



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

SOUHRNNÁ VÝZKUMNÁ ZPRÁVA PROJEKTU

„Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“



Identifikace projektu: „*Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení*“, TAČR reg. číslo: TL 01 0000 32.

Řešitel: *doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.*

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

ISBN 978-80-7394-846-7

České Budějovice, prosinec 2020

OBSAH

Autorství.....	4
Shrnutí	5
1 VYMEZENÍ PROJEKTU DLE PROJEKTOVÉ ŽÁDOSTI.....	6
Harmonogram projektu a popis činností	7
Řešitelský tým	10
Aplikační garanti	10
2 REALIZACE PROJEKTU V JEDNOTLIVÝCH LETECH ŘEŠENÍ	12
2.1 Průběh realizace projektu – rok 2018	12
2.1.1 Spolupráce s aplikačním garantem	12
2.2 Průběh realizace projektu – rok 2019	13
2.2.1 Spolupráce s aplikačním garantem	14
2.3 Průběh realizace projektu – rok 2020	14
2.3.1 Spolupráce s aplikačním garantem	15
3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ŘEŠENÍ	16
3.1 Metody využité při řešení projektu	32
4 VÝSTUPY PROJEKTU	34
4.1 Návrh modelu péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení	34
4.2 Komunitní péče.....	36
4.3 Multidisciplinární spolupráce v systému péče o seniory – dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem.....	39
4.4 Ošetrovatelská péče v kontextu multidisciplinární péče o seniory.....	56
4.5 Kruhová podpora týkající se komplexní zdravotně-sociální péče o seniory v kontextu třístupňového bydlení pro seniory	61
4.6 Příklady dobré praxe v rámci poskytování multidisciplinární péče o seniory	64
4.6.1 Koncept bazální stimulace	64
4.6.2 Psychobiografický model péče prof. E. Böhma.....	69
4.6.3 Smyslová aktivizace podle Lore Wehner při poskytování ošetrovatelské péče klientům domova pro seniory	69
4.6.4 Validace podle Naomi Feil® a Integrativní Validace podle Richard®	72
4.6.5 Realizace paliativní péče u poskytovatelů sociálních služeb.....	79
4.7 Standardy kvality v systému sociálních služeb v kontextu modelu péče o seniora v konceptu třístupňového bydlení.....	83

4.7.1 Sociální poradenství v systému sociálních služeb	84
4.7.2 Domy s pečovatelskou službou.....	85
4.7.3 Domovy pro seniory	86
4.7.4 Domovy se zvláštním režimem.....	87
4.7.5 Uspokojování individuálních potřeb seniorů v pobytových sociálních službách	87
4.7.6 Cohousing	89
5 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO APLIKAČNÍ PRAXI.....	94
5.1 Inovace v oblasti standardů kvality sociálních služeb v rámci navrženého modelu péče v pobytových sociálních službách pro seniory	98
PŘÍLOHY.....	103
Příloha č. 1	103
Příloha č. 2	106
Příloha č. 3	121
Příloha č. 4.....	121
Příloha č. 5	121
Příloha č. 6.....	121
Příloha č. 7	121
Příloha č. 8.....	127

Mojžíšová Adéla a kol.

Autorství kapitol

1. Mojžíšová, A.
 2. Mojžíšová, A., Dvořáčková, D.
 3. Vacková, J.
 - 3.1 Barták, M.
 - 4.1 Barták, M., Mojžíšová, A., Vacková, J., Trešlová, M., Dvořáčková, D., Zeman, M., Kuželková, A., Motlová, L.
 - 4.2 Motlová, L.
 - 4.3 Zeman, M., Kuželková, A., Motlová, L.
 - 4.4 Trešlová, M., Stasková, V.
 - 4.5 Motlová, L.
 - 4.6.1 Motlová, L.
 - 4.6.2 Procházková, E.
 - 4.6.3 Trešlová, M. Stasková, V.
 - 4.6.4 Motlová, L.
 - 4.6.5 Dvořáčková, D.
 - 4.7 Dvořáčková, D.
 5. Mojžíšová, A., Motlová, L., Zeman, M., Kuželková, A., Trešlová, M., Stasková, V.
 - 5.1 Holczerová, V., Dvořáčková, D.
 - 5.2 Holczerová, V., Dvořáčková, D.
-
- Příloha 3 Procházková, E.
- Příloha 4 Bešťáková, V.
- Příloha 5 Moštková, Z.
- Příloha 6 Kropíková, J

ISBN 978-80-7394-846-7

Text neprošel jazykovou korekturou, za věcnou a obsahovou správnost odpovídají autoři.

Shrnutí

Projekt Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení se zaměřil na identifikaci a analýzu soudobých trendů a příkladů dobré praxe v péči o seniory v pobytových sociálních službách s ohledem na zapojení multidisciplinárního týmu do péče o tuto cílovou skupinu.

Řešení projektu bylo založeno především na kvalitativních výzkumných metodách, které jsou vhodným nástrojem k rozklíčování problémů a hlubšímu pochopení problematiky bydlení stárnoucí populace a možností řešení jejich potřeb. V rámci řešení projektu bylo realizováno několik skupinových rozhovorů a také polostrukturované rozhovory s různými aktéry. Vzhledem k tomu, že projekt pro řešení bydlení stárnoucí populace navrhuje ke zvážení také v našich podmínkách doposud nevyužívaný model senior cohousingu, byly provedeny rozhovory se zástupci (obyvateli) cohousingových komunit v několika zemích Evropy.

Jedním z výsledků řešení bylo vytvoření modelu třístupňového bydlení, který zohledňuje všechny zásadní principy, příklady dobré praxe a v jehož středu je seniorka/senior a její či jeho potřeby, respektive míra jeho soběstačnosti. Projekt formuluje doporučení pro aplikační praxi a rozvoj standardů kvality v rámci sociálních služeb na národní úrovni.

1 VYMEZENÍ PROJEKTU DLE PROJEKTOVÉ ŽÁDOSTI

Projekt „**Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení**“ (identifikační kód: **TL0100032**) byl realizován od února 2018 do prosince 2020 a jeho hlavním příjemcem byla Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. **K projektu se vyjádřila rovněž etická komise Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity** ze dne 3. 9. 2020 č. j. 005/2020 – souhlasné stanovisko k realizaci projektu.

Hlavním cílem projektu je identifikovat moderní trendy péče a příklady dobré praxe v péči o seniory v pobytových zařízeních a využít je k vytvoření modelu péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory s důrazem na propojení s komunitou a s ohledem na mezigenerační solidaritu.

Projekt se zaměřuje na identifikaci a analýzu nových trendů a příkladů dobré praxe v péči o seniory v pobytových sociálních službách s ohledem na zapojení multidisciplinárního týmu do péče o tuto cílovou skupinu. Cílem projektu je vytvoření nového modelu péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory s důrazem na propojení s komunitou a s ohledem na mezigenerační solidaritu. Motivací k realizaci projektu je existence poptávky po expertním řešení této problematiky u obcí v ČR.

Hlavním přínosem projektu bude možnost aplikovat výzkumné závěry do praxe i do výuky studentů zdravotních i sociálních oborů s důrazem na současné moderní trendy péče o seniory. Dalším přínosem pro studenty bude zvýšení jejich kompetencí týmu a prohloubení spolupráce s dalšími odborníky jak z aplikační, tak z veřejné sféry. Spolupráce s aplikačními garanty zvýší prestiž Jihočeské univerzity, resp. konkrétních studijních programů. Studentům Zdravotně sociální fakulty vznikne v budoucnu možnost absolvovat odborné praxe na nově vzniklých klinických pracovištích, s možností seznámit se s novým modelem péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory. Akademičtí pracovníci fakulty budou v rámci těchto pracovišť v budoucnu vystupovat jako odborní garanti praxí, a mohou tak být v přímém kontaktu s aplikační sférou.

Projekt vychází z následujících principů: **Otevřenost** (propojení s komunitou); **mezigenerační solidarita** (propojení různých generací); **aktivní stárnutí**; **komplexnost** (zahrnutí všech skupin seniorů) a **multidisciplinarita**. Model péče v konceptu třístupňového bydlení bude logickým vyústěním námi zjištěných výzkumných závěrů. Tento model péče by měl být aplikován v

českém prostředí a mohl by pomoci rozvíjet stávající sociální a zdravotní služby a řešení problematiky stárnutí české populace i s ohledem na aktuální poptávku samosprávných celků. Vzhledem k demografickým změnám ve společnosti a stárnutí populace se nám jeví toto téma jako velmi aktuální a propagací tohoto modelu péče bychom rádi přispěli ke zvýšení kvality života seniorů i komunit, ve kterých žijí.

Model péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory bude založen na těchto principech:

1. **Otevřenost** – tzn. propojení s komunitou
2. **Mezigenerační solidarita** – propojení různých věkových kategorií (de facto generací)
3. **Aktivní stárnutí** – zařazení nových trendů a příkladů dobré praxe týkající se aktivizace
4. **Komplexnost** – zahrnutí všech skupin seniorů dle míry soběstačnosti
5. **Multidisciplinarita** – komplexní multidisciplinární péče o seniory v konceptu koordinované rehabilitace

Model péče by měl reflektovat všechny skupiny seniorů – rozdělených dle jejich individuálních biologických, psychosociálních a spirituálních potřeb. Ve své podstatě koncept třístupňového bydlení odpovídá v současnosti nabízeným pobytovým sociálním službám pro seniory a je v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Harmonogram projektu a popis činností

Tabulka 1: Harmonogram řešení projektu

Název činnosti	Časový harmonogram
Identifikace a analýza moderních i současných trendů péče a příkladů dobré praxe v pobytových službách pro seniory v ČR	02/2018 – 04/2018
Článek v odborném periodiku 1 (přehledová studie)	06/2018
Kvalitativní výzkum – sběr dat, vyhodnocení, interpretace	02/2018 – 12/2018
Článek v odborném periodiku 2	12/2018
Zahraniční výzkumné pobyty členů řešitelského týmu	01/2019 – 12/2019
Článek v odborném periodiku 3	12/2020
Článek v odborném periodiku 4	12/20
Příprava mezinárodní konference	09/2019 – 10/2020

Realizace mezinárodní konference – Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století	10/2020
Průběžná práce na podkladech pro závěrečnou zprávu projektu	9/2020 – 12/2020
Dokončení Souhrnné výzkumné zprávy	12/2020

V prvním roce řešení projektu byl realizován kvalitativní výzkum zaměřený na zjištění nových trendů a příkladů dobré praxe v péči o seniory. Nástrojem sběru dat byla výzkumná metoda focus groups, realizovaná na půdě ZSF JU na tzv. „setkáních u kulatého stolu“. Byli pozváni zástupci domovů pro seniory z ČR a bylo zrealizováno kvalitativní výzkumné šetření, zaměřené na analýzu současných i moderních trendů péče a příkladů dobré praxe. Tato data byla vyhodnocena a budou sloužit pro přípravu modelu péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení. Zároveň byla získaná data využita k prvnímu publikačnímu výstupu.

Ve druhém roce byla realizována 2. fáze kvalitativního výzkumu zaměřená na zjištění nových trendů a příkladů dobré praxe v péči o seniory v zahraničí. Nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory se zástupci pobytových zařízení pro seniory ve vybraných státech. Zaměřili jsme se zejména na pobytové služby ve stylu senior cohousing (toto bylo jedním z kritérií výběru pobytových služeb pro seniory v zahraničí; dalšími kritérii byly inovativní trendy a příklady dobré praxe). Osobní poznatky členů řešitelského týmu z tohoto typu bydlení byly nezbytné pro získání zkušeností pro tvorbu připravovaného modelu péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení, navázání kontaktů a pochopení filozofie tohoto způsobu seniorského bydlení („pouhá“ analýza těchto služeb, např. z webových zdrojů, jde tzv. „po povrchu“ a neodhaluje způsob fungování a implementace do praxe; může tedy v tomto smyslu sloužit pouze pro výběr daného typu zařízení). Vyhodnocením získaných dat byl shromážděn materiál pro tvorbu dalších dvou výzkumných článků.

Třetí rok řešení projektu byl zaměřen na zveřejnění získaných zkušeností a výsledků výzkumných šetření z předchozího období. Byla uspořádána mezinárodní konference, kde byly představeny příklady dobré praxe v péči o seniory v pobytových sociálních službách v ČR a v zahraničí.

V tomto roce měl být zrealizován workshop zaměřený na představení **modelu péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení**. Bohužel se neuskutečnil s ohledem na pandemickou situaci v jarních i podzimních měsících roku 2020 a s ohledem na předpokládaný počet účastníků (cca 50 účastníků ve 3 sekcích) z řad zástupců obcí, odborníků z oblasti sociální péče

o seniory a zástupců seniorské komunity (viz žádost o změnu TAČR akceptoval a výstup V15 byl v projektu zrušen).

Cílem projektu bylo identifikovat moderní trendy péče a příklady dobré praxe v péči o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR, dále vytvořit **model péče v konceptu třístupňového bydlení** pro seniory s důrazem na propojení s komunitou a s ohledem na mezigenerační solidaritu. Tento model péče je součástí Souhrnné výzkumné zprávy projektu.

Řešitelský tým

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Mgr. Dagmar Dvořáčková Ph.D.

PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

PhDr. Marek Zeman, Ph.D.

PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

Ing. Jan Bednář, Ph.D.

Mgr. Anna Kuželková

Mgr. Vladimíra Holczerová

Externí spolupracovníci:

Ing. arch. Veronika Bešťáková, Ph.D.

Mgr. Ing. Bc. Jana Kropíková

PhDr. Eva Procházková, Ph.D.

PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Mgr. Zuzana Moštková

Aplikační garanti

Aplikačními guaranty (dále jen AG) projektu byla města Třeboň a Tábor, která deklarovala vůli využít dílčí výsledky výzkumu. Tuto vůli AG projevíli podepsáním Letter of Intent a smlouvou o spolupráci na projektu. AG se zavázal dodat nezbytné vstupy pro zvýšení relevance projektu, zejména upřesňující data o cílové skupině. Podíl AG na projektu spočíval především v konzultační činnosti, poradenství a poskytování zpětných vazeb v jednotlivých etapách realizace projektu. AG byli zapojeni do všech fází projektu – příprava a realizace projektu, období po skončení projektu. Byl stanoven předběžný harmonogram pro pravidelná setkávání multidisciplinárního týmu za přítomnosti AG. Byla dohodnuta spolupráce na tvorbě očekávaných výstupů (např. mezinárodní konference). Při realizaci těchto výstupů se AG aktivně zapojili a podíleli se na propagaci akcí. AG projevíli zájem využívat dílčí výsledky výzkumných šetření pro realizaci modelu péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory v městě Třeboň a v městě Tábor. AG – Město Tábor vytvořilo podmínky pro umožnění další

spolupráce se ZSF JU, a to ve formě zřízení klinického pracoviště pro studenty ZSF JU. Na klinickém pracovišti ZSF JU budou studenti pod odbornou supervizí akademických pracovníků vykonávat odbornou praxi z různých studijních programů (Sociální práce, Ošetrovatelství, Fyzioterapie, Nutriční terapie), které fakulta nabízí. Multidisciplinarita v péči o seniory bude probíhat v rámci setkávání členů odborného personálu se studenty nad individuálními plány jednotlivých seniorů.

Výsledky výzkumného záměru mají mít netržní charakter. Přispějí ke zvýšení kvality života seniorů, a to zejména propojením života seniorů a místních komunit.

Projekt výzkumu byl projednán a odsouhlasen k realizaci Etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Č. j. 005/2020.

2 REALIZACE PROJEKTU V JEDNOTLIVÝCH LETECH ŘEŠENÍ

V následujících kapitolách je popsáno řešení projektu v jednotlivých letech, a to s ohledem jak na realizované aktivity, tak i na dosažené výsledky.

2.1 Průběh realizace projektu – rok 2018

V roce 2018 bylo řešení projektu zaměřeno na identifikaci současných trendů péče o seniory v pobytových sociálních službách v České republice.

V průběhu února až dubna 2018 byla realizována analýza článků vyhledaných v databázích (SCOPUS a Web of Science v období 2014–2018, webové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, webové stránky domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem aj.).

Dále členové řešitelského týmu v období únor až srpen 2018 uskutečnili několik pracovních cest do domovů pro seniory, s cílem ověřit připravovaný scénář pro rozhovor v rámci kvalitativního výzkumu. Okruhy otázek, na které byl zaměřen tento výzkum, byly průběžně doplňovány o oblasti, které se zdály být pro plnění dílčího výzkumného cíle užitečné. Některé z těchto pracovních cest byly realizovány společně se zástupci aplikačního garanta.

Dále byla realizována pracovní cesta do Maďarska, která nebyla hrazena z finančních prostředků TAČR. Členky týmu zde byly v rámci zahraniční mobility Erasmus+ a školící akci využily k návštěvě dvou domovů pro seniory v Nyíregyháze, kde získaly informace o problematice péče o seniory – diskuse byla vedena o podmínkách přijetí seniorů do pobytových služeb, o dobrovolnictví v těchto zařízeních, o personálním zajištění, o financování včetně spoluúčasti klientů, o sociálním a zdravotním pojištění, o poskytovaných zdravotních a sociálních službách v domovech pro seniory. Dále byly mapovány využívané moderní trendy péče o seniory v pobytových sociálních službách pro seniory.

2.1.1 Spolupráce s aplikačním garantem

V průběhu roku 2018 se uskutečnilo několik setkání se zástupci AG. Zástupci AG se také zúčastnili dvou pracovních cest do domovů pro seniory, kde probíhala prohlídka zařízení, výměna zkušeností a diskuse všech zúčastněných.

V přílohách Průběžné zprávy za rok 2018 jsou také přiloženy kopie výpisů z usnesení Rady města Třeboň, kde bylo v průběhu roku 2018 jednáno o účasti v projektu.

Na podzim 2018 proběhly komunální volby a došlo ke změně Rady města Třeboň, včetně výměny starosty. Koncem roku 2018 bylo naplánováno setkání se zástupcem města Třeboň, panem starostou PaedDr. Janem Váňou. Cílem plánovaného setkání bylo seznámení se současným stavem projektu TAČR, vyjasnění další spolupráce s AG, objasnění role AG v projektu.

2.2 Průběh realizace projektu – rok 2019

V roce 2019 se členové řešitelského týmu v rámci řešení projektu zúčastnili zahraničních pobytů (tabulka 2), se zaměřením na systém bydlení pro seniory, tzv. „senior cohousing“.

V průběhu ledna a února 2019 byli osloveni zástupci komunitního bydlení pro seniory v Dánsku, Švédsku, Anglii, Německu a Rakousku. Vycházelo se z dostupných webových stránek organizací a databází cohousingů, které jsou veřejně dostupné. Celkem bylo osloveno cca 55 organizací zaměřených na poskytování bydlení pro senior cohousing. Následně byly domluveny se zástupci cohousingů, kteří souhlasili s participací na našem výzkumu, konkrétní termíny výzkumných šetření.

Tabulka 2: Realizované výzkumné zahraniční pobyty 2019

	Název organizace, lokalita
1.	Cohousing Lebensraum, Rakousko
2.	Engerwitzdorf, Rakousko
3.	FrauenWohnen eG München, Německo
4.	Lange Eng, Dánsko
5.	Munksøgårds, Dánsko
6.	Elderly Accommodation Counsel, Londýn, UK
7.	Season Senior Living – One Housing, London, UK
8.	ExtraCare Charitable Trust, London, UK

Cílem kvalitativního výzkumu v tomto bylo identifikovat výhody a nevýhody bydlení v cohousingu. Výzkumný soubor byl tvořen zástupci ze 7 cohousingů z různých zemí Evropy. Jednalo se o Rakousko (dvě centra), Německo, Švédsko, Anglii (dvě centra) a Dánsko. Byla

použita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného, axiálního a selektivního kódování, dále pak dílčími metodami zachycení vzorců a kontrastování, a to za pomoci programu ATLAS.ti 7. Výstupem tohoto výzkumu jsou 2 vědecké články (Příloha č. 2, tabulka č. 7).

Dle harmonogramu projektu byla zahájena příprava mezinárodní konference. Byly připraveny webové stránky konference (www.seniokonference.cz) a byli osloveni domácí i zahraniční přednášející. Průběžně byl připravován program mezinárodní konference. Probíhalo také pozvání zahraničních hostů, a to zejména z cohousingů, které se zapojily do výzkumu. Na plánování a realizaci přípravy mezinárodní konference se podíleli členové projektového týmu.

Záštitu nad mezinárodní konferencí převzali MPSV, dále hejtmanka Jihočeského kraje Mgr. Ivana Stráská, rektor Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích prof. PhDr. Bohumil Jiroušek, Dr. a děkanka ZSF JU Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D. V následujícím období probíhala registrace účastníků konference a zajišťování dalších organizačních záležitostí spojených s realizací konference.

2.2.1 Spolupráce s aplikačním garantem

V průběhu roku 2019 se uskutečnila setkání se zástupci AG – město Třeboň s ohledem na to, že nové vedení města Třeboň odstoupilo od původního záměru – výstavby komplexu pro seniory v konceptu třístupňového bydlení. Po opakovaných jednáních se zástupci města Třeboň jsme byli ujisti, že o spolupráci a výsledky projektu mají zájem.

S ohledem na implementační část projektu a jeho udržitelnost bylo začátkem roku 2019 započato s aktivitami na zajištění dalšího AG. Byla navázaná spolupráce s dalším aplikačním garantem – městem Tábor. Spolupráce mezi ZSF JU a městem Tábor je deklarována ve smlouvě, která byla podepsána dne 9. 10. 2019.

Následné schůzky s AG – městem Tábor byly zaměřeny na cíle projektu, vymezení spolupráce a na připravované závazné výstupy projektu.

2.3 Průběh realizace projektu – rok 2020

Rok 2020 byl zaměřen především na přípravu mezinárodní konference: Moderní trendy v péči o seniory – Výzva pro 21. století (www.seniokonference.cz), která měla být realizována v dubnu 2020 a na finalizaci modelu péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení.

S ohledem na situaci s pandemií COVID-19 a vyhlášenému nouzovému stavu byla mezinárodní konference přesunuta na říjen 2020. Bohužel na začátku října 2020 došlo opět k omezení z důvodu pandemie a konferenci jsme byli nuceni realizovat dne 13. října 2020 on-line. Konference se zahraniční účastí byla zaměřena na příklady dobré praxe a současné trendy péče o seniory v pobytových zařízeních s důrazem na aktivní stárnutí, propojení s místní komunitou a na mezigenerační soužití. Realizace konference přispěla jednak k předávání příkladů dobré praxe při péči o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR, ale i v zahraničí. Výstupy z konference byly následně implementovány do přípravné a realizační fáze modelu péče v konceptu tříступňového bydlení pro seniory. Tato diskuse pomohla otevřít řadu témat souvisejících také s případnou realizací cohousingů v ČR.

Další aktivitou v roce 2020 měly být workshopy, které měly být zaměřeny na představení modelu péče v konceptu tříступňového bydlení pro seniory a jeho využití v praxi. Pozváni byli zástupci obcí, odborníci z oblasti sociální péče o seniory a zástupci ze seniorské komunity. Workshop byl připraven ve spolupráci s aplikačními garanty. Organizační zajištění workshopu bylo v režii zástupců řešitelského týmu a AG, kteří se podíleli na propagaci této akce. Původní termín v dubnu 2020 byl zrušen z důvodu nouzového stavu v ČR. Náhradní termín byl naplánován na 14. říjen 2020, ale s ohledem na vládní opatření a s ohledem na předpokládaný počet zúčastněných z řad poskytovatelů sociálních služeb a z řad seniorů nebylo možné workshop realizovat. Na základě schválené změnové žádosti projektu byl tento výstup zrušen. Souhlasné stanovisko s touto změnou projektu jsme získali také od aplikačních garantů. V tomto roce také došlo k publikaci dvou závazných výstupů ve vědeckých časopisech.

2.3.1 Spolupráce s aplikačním garantem

V průběhu roku 2020 byla spolupráce s AG především v oblasti příprav mezinárodní konference a workshopů. Navzdory tomu, že nové vedení města Třeboň odstoupilo od původního záměru – výstavby komplexu pro seniory v konceptu tříступňového bydlení, jejich zájem participovat na projektu trval. Město Tábor v roce 2020 započalo s budováním nových pobytových služeb pro seniory. Spolupráce se zástupci města je velice úzká včetně participace AG na realizaci mezinárodní konference. Zástupci aplikačních garantů se aktivně účastnili on-line konference. V průběhu roku byli informováni o zpracovávání výstupů projektu za rok 2020, a to včetně jejich administrativních náležitostí. Více v Závěrečné zprávě projektu.

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ŘEŠENÍ

Motto:

„Včerejší dítě se dnes stává dospělým a zítra babičkou či dědou.“

„Yesterday's child is today's adult and tomorrow's grandmother or grandfather“;

WHO, 2002, s. 12

Stárnutí evropské populace v číslech

Populační prognóza pro Evropu (viz dále Europe Population, 2020) ukazuje, že podíl populace v Evropě na celosvětovém počtu lidí bude v roce 2050 7,8 % (pro srovnání – v roce 1955 tento podíl činil 22,84 %; v roce 2016 9,94 %). Míra plodnosti – tedy průměrný počet potomků na jednu ženu (tzv. fertility rate) byla v roce 1955 *2,66 dětí*; v roce 2020 *1,6 dětí* a prognóza pro rok 2050 ukazuje počet *1,79 dětí na jednu ženu* (Europe Population, 2020). Dle prognózy Eurostatu (Population projection in the EU, 2020) je očekáváno, že počet obyvatel EU-27 vzroste ze 446,8 milionů v roce 2019 a dosáhne vrcholu v roce 2026 (s celkovým počtem 449,3 milionů), poté se postupně sníží na 441,2 milionu v roce 2050 a na 416,1 milionu v roce 2100, tedy s celkovým poklesem o 30,8 milionu od roku 2019 do roku 2100. Věkový medián byl dle Europe Population (2020) v roce 1955 *30 let*, v roce 2016 *41,9 let* a prognosticky – v roce 2050 *46 let*, přičemž v roce 2100 z toho bude 60,8 milionů lidí starších 80 let.

Tento vývoj nám alarmujícím způsobem ukazuje, že evropská populace – ve srovnání s ostatními světovými regiony (viz tabulka 3) výrazně stárne. Vyrovnávání nedostatečného počtu narozených dětí se do určité míry děje prostřednictvím migrace (viz tabulka 3).

Tabulka 3: Světová populace dle regionů (v roce 2020 a podíl v roce 2050 dle středního odhadu)

Region	Populace (2020)	Hustota (Počet osob/km ²)	Migranti (net)	Porodnost („fertility rate“ – počet dětí na 1 ženu)	Věkový medián	Světový podíl (2020)	Světový podíl (2050)
Asie	4,641,054,775	150	-1,729,112	2.2	32	59,5 %	54,3 %
Afrika	1,340,598,147	45	-463,024	4.4	20	17,2 %	25,6 %
Evropa	747,636,026	34	1,361,011	1.6	43	9,6 %	7,8 %
Latinská Amerika a Karibik	653,962,331	32	-521,499	2	31	8,4 %	7,3 %
Severní Amerika	368,869,647	20	1,196,400	1.8	39	4,7 %	4,4 %
Oceánie	42,677,813	5	156,226	2.4	33	0,5 %	0,6 %

Zdroj: Current World Population, 2020. [online] [cit. 2020-11-04]. Dostupné z: <https://www.worldometers.info/world-population/#region>; Světový populační podíl regionů z roku 2050 byl doplněn z UN World Population Prospects, 2020. [online] [cit. 2020-11-04] Dostupné z: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Zvyšující se věkový medián je důkazem nárůstu počtu seniorů v Evropě i v ČR, taktéž Český statistický úřad (Projekce obyvatelstva ČR..., 2018) předpokládá, že v roce 2101 bude v ČR průměrný věk 47,4 let (v roce 2018 byl 42,2 let) a výrazně se zvýší naděje dožití při narození (u žen o 9 let více – 91,2 let a u mužů o 11 let výše, na 87,7 let). Celkový počet obyvatel ČR bude v roce 2100 přibližně stejný jako v roce 2018 (10,53 milionu obyvatel; v roce 2018 to bylo 10,61 milionů) – viz dále Projekce obyvatelstva ČR... (2018).

