přání seniorů, které se vždy nedaří realizovat v rámci komunální politiky. Pak jsou témata, která existují jako otázky bez odpovědí. Do této kategorie spadá **dostatečná systémová péče a podpora také ve formě rezidenční služby pro seniory s psychickým onemocněním a osoby se sníženou soběstačností bez nároku na starobní důchod**.

Téma, které se obce snaží řešit a jehož aktuálnost je vzrůstající, je **oblast dostupného bydlení vhodného pro seniory**. Jedná se tedy o bydlení bezbariérové včetně bezbariérového okolí. **Aktivizace seniorů jako prevence onemocnění a osamělosti** je významným tématem, kterému by se dlouhodobě společnost měla věnovat. Velmi často zmiňované je **téma podpory a pomoci neformálním pečujícím, a to ve formě sdílení – svépomocných skupin, odlehčovací služby, služeb pro pečující** či zohlednění při předčasném odchodu do důchodu z důvodu péče. Jako kapacitně nedostatečné jsou nahlíženy sociální služby terénní a pobytové, kdy v řadě obcí nejsou terénní služby dostupné vůbec.

V oblasti seniorských služeb je patrný stálý posun a jasnější zakázka směřovaná k podpoře seniorů v domácím prostředí a podpoře neformálních pečujících jako klíčových partnerů při naplnění cílů systému sociálních služeb, který je udržitelný, profesionální, komunitní a integrovaný. Samozřejmostí by měla být férová dostupnost základních služeb a možnost výběru, tj. aby pro každého občana byly lokálně dostupné terénní a ambulantní služby. Aby rezidenční a ne-rezidenční služby v různých variantách pro odlišné cílové skupiny byly reálné ne v perspektivě let, ale měsíců.

<https://www.dustojnestarnuti.cz/nase-projekty/starsi-projekty/projekt-podpora-rozvoje-komunitnich-sluzeb/vystupy-projektu/>

Autoři

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Internista, geriatr, publicista, průkopník moderní geriatry, předseda správní rady Cesty domů a místopředseda správní rady Života 90. Přednáší na odborných fórech, na Filosofické fakultě a Evangelické teologické fakultě UK. Je členem Etické komise ČLK, spolupracuje s úřadem Veřejného ochránce práv, byl členem Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a náměstkem ministra pro lidská práva. Jeho návrh Systému integrovaných podpůrných služeb v komunitě (SIPS) je uceleným souhrnem informací, znalostí, dovedností, aktérů a přístupů, které lze v dlouhodobě podpoře starých lidí se závažně ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností a jejich rodin využít. Současně může sloužit jako vodítko pro koordinaci celkového postupu a služeb.

PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D.

Vystudovala sociologii a sociální práci-sociální politiku. V současné době působí na Katedře sociální politiky a sociální práce FSS MU a jako výzkumná pracovnice brněnské pobočky Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. Dlouhodobě se věnuje tématům politiky sociálních služeb, poskytování sociálních služeb na místní úrovni a komunitnímu plánování sociálních služeb. V posledních letech se podílí na řešení projektů zaměřených na výkon sociální práce na místní úrovni, působí jako metodička komunitního plánování. Dlouhodobě spolupracuje na projektech rozvoje sociálních služeb a sociální práce.

Mgr. Jana Marková

Od roku 2017 působí jako sociální pracovnice pro seniory na Městském úřadě Roudnice nad Labem. Osm let pracovala jako zdravotně sociální pracovník v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích a 1 rok v pečovatelské službě. Vystudovala bakalářský obor sociální práce na UJEP a na UK magisterský obor řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Je absolventkou kurzu pro sociální pracovníky pracující ve zdravotnických zařízeních. Je registrovaná u ČAS jako zdravotně-sociální pracovnice schopná výkonu práce bez odborného dohledu.

Mgr. Dana Poustková

Od roku 2013 působí jako terénní sociální pracovnice pro seniory a lidi se zdravotním postižením na Městském úřadě Mělník. Po absolvování vysokoškolských studií pracovala na různých pozicích v sociálních službách neziskových organizací a města, naposled šest let jako vedoucí oddělení dávek sociální péče Města Mělník a dva roky jako sociální pracovnice chráněné bydlení o. s. Zahrada. Vystudovala obor sociální práce – bakalářské studium na UJEP, a obor sociální práce – magisterské studium na Univerzitě Hradec Králové.

Mgr. Olga Starostová

Vystudovala sociologii a sociální politiku na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze a současně Pedagogickou fakultu tamtéž. Od roku 2014 působí v Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE, kde se zabývá implementací SIPSu v obcích v České republice, integrovanou péčí s předpokladem podpory bydlení seniorů a výzkumnou činností. Externě působí na Fakultě humanitních studií UK Praha a jako dobrovolník koordinuje spolek seniorů v obci, kde žije.

Co dělá koordinátor:

1

Poskytuje informace

Vyzná se v nabídce sociálních služeb, doporučí, o jaké sociální dávky je možné žádat, poradí, co dělat při ztrátě zaměstnání v před důchodovém věku. V případě potřeby zprostředkuje odbornou pomoc.

2

Zlepšuje informovanost seniorů

Má hodiny vyčleněné pro veřejnost, pořádá a vystupuje na veřejných akcích, pravidelně publikuje novinky a informace v oblasti seniorské politiky. Informace zveřejňuje na webu projektu, facebookovém profilu, v tiskových materiálech.