V Jihočeském kraji je dle Statistické ročenky Jihočeského kraje (2019) obyvatelstvo ve srovnání s celou Českou republikou poněkud starší; průměrný věk v kraji je 42,7 roku (v ČR 42,3 roku), přičemž od demografické struktury kraje se výrazněji odlišuje pohraniční okres Český Krumlov s pestřejším národnostním složením a mladší věkovou strukturou, který spolu s okresem České Budějovice obvykle mívá nejvyšší porodnost a nejnižší úmrtnost v kraji. Růst početního stavu obyvatel zaznamenává trvale okres České Budějovice a s výjimkou roku 2013

vlivem migrace i okres Písek (Statistická ročenka Jihočeského kraje, 2019). V ostatních okresech počet obyvatel v posledních letech spíše klesá, nejmladší obcí v Jihočeském kraji je Měky nec (33,8 let) a nejstarší Minice (58,1 let) – průměrný věk podle obcí v Jihočeském kraji v roce 2019.

Navržená teoretická východiska s ohledem na komplexní řešení péče o seniory v ČR

Orientace na péči o seniory se tedy ve světle demografického vývoje jeví jako klíčová celospolečenská otázka, jejíž řešení vyžaduje spolupráci mnoha profesí. Aktuálnost tohoto tématu je podložena poptávkou obcí po řešení této problematiky, která by v případě pasivity mohla v budoucnu vyústit ve zdravotně sociální krizi.

V České republice neexistuje žádná analýza moderních či v současnosti používaných trendů péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb, která by tuto péči optimalizovala.

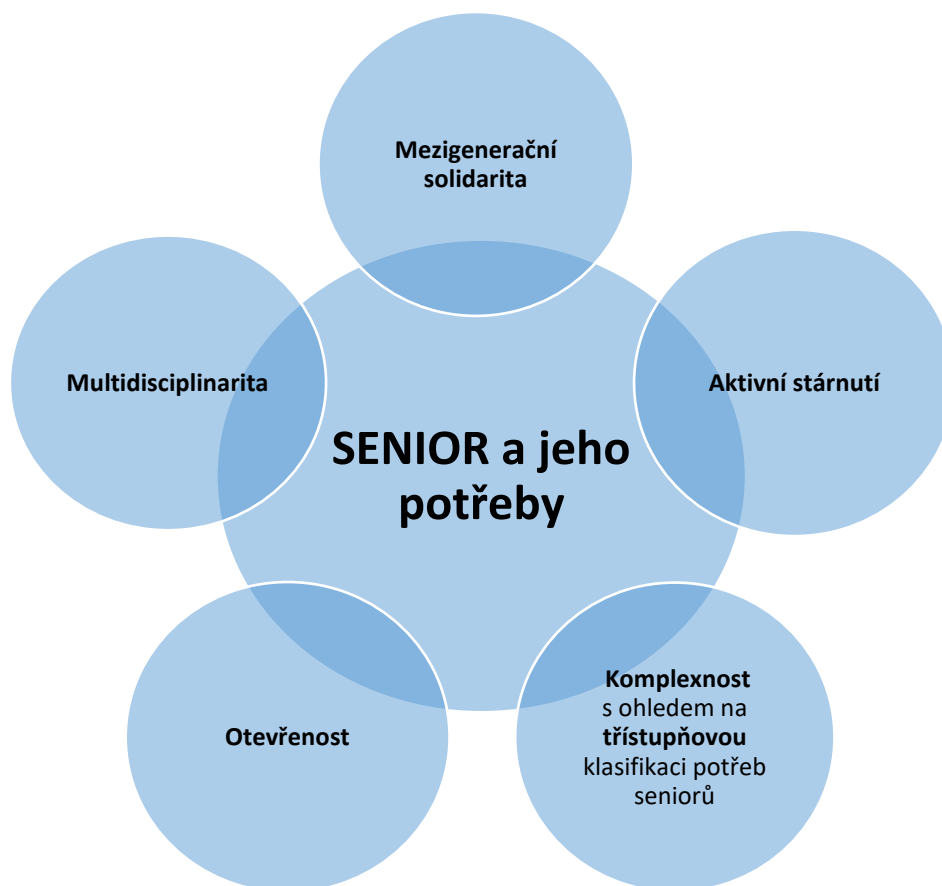
V posledních letech se vyskytují analýzy týkající se např. kvality života seniorů (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012) nebo Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (Rada seniorů ČR, 2013; či Strategie přípravy na stárnutí..., MPSV, 2020), ale nikdo se nezaměřil na moderní či v současnosti používané trendy péče v pobytových zařízeních sociálních služeb jako klíčové analýzy pro jedno ze zásadních řešení problematiky stárnutí obyvatel.

Z těchto důvodů se výzkum realizovaný v rámci projektu zaměřil na analýzu nových trendů a příkladů dobré praxe v péči o seniory v pobytových zařízeních s ohledem na zapojení multidisciplinárního týmu. Cílem se tedy stalo vytvoření **nového modelu péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení s ohledem na níže uvedené principy – tedy otevřenost (propojení s komunitou), mezigenerační solidaritu, aktivní stárnutí, komplexnost a multidisciplinaritu**. Motivací k realizaci byla existence prokazatelné poptávky po expertním řešení této problematiky u měst a obcí v České republice. Typickým uživatelem výsledků výzkumu je obec/město, které bude realizovat tento model péče.

Hlavním cílem výzkumného záměru je tedy **identifikovat moderní trendy péče a příklady dobré praxe v péči o seniory v pobytových zařízeních a využít je k vytvoření modelu péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory s důrazem na propojení s komunitou a s ohledem na mezigenerační solidaritu**.

Navržené principy péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení:

1. Mezigenerační solidarita – propojení různých věkových kategorií (de facto generací)
2. Otevřenost – tzn. propojení s komunitou
3. Aktivní stárnutí – zařazení nových trendů a příkladů dobré praxe v aktivizačních programech
4. Multidisciplinarita – komplexní multidisciplinární péče o seniory v rámci realizace koordinované rehabilitace
5. Komplexnost – zahrnutí všech skupin seniorů dle stupně závislosti



Pozn.: Vytvořeno pro ilustrativní náhled záměru projektu, listopad 2020

Graf 1: Východiska modelu péče o seniory v pobytových zařízeních

Třístupňovost je v tomto projektu pojímána ve smyslu **komplexnosti** – tedy zahrnutí všech skupin seniorů – rozdělených dle individuálních bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klientů-seniorů. Tzn. senior, který je částečně soběstačný, využívá bydlení v domě s pečovatelskou službou – 1. stupeň; senior, který potřebuje trvalou pomoc druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti (domov pro seniory – 2. stupeň); senior se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí (domov se zvláštním režimem – 3. stupeň). Ve své podstatě toto dělení odpovídá v současnosti nabízeným pobytovým sociálním službám pro seniory – tzn. je v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je zde předpoklad a v praxi to tak v některých případech probíhá, že senior přechází na základě proměny vlastních potřeb od prvního do vyšších stupňů, kde je vyžadována jiná, třeba i specializovanější péče.

Princip mezigenerační solidarity

Mezigenerační solidarita (z angl. orig. „intergenerational solidarity“) představuje složitý a komplexní pojem, který byl jednoduše vybranými autory označován za „sociální kohezi mezi generacemi“ (viz např. Bengtson et al., 1976; Katz et al., 2005; Roberts et al., 1991, Petrová Kafková, 2012). Je však patrné, že jednoduché vymezení představuje ve své podstatě metodologickou past, díky níž vyvstávají doplňující otázky týkající se významu a měření koheze (soudržnosti) a vymezení generace/generací a vztahů mezi nimi. Bengtson a Oyama (2007) popisují sociální kohezi jako fenomén, který je ovlivněn makrogeny („macrogens“) a mikrogeny („microgens“). Mezi makrogeny patří makrosociální úroveň společnosti a skupin; mezi mikrogeny autoři řadí mikrosociální úroveň rodin a jedinců. Mezigenerační solidaritu lze taktéž pochopit pouze v dichotomii solidarity a jejího opaku – tedy mezigeneračního konfliktu (Bengtson, Oyama, 2007); to platí i obráceně.

Mezigenerační solidaritu v rámci péče o seniory lze vnímat jako aktivní snahu pracovníků institucí (např. domovů pro seniory) co nejvíce zapojit rodinné příslušníky do péče o jejich příbuzné (zejména rodiče, prarodiče). Na mikroúrovni se jedná o zapojení jedinců a rodin do chodu zařízení – tedy do těch aktivit, kde je vhodné, aby byl rodinný příslušník aktivní. Mezigenerační soudržnost (mezigenerační koheze) zde představuje určitou filozofii přístupu členů rodiny ke stárnutí (i když se nemusí přímo realizovat v domácnostech), která zajišťuje reprodukovatelnost a tvorbu vlastní představy o stáří, jež může být kvalitní, a lze jej prožít v maximální možné míře v kruhu svých blízkých. Mezigenerační solidarita má i doplňkový

ekonomický benefit, který podporuje deinstitucionalizaci nabízené pomoci, v ČR realizované zejména formou sociálních služeb.

Na makroúrovni lze mezigenerační solidaritu promítnout do celé tvorby koncepce připravované institucionální péče o seniory (ať již ze strany měst, krajů, či komerčních subjektů), a to zejména s ohledem na vytvoření příležitostí pro přirozené propojení více generací, které se mohou v rámci domova setkávat. Takovému propojení odpovídá tvorba komplexních komunitních center, jež nabízí služby reagující na potřeby různých věkových skupin a samozřejmě využívá i aktivního zapojení seniorů, kteří o to mají zájem.

Jako zajímavý podnět se jeví výsledky výzkumu mezigenerační solidarity provedené v ČR (Možný et al., 2003), který prokázal, že nejmladší generace nejvíce souhlasí s povinností dětí postarat se o své rodiče (paradoxně na rozdíl od nejstarší, která s touto povinností souhlasí nejméně). Výsledky takových studií by mohly být pro pečující a intervenující experty inspirativní s ohledem na zapojení např. právě vnuček do péče o své babičky a dědy, eventuálně na propojení služeb domovů pro seniory se službami pro rodiny s dětmi. To samozřejmě odpovídá dalšímu principu využitelnému v rámci koncepce péče o seniory – tedy otevřenosti.

Princip otevřenosti

Princip otevřenosti představuje klíčové pojetí pro tvorbu koncepce změn institucí v péči o seniory v 21. století. Mění se společnost vyžaduje inovace organizací, které jsou v její službě (viz koncepce sociálních služeb v ČR popsána v zákoně č. 108/2006/Sb., o sociálních službách), a to přinejmenším s ohledem na rychlost a technologický pokrok. Transformace institucí je dle Dona Tapscotta (in Dawson, 2012) založena na 4 principech, které představují určité ohraničení otevřenosti jako zastřešujícího principu.

Jedná se zejména o:

1. **Spolupráci (collaboration)** – hranice organizací jsou více otevřené s možnostmi inkorporace nových idejí, které často přicházejí z vnějšku.
2. **Transparentnost (transparency)** – otevřená komunikace je povinností zřizovatelů; její úloha je zajistit funkční a srozumitelné prostředí.
3. **Sdílení (sharing)** – sdílení poznatků, novinek, vědeckého pokroku by mělo být povinností – představuje podnět pro rozvoj společnosti jako celku (duševní vlastnictví zde reprezentuje překonaný koncept, který brání rozvoji lidstva).

4. **Zplnomocnění/posílení (empowerment)** – znalost a inteligence znamenají sílu, která, pokud je sdílená, umožňuje svobodnou realizaci idejí.

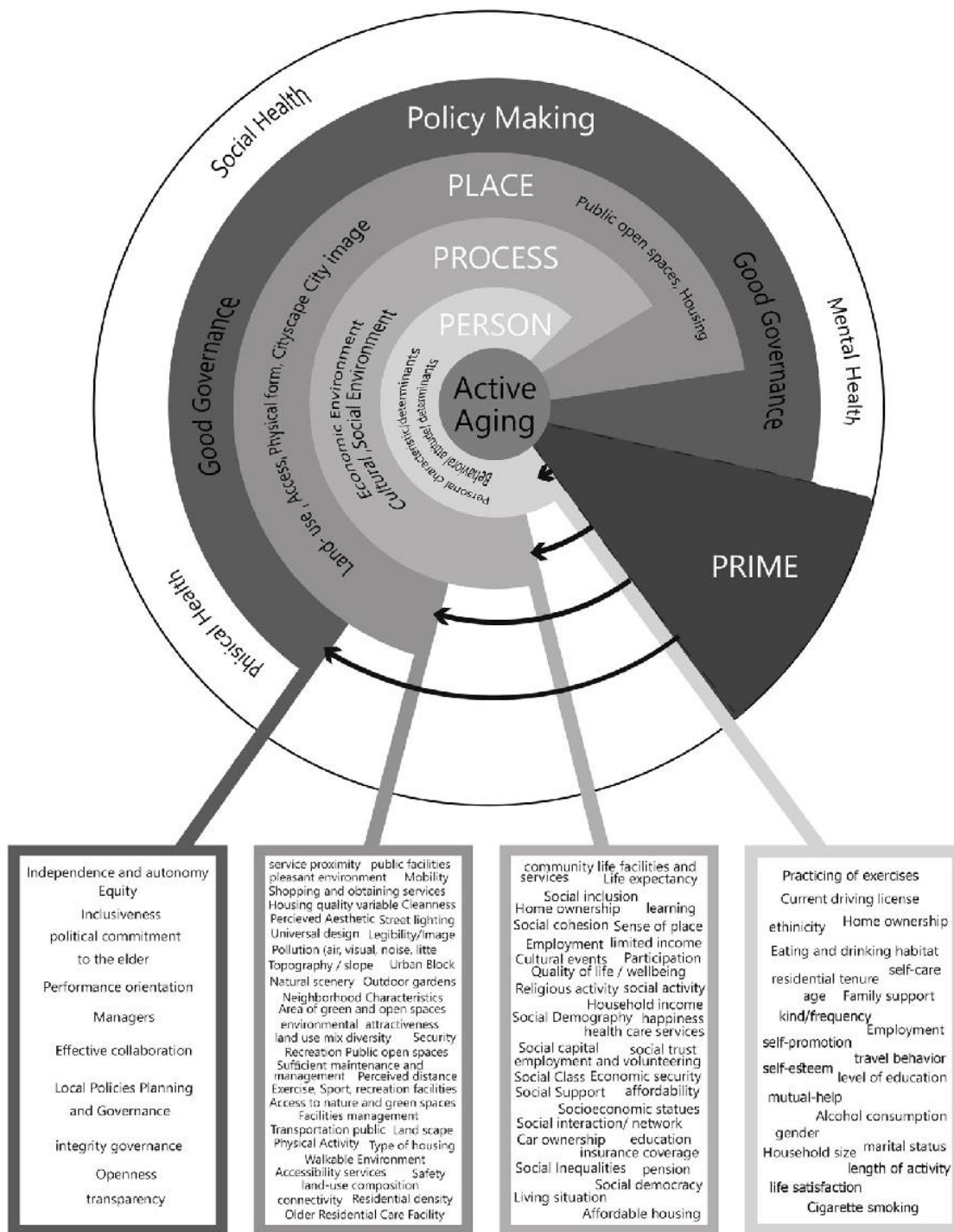
Při přenosu myšlenek Dona Tapscotta (in Dawson, 2012) do rozvoje koncepce péče o seniory se otevírají možnosti sdílení příkladů dobré praxe, které zajišťují udržitelnost a nižší ekonomickou nákladovost. **Vztah instituce – klient – pečovatel (neformální)** by měl být založen na výše uvedených principech, umožňoval by propojení domácího a institucionálního prostředí včetně zajištění kvality péče. Intelektuální otevřenost – přenos poznatků (viz dále např. Glennie, 2009) představuje novou éru rozvoje společnosti. Tento přenos je posílen existencí multimediálních příležitostí, které umožňují dle Peters (2013, 2014) aktivní participaci, spolupráci a sdílení. Otevřenost tedy představuje klíčový princip a cestu, skrze něž lze realizovat další principy v péči o stárnoucí populaci, např. princip „aktivního stárnutí“.

Princip aktivního stárnutí

Stárnutí (stáří, definice stáří), respektive vymezení věku, od kterého můžeme považovat člověka za seniora, je do určité míry problematické (a to zejména s ohledem na individualitu involučních procesů jednotlivce včetně etických otázek týkajících se sociálního postavení seniorů a vlastního vnímání pojmu „stáří“). Dle WHO (2002) existují dramatické rozdíly ve zdravotním stavu, participaci a úrovni soběstačnosti starších lidí stejného věku. Vymezení seniorského věku se tedy spíše váže k pobírání benefitů v penzi (Proposed working definition of an older person..., WHO, 2020); statistické zpracování dat se ustálilo na věku 65+ (viz např. statistiky Eurostatu). V České republice činil věk přiznání starobního důchodu v roce 2017 61,7 let (Strategie přípravy na stárnutí..., MPSV, 2020); z tohoto důvodu se věková hranice pro vymezení seniora pohybuje kolem 60 let (statistické portály však pracují s hranicí 65 let) a v případě otázek týkajících se trhu práce se vyskytuje hranice 55 let. **Pro účely projektu byla hranice pro vymezení seniorského věku stanovena na 65 let právě s ohledem na průměrný věk přiznání starobního důchodu v ČR.** Při tvorbě modelu péče o seniory je však věk pouhým orientačním měřítkem, taktéž zdravotní stav se ukazuje jako pomocné kritérium při umístování seniorů do institucionální péče.

Aktivní stárnutí („active aging“) představuje dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2002) proces optimalizace příležitostí pro zachování zdraví, participace (aktivní účasti) a bezpečí s cílem zajistit kvalitu života ve stáří. Termín „aktivní“ představuje pokračující participaci v sociálních, ekonomických, kulturních, duchovních a občanských záležitostech (ne

pouze schopnost být fyzicky aktivní a podílet se na trhu práce). Zdraví odpovídá definici WHO, která se vztahuje k fyzickému, duševnímu a sociálnímu zdraví (viz dále Preamble to the Constitution of WHO ..., 1948). Aktivní stárnutí formuloval Lak et al. (2020) ve vypracované systematické rešerši jako proces, v jehož rámci se jedinci snaží zachovat jednotlivé oblasti zdraví prostřednictvím participace na aktivitách, které souvisí s jejich cíli, schopnostmi a příležitostmi v komunitě. Tito autoři zároveň navrhli kompletní 5P model (viz graf 2), který zahrnuje rozsáhlý pohled na různé aspekty aktivního stárnutí a zároveň nabízí podnět pro další výzkum v této oblasti.



Zdroj: Lak et al., 2020

Graf 2: 5P model – model aktivního stárnutí v kontextu sociálně ekologického přístupu (překlad grafu viz příloha č. 1)

Graf 2 poukazuje na multidimenzionalitu aktivního stárnutí, tříděnou na mikroúroveň (jednotlivec), mezoúroveň (procesy) a makroúroveň (politická úroveň, rozhodovací procesy a životní prostor) – to vše jako součást zdravého prostředí (zdraví dle definice WHO – duševní,

fyzické a sociální). Závěry studie Lak et al. (2020) se vztahují k individuální, interpersonální a environmentální úrovni, která může být použita jako inspirace pro další studie a rozvoj politiky pro řešení stárnutí populací (viz termíny použité v rámečcích umístěných pod kružnicí).

Stárnutí obyvatel České republiky představuje výzvu, kterou je nutné řešit na všech politických úrovních. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR připravilo **Strategii přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025**, která navazuje na Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Jejím cílem je formulovat strategický přístup k přípravě společnosti na stárnutí a reagovat tak na problémy, které se týkají dnešních seniorů.

Princip multidisciplinarity

Princip multidisciplinarity představuje strategii a proces péče u klientů-seniorů, kteří ji potřebují. Je patrné, že multidisciplinarita předpokládá týmovou práci – lze tedy hovořit o multidisciplinárním týmu jako realizační jednotce multidisciplinárního přístupu. Multidisciplinární tým je možné charakterizovat jako skupinu členů různých profesí a dovedností, kteří se zaměřují na uspokojování potřeb klientů s cílem zefektivnit intervenci – právě pomocí účinku spolupráce vybraných profesí (Rosenvinge, 2002). Oddělené profesní intervence přinášejí mnoho problémů, které lze pomocí multidisciplinárního přístupu odstranit. Jedná se zejména o nejednotnost individuálních cílů klienta, dále duplicitu služeb a intervencí; nedostatečné předávání informací mezi odborníky a roztržitost uspokojování potřeb lidí v seniorském věku. Mezi funkce úspěšného multidisciplinárního přístupu patří dle Rosenvinge (2002): komunikace a vedení lidí (leadership), dále plánování, trénink a samozřejmě výzkum v této oblasti.

S vývojem multidisciplinarity se vyvíjelo i teoretické pojetí a snaha o jasnou terminologickou klasifikaci. Mezi nejčastěji používané pojmy v této oblasti patří multi-, inter- a transdisciplinarita. Všechny tři termíny souvisí s výčtem pojmů užívaných v různých sférách; jedná se dle Tress et al. (2005a) zejména o: collaborative, integral, integrated, complementary, combined, participatory, transepistemic, system-oriented, transprofessional, comprehensive, problem oriented, cross-boundary, holistic, multidisciplinary, crossdisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary (překlad zde není záměrně uveden – právě pro představu používání obsahu termínu „multidisciplinární“, pozn. autora). Multidisciplinarita znamená zahrnutí několika akademických disciplín do tematického výzkumu s vícečetnými cíli, které spolu úzce souvisejí, koexistují v rámci jednoho kontextu (viz dále Petts et al., 2008). Každý

z členů týmu přispívá k tématu svým profesním zaměřením – pro fungování a kohezi takového uskupení je však nezbytná koordinace, která přibližuje multidisciplinaritu k interdisciplinárnímu přístupu. Interdisciplinaritu lze považovat za krok od multidisciplinarity; interdisciplinární přístup se zaměřuje na řešení konkrétních problémů „v reálném světě“ a v důsledku toho nutí účastníky (z různých nesouvisejících oborů) překračovat hranice a vytvářet nové znalosti (Tress et al., 2005; 2007). **Transdisciplinární přístup** představuje nejvyšší možnou metu ve spolupráci – zahrnuje nejen různé disciplíny, ale také ne-akademické účastníky (např. manažery, uživatele, veřejnost) – **jedná se o proces spolupráce mezi vědci a praktiky nad reálným světovým problémem a zasahuje do rozhodovacích procesů** (Walter et al, 2007; Tress et al., 2006).

Rozdíly mezi multi-, inter- a transdisciplinárním přístupem ukazuje níže uvedená tabulka 4. Žlutá barva (barevně odlišená políčka) představuje výskyt vybrané charakteristiky u daného přístupu; tam, kde je buňka rozdělená napůl – daná charakteristika je v principu obsažena jen z části.

Tabulka 4: Rozdíly mezi multi-, inter- a transdisciplinaritou

	Syntéza nových disciplín a teorie	Zaměření na řešení problému	Iterativní výzkumný proces	Zahrnutí více disciplín	Zahrnutí zainteresovaných stran	Sdílení poznatků mezi disciplínami	Tematicky zaměřené	Koordinace výzkumu	Integrovaný výzkum	Překračuje epistemologické hranice	Je v souladu s pluralitní metodologií	Zahrnuje implementaci výsledků jako součástí procesu
Multidisciplinarita												
Interdisciplinarita												
Transdisciplinarita												

Zdroj: Stock a Burton (2011)

Pozn.: Překlad autorky této části výzkumné zprávy.

Zásadním rozdílem mezi multidisciplinárním a inter- či transdisciplinárním přístupem je právě účast akademiků (vědeckých pracovníků) v multiprofesním týmu (interdisciplinární a transdisciplinární týmy toto nepředpokládají).

Použití termínu multidisciplinární v rámci projektového záměru mělo upozornit zejména na spolupráci akademické i neakademické sféry – ve své podstatě se při přípravě modelu péče o seniory v ČR všechny tři principy – multi, inter i trans prolínají. Jsou tedy zaměřeny nejen na interdisciplinární tým stávajících domovů pro seniory, ale i na multidisciplinaritu (s ohledem na zahrnutí akademiků). Nový model péče si taktéž klade za cíl ovlivňovat rozhodovací procesy (na úrovni regionu) a tím tak naplňuje princip transdisciplinarit.

Multidisciplinarita (inter- i trans-) jsou součástí koordinované rehabilitace, jenž se zaměřuje na klienty s disabilitou (tedy i seniory žijící v současné době např. v domově se zvláštním režimem). Koordinace – jako úkol sociálního pracovníka – představuje klíčový úkol zajištění tohoto principu. Propracovaný systém koordinované rehabilitace s jasným vymezením rolí a úloh představuje funkční nástroj realizace multidisciplinární péče (intervence) o seniory.

Princip komplexnosti

Princip komplexnosti (komplexity/complexity) představuje opět centrální princip (podobně jako otevřenost), který se promítá do strategického i projektového managementu organizací/institucí (viz dále Forgues a Thietart, 2011). Jeho cílem je dle Burnes (2005) pružně reagovat na změny systému a zabezpečovat tak vývoj organizace/instituce na mikro- (ve vztahu ke klientovi) i makroúrovni (ve vztahu k regionální či národní politice). Komplexní pojetí péče o seniory představuje ucelený systém, který reaguje na potřeby jednotlivců (např. ve smyslu třístupňovosti péče dle zhoršujícího se zdravotního stavu klienta), regionu (reakce na zvyšující se počet seniorů) i společnosti (např. stárnutí populace). Princip komplexnosti zdůrazňuje propojenost jednotlivých složek i forem péče – na mikro-, mezo- a makroúrovni. Komplexní pojetí zdůrazňuje kombinaci všech výše zmíněných principů s cílem vytvořit takový systém péče, který bude pružně reagovat na změny, jež lze v budoucnu očekávat.