3

Spolupracuje s partnery projektu

Jako zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí komunikuje s krajskými a obecními úřady, neziskovými organizacemi.

4

Podílí se na zpracování strategie krajské seniorské politiky a pomáhá zavádět konkrétní opatření do praxe

Zabezpečuje činnost regionální platformy a pracovní skupiny, připravuje náměty, zpracovává podklady, dohlíží nad výstupy.

„Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň“

projekt na podporu a rozšíření politiky přípravy na stárnutí napříč ČR



S dotazy či připomínkami nás neváhejte kontaktovat.



#seniorivkrajích



Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčním právu 1
128 01 Praha 2



www.seniorivkrajich.mpsv.cz

Kontakty:

[seniorivkrajich](https://www.facebook.com/seniorivkrajich)



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Stárnutí v Česku:
Česká populace stárne.
Zařímco v současné době činí počet osob starších 65 let 1,9 milionu, v roce 2050 stoupne na 3,2 milionu. V té době bude starší 65 let třetina osob.

#seniorivkrajích

Hlavní cíle projektu:

Výbudovat komplexní přístup k politice stárnutí. S tím souvisí začlenění agendy přípravy na stárnutí do existujících strategických a rozvojových dokumentů jednotlivých krajů. Neméně důležitá je také tvorba místních strategií a plnění jejich opatření v praxi.

Zvýšit povědomí široké veřejnosti i všech orgánů státní správy a samosprávy o výzvách a dopadech demografického vývoje v ČR a v daném regionu.

Zlepšit mediální obraz stárnutí a stáří a zároveň zabránit šíření negativních sdělení, která vyplývají z neznalosti dané problematiky a výrazně ovlivňují klima ve společnosti.

Zřídít regionální síť poradenských center a rozšířit možnosti poradenství pro starší osoby a seniory.

Zvýšit informovanost starších osob a seniorů ve zdravotní, sociální, finanční a spotřebitelské oblasti a předcházet tím problémům, se kterými se seniorská veřejnost potýká.

Jak jich dosáhneme:

- Spolupracujeme s kraji a obcemi, které znají nejlépe potřeby svých obyvatel a mohou snáz realizovat řadu konkrétních opatření.
- Máme 14 koordinátorů ve všech krajích ČR, kteří zastrešují aktivitu projektu v daném regionu. Jejich kanceláře jsou otevřené pro veřejnost.
- Pořádáme veřejné diskuze, tzv. kulaté stoly, k tématům politiky stárnutí, kam zveme odborníky i veřejnost.
- Šíříme informační a osvětové kampaně zaměřené na problematiku stárnutí.

Co bude výstupem:

Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2018 - 2022, podporující pozitivní stárnutí a rozvoj seniorských politik na úrovni jednotlivých krajů a také koncepce seniorské politiky v jednotlivých krajích s následným jednáním.



Kontakty:

Mgr. Andrej Dan Bárdoš	Krajský koordinátor, hlavní město Praha	778 716 523	andrej.bardos@mpsv.cz
Bc. Miloslav Čermák	Krajský koordinátor, Karlovarský kraj	731 670 007	miloslav.cermak@mpsv.cz
Mgr. Jana Frolichová	Krajská koordinátorka, Královéhradecký kraj	728 483 919	jana.frolichova@mpsv.cz
RNDr. Marie Krutzková	Krajská koordinátorka, Kraj Vysočina	770 116 500	marie.krutzkova@mpsv.cz
Mgr. Zuzana Gašková	Krajská koordinátorka, Jihoomoravský kraj	737 931 390	zuzana.gaskova@mpsv.cz
Mgr. Pavla Rechtačková	Krajská koordinátorka, Liberecký kraj	777 137 839	pavla.rechtackova@mpsv.cz
Bc. Václav Zatloukal	Krajský koordinátor, Olomoucký kraj	792 301 159	vaclav.zatloukal@mpsv.cz
Mgr. Jindřich Tauber	Krajský koordinátor, Pardubický kraj	778 716 720	jindrich.tauber@mpsv.cz
Bc. Lenka Tomanová	Krajská koordinátorka, Ústecký kraj	734 616 901	lenka.tomanova@mpsv.cz
Bc. Alena Bártíková, DiS	Krajská koordinátorka, Jihočeský kraj	770 147 923	alena.bartikova@mpsv.cz
Ing. Pavla Kašáková	Krajská koordinátorka, Moravskoslezský kraj	778 455 759	pavla.kasasova@mpsv.cz
Mgr. Irena Kadlčíková	Krajská koordinátorka, Plzeňský kraj	776 292 573	irena.kadlickova@mpsv.cz
Bc. Martina Doupčková	Krajská koordinátorka, Středočeský kraj	778 455 760	martina.doupcovcova@mpsv.cz



institut
důstojného
stárnutí

ISBN 978-80-87953-34-1

Stárnout doma, v místě, v obci – sborník

podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích

Vydala Diakonie ČCE v roce 2016 v rámci projektu
„Stárnout doma – mezinárodní zkušenosti s inovativními přístupy v terénních
a ambulantních službách pro seniory“

Vytiskla tiskárna Perfect Print Services

Grafická úprava: Alegra studio, Praha.

Vydání první. Počet stran 56.

www.dustojnestamuti.cz