Literatura

1. Bengtson, V. L., Olander, E. B., Haddad, A. A., 1976. The “generation gap” an ageing family members: Toward a conceptual model. In J. F. Gubrium (Ed.). Time, roles, and self in old age. Human Sciences Press, New York: 237–263.
2. Bengtson, V., L., Oyama, P. S., 2007. Intergenerational Solidarity and Conflict. New York: United Nations Headquarters. [online] [cit. 2020-11-04]. Dostupné z: https://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_bengtson.pdf
3. Burnes, B., 2005. Complexity theories and organizational change. *International Journal of Management Reviews*. 7(2): 73–90. DOI: 10.1111/j.1468-2370.2005.00107.x.
4. Dawson, R., 2012. Don Tapscott: The arc of history is a positive one, towards openness, Trends in the Living Networks. [online] [cit. 2020-11-15]. Dostupné z:

<https://rossdawsonblog.com/weblog/archives/2012/06/don-tapscott-the-arc-of-history-is-a-positive-one-towards-openness.html>

5. Europe Population, 2020. Worldometers. [online] [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <http://www.worldometers.info/world-population/europe-population/>
6. Forgues, B., Thietart, A., 2011. Section 2, Complexity science and organization, from book – The SAGE Handbook of Complexity and Management edited by Peter Allen, Steve Maguire, Bill McKelvey. SAGE, p. 53. ISBN 9781446209745.
7. Glennie, J. (2009). Openness, Democracy and Humility: The principles of a new era in development. *Development*, 52(3): 363–368. DOI: 10.1057/dev.2009.52.
8. Katz, R., Lowenstein, A., Phillips, J., Daatland, S. O., 2005. Theorizing intergenerational family relations: Solidarity, conflict, and ambivalence in cross-national contexts. In: V. L. Bengtson, A. Acock, K. R. Allen, P. Dilworth-Anderson, D. M. Klein (Eds.). *Sourcebook of family theory and research*. Sage, Thousand Oaks, CA: 393–407.
9. Lak, A., Rashidghalam, P., Myint, P. K., & Bradaran, H. R., 2020. Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. *BMC Public Health*, 20(1). DOI: 10.1186/s12889-019-8136-8.
10. Mak, Wai Ming, 2012. Section 7, Rethinking Business Strategy with Complexity Theory, from book - *Systems Theory and Practice in the Knowledge Age*, edited by Gillian Ragsdell, Daune West, Jennifer Wilby. Springer Science & Business Media, p. 321. DOI: 10.1007/978-1-4615-0601-0_37. ISBN 9781461506010.
11. *Manuál aktivního stárnutí*, 2012. Praha: Evropská rozvojová agentura. [online] [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf
12. Možný, I., Přidalová, M., Bánovcová, L., 2003. Mezigenerační solidarita. Předběžná zprávu z mezinárodního srovnávacího výzkumu. *Hodnota dětí a mezigenerační solidarita*. Praha: VÚSP. Výzkumné centrum Brno. [online] [cit. 2020-11-04] Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/fulltext/mezgen.pdf>
13. MPSV, *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. [online] [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf

14. Paúl, C., Ribeiro, O., Teixeira, L., 2012. Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1–10. DOI: 10.1155/2012/382972.
15. Peters, M. A., 2013. Radical openness: Creative institutions, creative labor and the logic of public organizations in cognitive capitalism. *Knowledge Cultures*, 1(2): 47–72.
16. Peters, M. A., 2014. Openness and the Intellectual Commons. *Open Review of Educational Research*, 1(1): 1–7. DOI: 10.1080/23265507.2014.984975.
17. Petrová Kafková, M., 2012. Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti. In: *Sociální studia/Social Studies*. Vol. 7, No 4. DOI: 10.5817/SOC2010-4-63.
18. Petts, J.; Owens, S.; Bulkeley, H., 2008. Crossing boundaries: Interdisciplinarity in the context of urban environments. *Geoforum*, 39: 593–601.
19. Population projection in the EU, 2020. Eurostat.[online] [cit. 2020-12-14] Dostupné z:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_population_projections&oldid=497115
20. Preamble to the Constitution of WHO, 1948. Adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
21. Projekce obyvatelstva České republiky v časovém období 2018–2100. 2018. Český statistický úřad. [online] [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>
22. Projekt „Výměna zkušeností a know-how v oblasti aktivního stárnutí a zaměstnanecké politiky vůči pracovníkům starším 50 let“, 2011. Aktivní stárnutí EHP/NORSKO [online] [cit. 2017-11-26]. Dostupné z: <http://www.mamaloca.cz/wp-content/uploads/2012/03/Manu%C3%A1l-2.pdf>
23. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project, 2020. WHO. [online] [cit. 2020-11-08]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
24. Průměrný věk podle obcí v Jihočeském kraji v roce 2019. Mapy, kartogramy – kraj. Krajská správa ČSÚ v Českých Budějovicích. [online] [cit. 2020-11-24]. Dostupné z:

https://www.czso.cz/documents/11256/139575278/Prum_vek_obce_1_2019.png/047f7859-ef33-4986-b162-b59bc69de880?version=1.1&t=1591962320368

25. Rada seniorů ČR. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. [online] [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: http://www.rscr.cz/wp-content/uploads/2013/04/III_vlada__Akcni_plan_staruti_1.pdf
26. Roberts, R. E. L., Richards, L. N., Bengtson, V. L., 1991. Intergenerational solidarity in families: Untangling the ties that bind. In S. K. Pfeifer, M. B. Sussman (Eds). *Marriage and Family Review*, Vol. 16. Haworth Press, Binghamton, NY: 11–46.
27. Rosenvinge, H., 2002. The Multidisciplinary Team. In: Copeland, J. R. M., Abou-Saleh M. T., Blazer, D. G.(Eds). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. John Wiley & Sons Ltd Print ISBN 0-471-98197-4. Online ISBN 0-470-84641-0.
28. Second United Nations World Assembly on Ageing in Madrid. Geneva: World Health Organization. [online] [cit. 2020-11-15]. Dostupné z: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf36>.
29. Statistická ročenka Jihočeského kraje, 2019. České Budějovice: Krajská správa Českého statistického úřadu v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-250-2935-0. [online] [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90863263/33010519.pdf/7fb6f3bd-afb8-4d8f-b845-e8dc885b1dd3?version=1.11>
30. Stock, P., Burton, R. J. F., 2011. Defining Terms for Integrated (Multi-Inter-Trans-Disciplinary) Sustainability Research. *Sustainability*, 3(8): 1090–1113. DOI: 10.3390/su3081090.
31. Strategie přípravy na stárnutí společnosti na léta 2018–2025. MPSV.[online] [cit. 2020-11-15]. Dostupné z: https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnut%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALSBADJYUA2.pdf
32. Tress, B., Tress, G., Fry, G., 2005. Researchers experiences, positive and negative, in integrative landscape projects. *Environ. Manage*, 36: 792–807.
33. Tress, B., Tress, G., Fry, G., 2005a. Researchers experiences, positive and negative, in integrative landscape projects. *Environ. Manage*. 36: 792–807.

34. Tress, G., Tress, B., Fry, G., 2006. Publishing integrative landscape research: Analysis of editorial policies of peer-reviewed journals. *Environ. Sci. Policy*, 9: 466–475.
35. Tress, G., Tress, B., Fry, G., 2007. Analysis of the barriers to integration in landscape research projects. *Land Use Policy*, 24: 374–385.
36. UN World Population Prospects, 2020. [online] [cit. 2020-11-04] Dostupné z: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
37. Walter, A. I., Helgenberger, S., Wiek, A., Scholz, R.W., 2007. Measuring societal effects of transdisciplinary research projects: Design and application of an evaluation method. *Eval. Program Plann.* 30: 325–338.
38. WHO, 2002. Active Aging: A Policy Framework.[online] [cit. 2020-12-14] Dostupné z:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=787C3FC72D615574A75A78BCB809DB22?sequence-1
39. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37/2006.

3.1 Metody využité při řešení projektu

Metodologicky je projekt založen především na využití kvalitativních výzkumných metod, ale také na analýze dostupných statistických údajů, interních dokumentů a materiálů poskytovatelů služeb a pozorování. Z kvalitativních metod byly využity focus group (skupinový rozhovor) a polostrukturované rozhovory. Pro tvorbu výstupu projektu – modelu péče byla využita metoda modelování. Projekt byl schválen etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity (viz úvodní popis).

V roce 2018 byly zrealizovány dva workshopy na půdě Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích. Výzkumný soubor byl tvořen 21 informanty – řediteli zabývajících se péčí o uživatele v domovech pro seniory v ČR. Cílem moderované diskuse během setkání bylo identifikovat trendy týkající se komplexní zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory v ČR a sdílet příklady dobré praxe. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného, axiálního a selektivního kódování s hledáním prvků zakotvené teorie, a to za pomoci programu ATLAS.ti 7, určeného pro kvalitativní zpracování dat.

Cílem kvalitativního výzkumu v roce 2019 bylo identifikovat výhody a nevýhody bydlení v seniorském cohousingu, který byl identifikován jako jedno z možných řešení třístupňového řešení potřeb seniorů a který není dosud v České republice rozšířen. Výzkumný soubor byl tvořen zástupci ze 7 cohousingových komunit z různých zemí Evropy. Jednalo se o Rakousko, Německo, Švédsko, Anglie a Dánsko. Byla použita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného, axiálního a selektivního kódování, dále pak dílčími metodami zachycení vzorců a kontrastování, a to za pomoci programu ATLAS.ti 7.

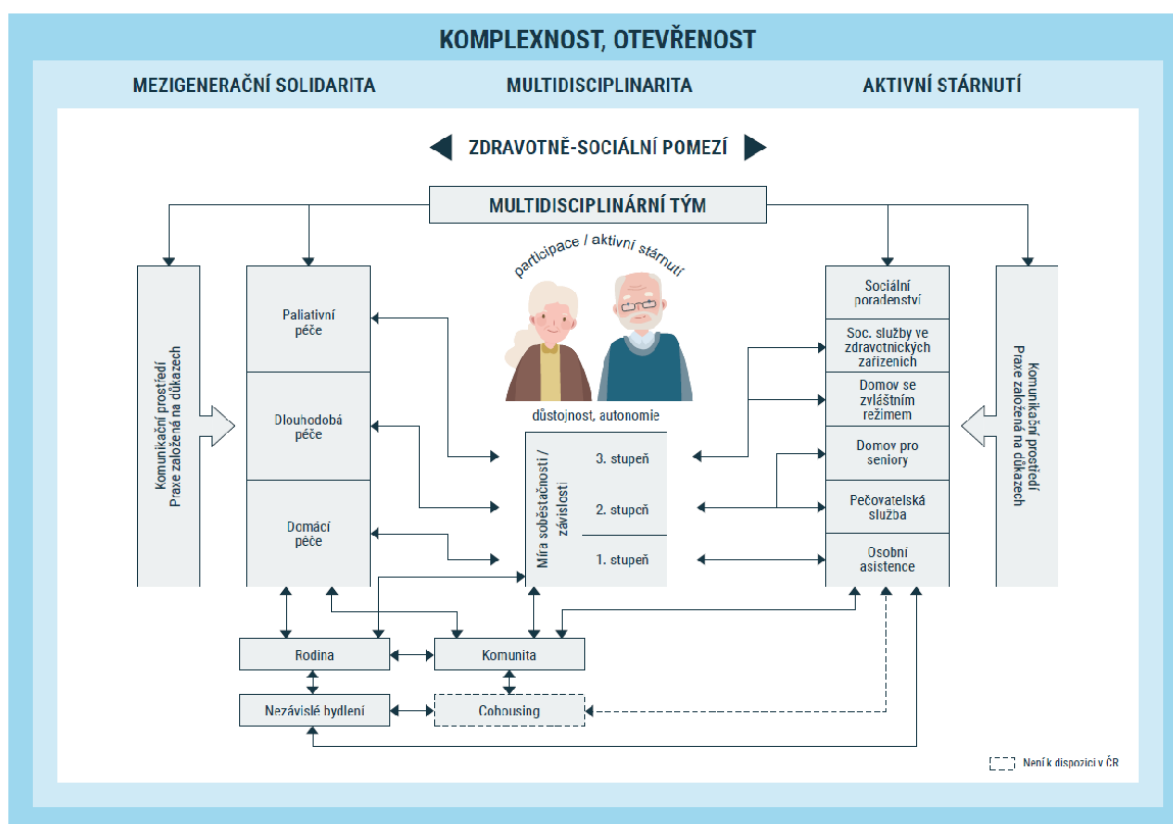
Cílem využití metody modelování v roce 2020 bylo vytvořit návrh modelu péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení. Na základě několika kol brainstormingu, studia předchozích výstupů projektu, zkušeností řešitelského týmu a literární evidence byl zpracován model, který je prezentován jak graficky, tak i popisem a je možné jej využít v rámci řešení zdravotně-sociálního pomezí na místní i dalších úrovních v ČR.

4 VÝSTUPY PROJEKTU

4.1 Návrh modelu péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení

Navržený model představuje určitý ideál organizace a vzájemného provázání stárnoucí populace, neformálních pečovatelských komunit a systému sociálních a zdravotních služeb. Model je založen na respektování významných principů a hodnot, které zaručují zajištění lidské důstojnosti na straně jedné a účelnosti a efektivity poskytované péče na straně druhé, při respektování principu vlastního rozhodování seniorů a jejich autonomie.

Péče o seniory v rámci třístupňového bydlení je komplexní a do jisté míry také individuální otázkou, proto si navržený model neklade za cíl pokrýt všechny tyto aspekty, ale vytvořit praktický rámec, ve kterém by bylo možné naplňovat potřeby seniorů. Tento model je určen především pro praktickou diskusi a rozvalu řešení péče o seniory na úrovni obcí/aplikačních garantů. Jednotlivé části modelu jsou diskutovány v celé kapitole *Výstupy projektu*.



Zdroj: Projekt „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“, TAČR reg. číslo: TL 01 0000 32.

Obr. 1 Model péče o seniory

V rámci řešení projektu byl vytvořen návrh komplexního modelu péče o seniory v pobytových službách v konceptu třístupňového bydlení. Navržený model rámuje zásadní principy, v jejichž rámci se péče o seniory odehrává, respektive měla by se odehrávat. Jde o komplexnost, otevřenost, mezigenerační solidaritu, multidisciplinárnu a aktivní stárnutí. Tyto pojmy jsou vymezeny v rámci kapitoly Teoretická východiska řešení (viz výše).

Ve středu modelu a obecně celého snažení o zajištění potřeb stárnoucí populace se nachází seniorka a senior a jejich potřeby, zde členěné podle míry soběstačnosti, respektive míry závislosti do tří stupňů. Za zásadní hodnotu je považována jejich důstojnost, která je zásadní jak z pohledu seniorů, tak i společnosti jako celku. Stejně tak důležitá je snaha o co možná největší autonomii seniorů. Dalšími principy, které jsou důležité jak pro seniory, tak i pro společnost jako celek, jsou participace a aktivní stárnutí (blíže viz kapitola Teoretická východiska řešení).

Z výzkumu v rámci projektu i obecné znalosti vyplývá, že péče o stárnoucí populaci v sobě obsahuje jak sociální, tak i zdravotní komponentu. Proto je péče v rámci modelu řešena jako kontinuum zdravotně-sociálního pomezí, které mimo odbornost jednotlivých profesí přináší také nutný přesah, jenž je nezbytný pro péči o seniory a vytváří komunikační prostor, ve kterém jsou potřeby seniorů uspokojovány v rámci praxe, jež je založena na praktických důkazech. Model obsahuje sociální a zdravotní služby, které jsou pro řešení třístupňového bydlení k dispozici, jakkoliv si nedělá nárok na zcela vyčerpávající přehled. Ve vymezených zařízeních je realizována multidisciplinární spolupráce, kterou detailněji rozvíjí kapitoly *Multidisciplinární spolupráce v systému péče o seniory...*, *Ošetrovatelská péče v kontextu multidisciplinární péče o seniory*, a v neposlední řadě kapitola *Kruhová podpora...*. Následující podrobný text rozvíjí detailně příklady dobré praxe v rámci poskytování multidisciplinární péče o seniory, včetně bazální stimulace, psychobiografického modelu, smyslové aktivizace, validace a realizace paliativní péče v zařízeních sociálních služeb.

Důležitou roli v rámci celého modelu (ekosystému) hraje rodina a další neformální pečovatelé, stejně jako komunita (k tématu řešení potřeb seniorů v rámci komunity viz kapitola *Komunitní péče* a je rovněž navrhováno zřizovat a rozvíjet komunitní centra, která by v sobě integrovala některé aspekty péče o seniory s tím, že v rámci modelu jsou tato centra zahrnuta v rámci obdélníku komunita).

Model rovněž uvádí samostatné nezávislé bydlení, které je samozřejmě ideálem, nicméně ne vždy jsou dostupné sociální a zdravotní služby, stejně jako podpora komunity, rodiny a dalších neformálních pečovateli, které by toto umožňovaly. Významnou inovací modelu je zařazení cohousingu, který není doposud v České republice rozšířen (podrobně k tématu cohousingu viz podkapitola Cohousing).

4.2 Komunitní péče

V posledních letech v České republice nabývá na významu **komunitní péče**, která se týká nejen motivace a spolupráce jednotlivých odborníků v rámci multidisciplinárního týmu v koordinované rehabilitaci, ale také sociálně-kulturního kontextu s ohledem na cílové skupiny v komunitě (senioři, osoby se syndromem demence, osoby s duševní poruchou či s disabilitou aj.). Na **komunitu** pohlížíme jako na místo, kde lidé mohou získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě“ (Hartl, 1997). Komunitní péče je spektrem celé řady služeb, tj. zdravotních i sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány lidem „zdravým“ i osobám s disabilitou, jejich rodinám a skupinám v dané komunitě.

Komunitní péče jako proces vědomého sociálního působení je zaměřen na následující cíle – všechny či některé (Dunham, 1958):

- 1) na propojení potřeb a existujících zdrojů v komunitě;
- 2) na podporu skupinové solidarity a spolupráce v komunitě;
- 3) na podporu změn v komunitě.

Komunitní péče v kontextu péče o seniory souvisí jednak s **komunitní sociální prací**, jednak s komunitním ošetřovatelstvím. Cílem komunitní sociální práce je aktivizovat komunitu za využití všech dostupných zdrojů a mobilizovat občanskou svépomoc (van Weeghel et al., 2009). **Komunitní péče** musí být jednak na regionální, jednak na lokální úrovni začleněna do komunitních podpůrných systémů (van Weeghel et al., 2009). Mezi charakteristiky a požadavky komunitní péče patří:

- a) dobré pracovní spojení (working alliance) mezi klientem a poskytovatelem pomoci;
- b) efektivní intervence zaměřené na posílení (empowerment) a společenskou participaci klientů;
- c) široká nabídka péče klientům, rodině a široké veřejnosti;

d) důraz na rodinu a její podporu, důraz na neformální poskytovatele péče klientovi (van Weeghel et al., 2005).

Všeobecná **sestra** v rámci **komunitního ošetřovatelství** identifikuje faktory ovlivňující kvalitu života seniora, navrhuje a vypracovává plány edukace seniora a jeho rodinných příslušníků včetně přípravy edukačních materiálů a podílí se na koordinaci práce členů ošetřovatelského týmu včetně hodnocení kvality ošetřovatelské péče (MZ, 2019). Komunitní sestra se aktivně podílí nejen na podpoře aktivního stárnutí, ale je také součástí multidisciplinární péče o seniory v rámci navrhovaného modelu péče o seniory.

V kontextu **komunitní péče** zastává vždy významnou roli nejen senior, ale i rodina a její pečující příslušníci. V rámci **komplexní zdravotní a sociální péče** o seniory má nezastupitelnou roli kromě komunitní sestry též **komunitní sociální pracovník**, který je zodpovědný za realizaci **komunitní sociální práce** v souladu s jednotlivými principy **komunitní sociální práce** a s etickým kodexem sociální práce (Havrdová, 2015). Na realizaci komunitní práce se podílejí kromě sociálního pracovníka rovněž další subjekty, a to především členové komunity (Havrdová, 2015).

V rámci třístupňového bydlení pro seniory řešitelský tým vychází z **pojetí komunitní práce**, kterou definuje Twelvetrees (1991) jako pomoc obyčejným lidem, aby společným úsilím zlepšili svoji vlastní komunitu. Principy **komunitní sociální práce** se využívají s cílem podporovat jednak participaci a jednak komunikaci osob v kontextu občanské společnosti, jednak k podpoře lidské pospolitosti (Havrdová, 2015). **Komunitní práci v kontextu sociální práce** lze chápat jako dlouhodobě působící metodu sociální práce, jejímž subjektem je zaprvé skupina/komunita osob, jež se dlouhodobě potýkají se společnými obtížemi v interakcích s okolním prostředím (v současné době obvykle hovoříme o sociálním znevýhodnění, sociálním vyloučení či nepříznivé sociální situaci), a zadruhé jejím cílem je posilovat schopnost této skupiny/komunity zvládat znevýhodňující a obtížné interakce tak, aby získala větší míru kontroly nad okolnostmi, kterým jsou členové komunity společně vystaveni, a dosahovat tak společně (komunitou) definovaných cílů (Havrdová, 2015).

Komunitní sociální práce se dotýká nejen jednotlivých členů komunity a jejich potřeb, tj. v našem případě seniorů a jejich rodinných příslušníků, ale je zároveň důležitá k podpoře a k rozvoji komunity v souladu s principy komunitní sociální práce – principy sebeurčení, lokalizace, svépomoci, maximálního využití zdrojů, princip úplné komunity, instituční

vstřícnosti a celoživotního vzdělávání. Řešitelský tým považuje za stěžejní v rámci komunitní péče do třístupňového bydlení pro seniory začlenit také **komunitní centrum pro seniory**, které by bylo místem pro setkání seniorů žijících v komunitě, tj. ve vlastní domácnosti, a zároveň seniorů v domovech s pečovatelskou službou i uživatelů pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem). **Komunitní centrum** je jako tradiční místo setkávání seniorů, ve kterém bude probíhat celá řada činností a aktivit, tzv. přednášky, PC kurzy, zdravotní gymnastika, jóga, stolní hry, taneční a pěvecký soubor aj., a bude zde také umístěna kavárna, kterou mohou využívat i ostatní obyvatelé žijící v komunitě. Nedílnou součástí komunitní sociální práce je tedy i aktivní zapojení seniorů a jejich rodinných příslušníků včetně řady aktivit a programů podporujících **mezigenerační solidaritu**. Příkladem jsou univerzity třetího věku, univerzita společná pro vnoučata a jejich prarodiče, spolupráce seniorů jako dobrovolníků atd.

Literatura

1. Dunham, A., 1958. Community Welfare Organization. New York: Thomas Y. Crowell Company. 480 pp.
2. Hartl, P., 1997. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha, Slon, s. 22–39.
3. Havrdová, Z., 2015. Role sociálního pracovníka v komunitní práci. Sešity sociální práce. 2/2015. [online] [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/2ssp.pdf/62383101-41e1-6dd6-c205-da6e91bfa48e>
4. Kinkor, M., 2001. Komunitní práce. In: Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce. Praha Portál, s. 253–260.
5. Matoušek, O., a kol., 2013. Encyklopedie sociální práce, Praha: Portál. Konkrétně hesla: Práce s komunitou (Alice Gojová), Sociální akce (Libor Musil), Práce se sítěmi podpory (Gojová, Musil) a mnohá další.
6. MZ, 2019. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Komunitní ošetrovatelská péče. [online] [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/4225/23378/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2062%20VS%20%20Komunitn%C3%AD%20o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

7. Twelvetrees, A. C., 1991. Community Work Practical social work. 2. vydání.
8. van Weeghel, et al., 2005. The components of good care for persons with severe mental illness: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28: 274–282.
9. van Weeghel, et al., 2009. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In: Pěč, O., Probstová, V. 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, s. 14–29. ISBN 978-80-7387-253-3.

4.3 Multidisciplinární spolupráce v systému péče o seniory – dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem

V prostředí domovů pro seniory se na péči o klienty podílí řada rozdílných profesí poskytujících zdravotní a sociální služby. Způsob jejich legislativního vymezení, nároky na profesní přípravu i způsob jejich naplňování v každodenní praxi se samozřejmě liší. V každodenním běhu péče pak tyto profese hledají, resp. by měly hledat, jak efektivně spolupracovat ve prospěch člověka, který žije v domově a o kterého pečují. Prostor seniorských domovů, kde působí více odborností a resortů, přímo vyžaduje určitou formu spoluúčasti či spolupráce – tedy multidisciplinární přístup (Dvořáčková, 2012). Využití multidisciplinárních týmů je nesmírně cenné při dosahování pozitivních výsledků intervencí, zejména ve prospěch klientů v obtížných nebo složitých situacích, jejichž řešení se nachází na pomezí působnosti více resortů či institucí (Gendron et al., 2016).

Dům s pečovatelskou službou není zařízením sociálních služeb podle platné legislativy, jedná se obvykle o byty ve vlastnictví obce, o nichž také sama obec rozhoduje. Pečovatelská služba se pak poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob v rozsahu § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zahrnuje nejčastěji pomoc při osobní hygieně, při chodu domácnosti, nákupu, zajištění stravy, doprovod k lékaři, na instituce apod. Tým pečovatelské služby není legislativně vymezen, v praxi panuje velká nejednotnost jak v nabídce poskytovaných služeb, tak v odbornostech, které ji vykazují.

Navržený multidisciplinární tým v kontextu case managementu v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem tvoří sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, všeobecná sestra, lékař, lékař specialista, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut,

aktivizační pracovník, psycholog, duchovní, dobrovolník. Nedílnou součástí je participace týmu s rodinou popř. s opatrovníkem klienta.

Má-li být úspěšně vybudován multidisciplinární tým, který je schopen kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce, je zapotřebí definovat vedle jeho cílů především základní principy činnosti (jakási ideová východiska), s nimiž by se mohli (a také měli) všichni členové týmu identifikovat (Jankovský, 2014). Mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu je nezbytná dobře fungující, všestranná komunikace, v duchu spontánní identifikace všech členů týmu, s jasně definovanými základními principy činnosti (Sfetcu, 2013). To však neznamená, že by tak v rámci týmu byla zcela eliminována možnost vzniku názorových, koncepčních, kompetenčních či jiných střetů a sporů. Ty jsou přirozenou součástí činnosti multidisciplinárního týmu a mnohdy mohou svědčit mj. i o jeho akceschopnosti. Důležité totiž nejsou vlastní střety (spory), ale především schopnost adekvátním způsobem je řešit, neboť mohou být v konečném důsledku dokonce i přínosem (Raine, 2014).

V kontextu sociální práce se seniory je potřebná mezioborová spolupráce a efektivní komunikace mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, neboť do řešení zdravotní a sociální situace klientů vyššího věku vstupuje celá řada odborníků spadajících do různých resortů (MZ, MPSV, MŠMT). Kromě sociálních pracovníků se jedná o pracovníky v sociálních službách, všeobecné sestry, praktické lékaře a lékaře specialisty, fyzioterapeuty, psychology, ergoterapeuty, pedagogy volného času, psychoterapeuty či další terapeuty – muzikoterapeuty či arteterapeuty, dobrovolníky a duchovní. Nedílnou součástí multidisciplinární péče je sociální práce s rodinami seniorů, kteří jsou umístěni v pobytové sociální službě či o ní uvažují kvůli snížené soběstačnosti a zhoršené mobilitě. V neposlední řadě je potřebné zmínit též sociální práci s rodinami seniorů, kteří jsou relativně soběstační a využívají zatím např. pečovatelskou službu (dovážka obědů, nákupy, úklid v domácnosti). Dále velmi důležitou roli hraje sociální práce na obcích II. a III. typu mimo jiné i vzhledem k nutnosti pracovat se seniory a jejich rodinami v komunitě, tj. komunitní sociální práce. Zde je užitečné zmínit propojenost konceptu třístupňového bydlení pro seniory nejen na komunitní péči, ale i mezigenerační solidaritu.

V posledních letech se posiluje pozice sociálního pracovníka (nejen) v péči o seniory, a to v souvislosti s rozvojem multidisciplinární péče. Princip multidisciplinarity je tedy jedním ze stěžejních principů v oblasti zdravotně-sociální péče o seniory, a to především v rámci modelu péče o seniory v kontextu třístupňového bydlení pro seniory. Sociální pracovník v péči o seniory zaujímá nejrůznější role, tj. role koordinátora, poradce, poradce-terapeuta, případového manažera, což je v souladu s pojetím rolí sociálního pracovníka (Řezníček, 1994). Dále je

potřebné zmínit, že sociální pracovník zastává v kontextu třístupňového bydlení pro seniory nejrůznější činnosti (Janečková, 2005):

- a) administrativní práce;
- b) plánování příchodu do zařízení, sociální šetření v místě bydliště, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora k pobytu, kontrakt s klientem a rodinou, umístování klientů na jednotlivá lůžka;
- c) poskytování informací o domově veřejnosti a žadatelům o pobyt, rozhovory se zájemci o pobyt, zajišťování zkušebních pobytů;
- d) individuální adaptační plán;
- e) programy aktivit, kulturní a společenské akce, vzdělávací programy;
- f) spolupráce a práce s rodinou klienta;
- g) mezigenerační programy a zapojení širší komunity;
- h) dobrovolnický program;
- i) koordinace respitních pobytů;
- j) sociální služby pro obyvatele;
- k) psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, validace, taneční a reminiscenční terapie, trénování paměti a jiné speciální techniky;
- l) manažerská činnost – vedoucí socioterapeutického týmu, zástupce ředitele;
- m) dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů;
- n) zajišťování programu kvality – koordinace práce na interních standardech kvality, interní supervize pečovatelů, videotrénink interakcí, vzdělávací program, průzkumy spokojenosti klientů a personálu.

Sociální pracovník v rámci multidisciplinárního týmu bude mít stěžejní a nezastupitelnou roli v poskytování komplexní zdravotně-sociální péče v souladu s multidisciplinaritou. To znamená, že bude „stát“ uprostřed multidisciplinárního týmu v pozici case managera a v duchu koordinované rehabilitace. Toto inovativní pojetí týkající se role sociálního pracovníka v komplexní zdravotní a sociální péči o seniory je výsledkem výzkumné části projektu a dále je

inspirováno praktickými zkušenostmi napříč všemi oblastmi odborné péče o seniory. Tento návrh je podpořen návrhem multidisciplinárního týmu dle Jankovského (2015), jde o tzv. schéma kruhové podpory v rámci multidisciplinárního týmu.

Toto pojetí je v souladu s principy case managementu, který koordinuje péči o seniory prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb. Case management napomáhá k získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta, k plánování péče a podpory, uskutečňování plánu za využití zdrojů klienta a jeho sociální sítě, monitorování dosažených výsledků a k vyhodnocování práce a výsledků se všemi zúčastněnými, kteří se na práci s klientem podíleli (Stuchlík, 2002; Onyett 1992; Pěč a Probstová, 2009). Case management v souvislosti modelu péče o seniory v kontextu třístupňového bydlení vede k intenzivní a dlouhodobé podpoře klientů. Case management jako metoda případového vedení přispívá k řešení komplexních problémů osob vyššího věku během koordinované péče v rámci multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník – case manager se jeví v rámci modelu péče v kontextu třístupňového bydlení jako dobrá volba, a to nejen díky potřebě spolupráce mezi jednotlivými službami, ale též díky nabídce služeb určených pro seniory žijící v komunitě.

Z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumu vyplynula též důležitost individualizace ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních pro seniory. Nečasová (2001, s. 49) nahlíží na individualizaci „jako na uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti každého jednotlivého klienta“. Individualizovaná péče v domově pro seniory je péčí orientovanou na potřeby konkrétního uživatele a je založena na respektování osobnosti daného uživatele, jeho vlastností a schopností, zájmů a přání.

V zahraničí je často zdravotní a ošetrovatelská péče oddělená od domácího prostředí klienta. Klient dochází na kontroly nebo je dovezen do ordinace proto, aby domácí prostředí bylo více domácím než „nemocničním“. Tomu odpovídá i pracovní oděv zaměstnanců. Pokud klient nemůže do ordinace dojít nebo být odvezen, přichází sestra za ním a v případě potřeby je převezen na jednodenní ošetrovací jednotku, která je součástí domova pro seniory. Součinnost s fyzioterapeuty, sociálními pracovníky pro celkovou kvalitu života klienta v domově pro seniory je nezbytná (Procházková, 2019).

Základním problémem celé péče v rámci multidisciplinárního týmu je nedostatečný počet pečujícího personálu. Bohužel, nepříznivá finanční situace řady těchto zařízení je naopak tlačí ještě do další redukce personálu. Bez dostatku pracovníků však dobrou péči osobám s vysokou závislostí na pomoci druhé osoby poskytovat nelze (Kodymová, 2015). S postupujícím věkem

klientů se objevuje řada specifických potřeb a zařízení sociálních služeb, které se specializují na poskytování péče seniorům, na ně musí být schopno reagovat, bez ohledu na typ poskytované služby. V tomto ohledu není rozhodující, zda se jedná o domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem. Je důležité, aby i v domovech pro seniory, při kterých není k dispozici sociální služba, domov se zvláštním režimem, bylo předpokládáno (a při zajišťování služby zohledňováno), že se mohou rozvinout u seniorů některé zdravotní komplikace, zejména např. demence. Její výskyt by pak neměl vést k ukončování služby, nýbrž k přizpůsobení specifickým potřebám aktuální klientely. Mezi nové trendy při práci se seniory s demencí patří např. Montessori aktivity, které přinášejí zlepšení zapojení seniora do činnosti a lepší výdrž u aktivity, potěšení či zmírnění problémů např. s konzumací jídla (Levická, 2020). U seniorů s demencí se jako součást nefarmakologické terapie též velmi dobře osvědčilo využití biografie, jak zdůrazňuje Procházková (2020). Uvádí, že prostřednictvím biografie se senior vrací do svého dětství, používá naučené emocionální způsoby chování z dětství. Biografii můžeme vidět jako možnou cestu návratu do mládí seniora a jako významnou součást nefarmakologické terapie v péči o seniory s demencí. U osob s demencí je potřeba zdůrazňovat vstup do péče s životním příběhem, a i tímto ukázat na propojenost zdravotně-sociálního pomezí. Tento přístup je nezbytné naučit hlavně i mladé generace (Procházková, 2020). Využití biografie má značné pozitivní dopady na daného jednotlivce, podobně jako koncept bazální stimulace. Životním příběhem se často podaří uklidnit osobu, pomoci jí k lepšímu vnímání okolí, k docílení koncentrace apod. S tím je ovšem ale spojená nutnost vyškolení personálu v těchto konceptech a přístupech. To může být velice nákladné a tím pádem se v praxi stává, že v týmu je jeden vyškolený odborník, který pak předává zkušenosti dalším kolegům.

Péče o člověka s demencí v pobytových zařízeních musí být založena na odborných poznatcích o jeho onemocnění, musí vycházet z jeho stadia, musí být nastavena individuálně a prováděna poučeným personálem (Malíková, 2011). Péče se musí opírat jak o nefarmakologické přístupy, tak i o vhodnou farmakoterapii, je-li indikována. Naopak, intuitivní a neodborný přístup znamená nejen nevyužitou příležitost ke zvýšení komfortu klienta, ale může přímo zhoršovat jeho obtíže či zbytečně působit utrpení. Z rozhovorů pracovníků v domovech pro seniory vyplývá, že považují za někdy těžké, zvláště u lidí s demencí, naplnit jim volný čas něčím, co by je nějakým způsobem bavilo. V zařízeních zařazují různé aktivity, dle schopností a zájmů klientů, např. individuální cvičení, jógu, keramiku, pečení, vaření či různé rukodělné aktivity, arteterapii, drobné práce na zahradě, tréninky paměti, smyslovou aktivizaci, využití snoezelenu

apod. Zmiňovaná je i aromaterapie. Velmi oblíbená je též muzikoterapie, kterou lze vnímat i jako relaxační cvičení a též jako vhodný způsob aktivizace (Kulatý stůl, R3, 10. 5. 2018).

Rovněž prostředí, ve kterém senior žije, může být pro řadu polymorbidních osob s disabilitou prostředím bariérovým, ve kterém je i rutinní aktivita nezávládnutelná bez asistence. Jestliže se vyřeší tyto bariérové situace a prostředí je facilitační (event. bezbariérové, podporující), může jedinec plně využívat své funkční zdraví (dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, WHO, 2008).

Je také třeba opustit „zastaralý“ pohled na klientelu domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Již neplatí, že jsou zde ubytováni zdraví soběstační senioři, kteří chtějí stáří strávit v kolektivu vrstevníků. Už jen předpokladem přijetí je určitá míra závislosti na poskytované péči.

U domovů se zvláštním režimem je zřejmé, že služby a vzhledem k tomu i nároky na zaměstnance a na jejich kvalifikaci se vyvíjí dle toho, jaká je aktuálně klientela v domově. Aktivizačních pracovníků není obecně dostatek, zřizovatel často stanovuje závazný počet zaměstnanců na jednotlivých pozicích. Opodstatněnost smyslové aktivizace je zde nezpochybnitelná.

Klientelu domovů pro seniory v současnosti tvoří zejména senioři se závažnými zdravotními problémy. Jejich zdravotní stav tak vyžaduje poskytování ošetrovatelské péče přímo v zařízení. Jedná se o celou škálu ošetrovatelských úkonů, např. o podání léků, úkony související s řešením rizika malnutrice a jejích projevů, o prevenci a ošetřování dekubitů či řešení stavů neklidu (Štěpánková et al., 2015). Ačkoliv tedy zákon o sociálních službách předpokládá, že domovy pro seniory i domovy se zvláštním režimem budou klientům poskytovat ošetrovatelskou a fyzioterapeutickou péči zejména prostřednictvím svých zaměstnanců (viz § 36 zákona), není uspokojivě vyřešeno jejich financování. Z výpovědí zaměstnanců vyplývá, že všeobecné sestry jsou v zařízeních zejména u klientů, kteří potřebují větší zdravotní péči.

Aby výše popsaná péče mohla být efektivní a holistická, ošetřující personál musí mít adekvátní vzdělání a ovládat dovednosti odborné, komunikační, manažerské. Neméně podstatné je dostatečné vybavení moderními pomůckami (prádlo, inkontinenční pomůcky, hygienické a kosmetické přípravky vhodné pro ošetření stařecké křehké a porušené pokožky, zdravotnický materiál), zařízením (elektrická či mechanická lůžka, pojízdná křesla, vany, vozíky, zvedáky, pomůcky na polohování – prkna, rolery, kluzné podložky) a dále dostatkem prostoru pro manipulaci i domácí vyhlížeující prostředí.

Kromě základního kvalifikačního vzdělání je nezbytné celoživotní vzdělávání personálu tak, aby implementoval nové poznatky do praxe. Jde o moderní ošetrovatelské postupy a koncepty péče, které jsou zaměřeny především na saturaci potřeby jistoty a bezpečí a vycházejí z prvotního smyslového vnímání a životních zkušeností – prožitků, a to zvláště z dětství a mládí. Ošetřující personál může s velmi dobrým výsledkem používat koncept Bazální stimulace, Smyslové aktivizace, Validace a Psychobiografický model péče podle prof. Böhma i Snoezelen. Všechny tyto modely a koncepty péče pracují vždy s určitou formou komunikace, která vzbuzuje u klientů důvěru, snižuje či odstraňuje strach. S jejími prvky sestra seznamuje také rodinné příslušníky či blízké osoby klienta, aby je při komunikaci s ním používali (Böhm, 2016; Feil, de Klerk-Rubin, 2010; Lore, Schwinghammer, 2013; Procházková, 2019).

Mnoho zařízení řeší nepřítomnost lékaře o víkendu. V týmu zároveň celkově chybí lékař pro paliativní péči, paliativní praktik (paliatr). Nepřítomnost lékaře se řeší zavoláním záchranné služby v akutních případech, případně spolupráci s mobilním hospicem u paliativních klientů. Řešením by mohlo být, že by paliativu zajišťovali praktičtí lékaři. Důležité je, aby byl lékař alespoň na telefonu (Kulatý stůl, R4, R6, 10. 5. 2018).

V zařízeních chybí často i další profese, případně tam působí pouze externě. Některé aktivity zastupují dobrovolníci. Často se jedná o různé druhy aktivizace seniorů. Organizace proto spolupracují s dobrovolníky ze škol, spolupráce probíhá s místní charitou, s městským úřadem. Spolupráce domovů pro seniory se školami je vnímaná velice pozitivně a prospěšně pro všechny zainteresované strany (Kulatý stůl, R9, 30. 8. 2018).

Mezi jiné služby, které mají v zařízeních pro seniory své místo, patří například služby duchovního směru, služby kněze. Důležité jsou tyto služby kromě jiného u osob v terminálním stádiu nemoci a v paliativní péči.

Za další problém lze také považovat to, že zdravotní pojišťovny neuzavírají smlouvy s nutričními terapeuty v takové četnosti, aby mohli aktivně působit i v zařízeních pro seniory a podílet se na péči o konkrétní klienty, přestože jde o samostatnou odbornost, kterou nelze zcela pokrýt jinými zaměstnanci ani registrovanými všeobecnými sestrami. Obdobně závažné je i neproplácení rehabilitační péče. Tu nelze zařadit pod aktivizaci jakožto jednu ze základních činností služby. Kvalitně a pro klienta bezpečně je možné ji poskytovat pouze prostřednictvím kvalifikovaného personálu – tedy fyzioterapeutů. V tomto se lze sjednotit na obecných přístupech, které by v rámci léčebně rehabilitační péče v těchto zařízeních měly akcentovat. Jedná se především o jasná a deklarovaná režimová opatření ve smyslu denních pohybových

aktivit daného klienta. Pohybové aktivity představují jeden ze základních fenoménů lidského bytí a podílejí se na všech složkách dění moderní společnosti. Přispívají ke kvalitě života a zdraví. Jejich smyslem je fyzické, psychické i sociální zdokonalování a rozvoj člověka. Pohybová aktivita ve stáří má uklidňující efekt, zbavuje každodenního stresu, posiluje svaly, zlepšuje koordinaci, rovnováhu, reflexy a zkvalitňuje kapacitu srdce a plic. Tělesná aktivita může zmírnit projevy osteoporózy, vysokého krevního tlaku, cukrovky a mnoha dalších chorob. V rámci multidisciplinárního týmu v zařízeních si většinou potřebu fyzioterapie uvědomují i sami zaměstnanci.

Nenahraditelnou součástí rehabilitace je i ergoterapie, jak uvádějí i Rowland et al. (2008) a zmiňují několik základních aspektů. Jako jeden z nejdůležitějších cílů vyzdvihují usnadnění a zlepšení kontroly motorických funkcí současně s maximalizací schopností v oblasti soběstačnosti. V rámci ergoterapie probíhá zhodnocení schopnosti provádět každodenní činnosti, osobní záležitosti a pracovní či volnočasové aktivity. Ergoterapie je prakticky zaměřena i na funkční trénink kognitivních funkcí, které ovlivňují nebo omezují výkon. V této oblasti je žádoucí spolupráce s psychologem. Ergoterapeutická intervence probíhá vždy na základě předem stanovených cílů a plánů zaměřených zejména na rozvoj požadovaných dovedností pro fungování v běžném životě. Ergoterapeut se na základě cílů klienta snaží nastavit rehabilitační cíle tak, aby byly konkrétní, měřitelné, dosažitelné, realistické a významné (Rowland et al., 2008). Problémem v České republice je výrazný nedostatek ergoterapeutů ve všech oblastech praxe a péče nejen o seniory. Přitom ergoterapie má zásadní význam pro optimální dosažení soběstačnosti zejména prostřednictvím nácviku běžných denních aktivit v reálném prostředí. Ergoterapeuti se snaží o vytvoření vhodných podmínek pro to, aby vztah mezi zaměstnáváním osoby (myšleno jakékoliv aktivity denního života) a prostředím působil facilitačně, tedy podpořil výkon jedince (Piškur, 2014). Význam nácviku běžných denních činností, používání asistivních technologií a edukaci v oblasti sebeobsluhy prostřednictvím intervence ergoterapeuta potvrzuje i přehledová studie Wolf et al. (2015), která poukazuje na vysokou evidenci zlepšení výkonu ve všedních denních činnostech (ADL) u osob po cévní mozkové příhodě, s nezanedbatelným podílem seniorů s touto diagnózou. Důležitý je individuální přístup vzhledem k funkčnímu stavu osoby v oblasti motorické, kognitivní i psychosociální. Ergoterapeutická intervence je podstatná pro správnou indikaci kompenzačních pomůcek, bezbariérových úprav prostředí a návrh dalších facilitačních prostředků. Významné je rovněž poradenství v této oblasti ve spolupráci s dalšími členy týmu, např. sociálním pracovníkem. Senioři často potřebují pomoci zorientovat se v systémových záležitostech, v

možnostech využití dalších návazných služeb a podpor, zprostředkování kontaktů s úřady a různými zdravotnickými i nezdravotnickými odborníky. Mezi další stěžejní domény ergoterapie patří funkční aktivizace horních končetin, trénink jemné i hrubé motoriky v kooperaci s fyzioterapeutem. Ergoterapeut jako zdravotnický pracovník zároveň v rámci intervence s výrazným přesahem do sociální oblasti klientů takto umožňuje chybějící propojení zdravotní a sociální složky rehabilitace. Výsledkem dobře cílené ergoterapie je i snížení míry potřebného zapojení pečovatelské služby při optimálním dosažení soběstačnosti seniora (zejména snížení potřebné dopomoci při sebeobslužných aktivitách) či alespoň předcházení rozvoje funkčních potíží, případně jejich kompenzace vhodně indikovanými pomůckami. Díky zapojení ergoterapeuta do týmu lze předcházet i vzniku pasivity klientů.

Promyšlené a funkční exteriérové a interiérové řešení domovů pro seniory je též velmi důležité. Pokoj klientovi nahrazuje domov. Neměl by proto být sterilní, naopak by měl co nejvíc odrážet klientovu osobnost, ať jde o vybavení osobními věcmi, kusem nábytku z domova (křeslo, skříňka), či o fotky. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku uvědomit si, kým je, a rovněž mohou pomoci lépe se vyrovnávat se změnami a případnou izolací, kterou může pociťovat (Procházková, 2014).

Způsob bydlení seniorů se v posledních letech stává velmi aktuálním tématem. V této souvislosti je potřebné si položit otázku: „Lze si uchovat ve stáří soukromí domácího přirozeného prostředí a současně žít v sousedství, v komunitě a být v sociálním kontaktu s dalšími lidmi, kteří se navzájem znají a v případě potřeby si mohou navzájem pomoci?“ Jedním z možných způsobů řešení této situace je cohousing. Cohousing jako sdílené bydlení je způsob bydlení v komunitě, které vzniklo v sedmdesátých letech 20. století v Dánsku a zaznamenalo v této zemi během dalších let velký rozvoj (Kelleris, 2014). V devadesátých letech 20. století pak byly jeho myšlenky přeneseny do dalších zemí. Jedná se o způsob života, který nabízí soukromí a nezávislost, ve vlastním soukromém bytě a zároveň i ve skupině dalších obyvatel (Sandstedt, Westin, 2015). Základním a podstatným principem cohousingu je aktivní zapojení všech obyvatel sdíleného bydlení. Někteří z nich často stojí u zrodu myšlenky a realizace cohousingu, ostatní se do tohoto typu společného bydlení přistěhují později. Celosvětově existuje celá řada cohousingů a cohousingových komunit, pro které je velmi důležitá a charakteristická tvz . hierarchie prostorů, která napomáhá na jedné straně chránit soukromí a na straně druhé vede k podpoře mezilidských vztahů a bezpečí v rámci sdíleného bydlení (dále v kapitole Cohousing).

V pojetí domova pro seniory je filozofická architektura péče o seniory rozdělena na tři oblasti:

- 1) architektura stavební, kdy se může jednat o ústavní nebo aktuálně preferované komunitní modely;
- 2) architektura systémová, kde opět podle nových modelů by měla převažovat maximální snaha o podporu aktivního života seniorů s maximálním podílem na všech poskytovaných službách;
- 3) architektura přímé péče s různými modely péče (např. ošetrovatelské či jiné modely) a koncepty péče se vzájemnou provázaností filozofie architektury domu, uspořádáním vnitřního prostředí a systému péče.

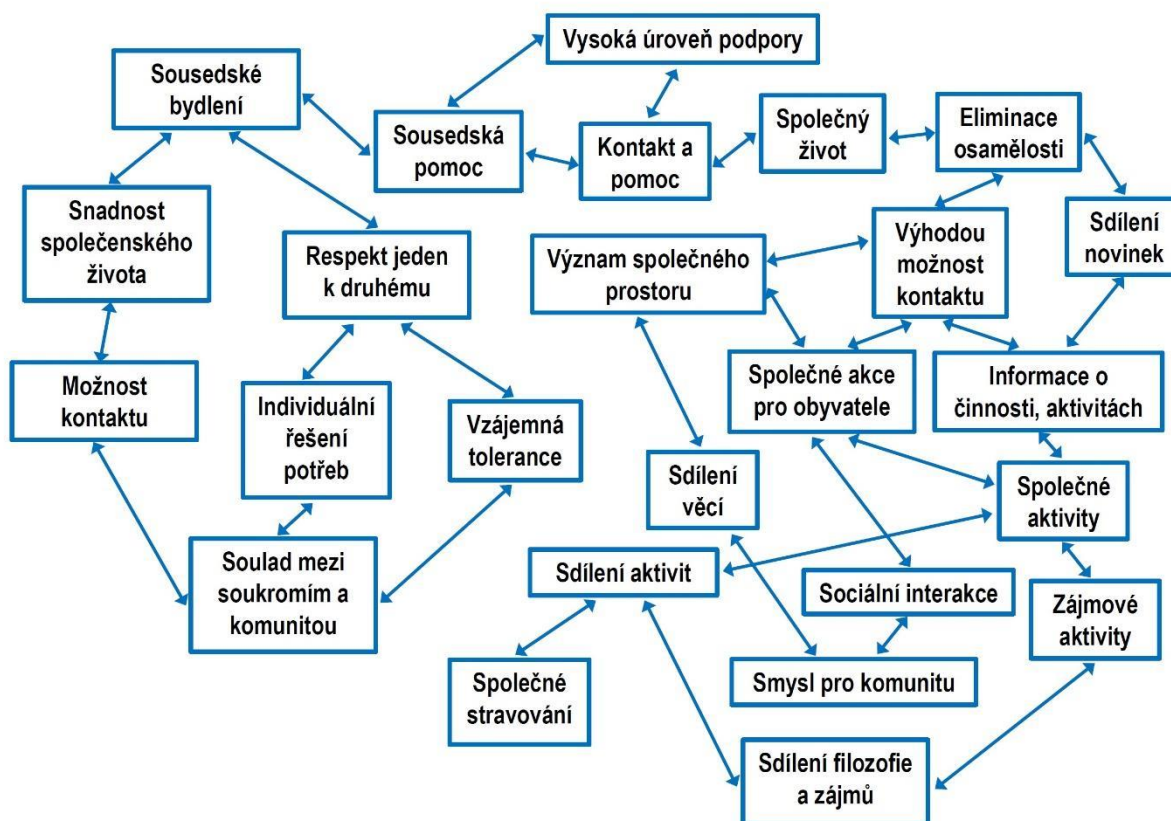
Tato architektura pak ovlivňuje kvalitu života seniorů a pečujících v pobytových sociálních službách (Procházková, 2019). Tímto již ve své podstatě souvisí s multidisciplinární spoluprací, se kterou je ve vzájemné interakci.

Nedílnou součástí multidisciplinárního týmu jsou osoby blízké, rodina seniora, opatrovník, jak vyplývá též z provedeného výzkumu (Kulatý stůl, R8, 30. 8. 2018).

Vzhledem k tomu, že není u nás dostatečně vyřešena podpora pečujících rodin o seniory a osoby s disabilitou s cílem bydlení ve vlastním domácím prostředí seniora, jak to dokladuje i terénní šetření (Bergmannová, 2020), převažuje u nás právě popisovaná institucionální péče. Ze šetření Bergmannové (2020) vyplývá, že jen 30 % rodin z 1 105 respondentů, které pečují o seniora v rodině, využívá také odlehčovacích služeb; 1/5 respondentů uvedla, že jsou sami na vykonávání péče o seniora. Respondenti uvádějí, že by jim skloubení péče o děti a seniory usnadnilo např.: úprava bydlení seniorů (bezbariérový byt, vícegenerační komplexy), ambulantní zařízení pro seniory, podpora pečovatelů (finanční podpora či zkrácený úvazek), služby a pomůcky pro seniory (donáška potravin, doprovod pečovatelky, pečovatelská služba, asistent, paní na úklid, dostatek kompenzačních pomůcek). Příkladem může být cohousing v Dánsku (Juvik, 2020), v Nizozemsku (Barták, 2020) nebo Rakousku (Kravogel, 2020). Barták (2020) popisuje „cohousing“ jako životní styl v různých fázích života. Kravogel (2020) vysvětluje „cohousing“ jako spolubydlení – projekt, kde se nachází 30–40 jednotek pro spolubydlení. Jednotky jsou uspořádány tak, aby objekt obsahoval i společné prostory a společná zařízení, které spolubydlíci využívají. Rozdíl mezi komunitou spolubydlení a domovem pro seniory je aktivní způsob života, kdy si toto spolubydlení vytvářejí dané osoby na míru pro sebe. Vytvářejí tím nově přirozené prostředí, které dříve existovalo v komunitách na vesnicích. Proto to může být pro mnoho seniorů zajímavější než domov pro seniory či dům s pečovatelskou službou. Pro cohousing, event. spolubydlení je typických 6 základních aspektů (Kravogel, 2020):

1. Spoluúčast (angažovanost) na přípravě, na organizovanosti projektu.
2. Spojení soukromého obydlí a společných prostor (např. společná jídelna, společenské prostory – hostinský pokoj, knihovna, tělocvična... – záleží na rozhodnutí komunity) s cílem podpory sociálního kontaktu.
3. Minimálně jednou týdně společná jídla.
4. Vytváření prostředí, které podporuje interakci tak, aby se v komunitě dalo fungovat pěšky, bez aut.
5. Komunitu řídí obyvatelé (pravomoci a odpovědnost).
6. V komunitě nefunguje hierarchie, tzn. všichni obyvatelé jsou na stejné úrovni a společně o všem rozhodují.

Na tomto modelu můžeme sledovat specifický způsob týmové spolupráce zainteresovaných osob. Výsledkem je vzájemná spokojenost, jak uvádí Kravogel (2020) na základě zkušeností z Rakouska. Jedním z cílů je zamezit osamělosti, kterou WHO označuje za epidemii 21. století. Pro Českou republiku toto může být inspirací, kdy se u nás již některé prvky cohousingu začínají objevovat, ale spíše v exteriérovém a interiérovém řešení domovů pro seniory než v mezigeneračním soužití tohoto typu. Nelze zde zatím mluvit o cohousingu (spolubydlení) jako takovém ve spojitosti se seniory u nás.



Zdroj: Projekt „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“, TAČR reg. číslo: TL 01 0000 32.

Graf 3: Vizualizace vzájemného spojení a souvislostí jednotlivých položek u vizi cohousingu ze zahraničních zařízení

Sociální participace je považována za indikátor zdraví a životní pohody. Pro starší dospělé osoby je sociální participace klíčovou determinantou pro úspěšné a zdravé stárnutí (Levasseur et al., 2010). Sociální participaci lze chápat jako cíl, lze ji však použít i jako prostředek ke změně společnosti a odstraňování disabilit či jiných bariér u osob se zdravotním postižením a seniorů. Sociální participace souvisí s kulturními aspekty a zvyklostmi dané osoby. Někteří lidé jsou zvyklí se spontánně víc navštěvovat, chodit do společnosti, u jiných vyžaduje jejich zapojení do společnosti větší podporu ze strany okolí, vybízení, hledání motivace, a i v tomto ohledu větší kooperaci multidisciplinárního týmu (Piškur, 2014). Seniorům lze nabídnout například setkávání klientů z různých zařízení, z vesnic, skupinová cvičení, sportovní aktivity, kratší výlety do přírody či delší výlety pro aktivnější seniory apod.

V případě klientů trvale upoutaných k lůžku je třeba věnovat pozornost nejen prostředí a vybavení pokoje, ale i zornému poli ležícího klienta. I zdánlivé maličkosti mohou mít zásadní dopad na kvalitu jeho života. Např. je u těchto klientů využívána canisterapie či felinoterapie.

Klienti by neměli být nuceni trávit čas pouze na svém pokoji. Takováto situace může vést k sociální izolaci. Je normální a přirozené, že člověk během dne střídá různá prostředí dle typu činností: prostor pro stravování, odpočinek, volnočasové či pracovní aktivity. V zařízení by měla být k dispozici jídelna, aby klienti nebyli nuceni jíst pouze na svých pokojích. Rovněž by v zařízení měla být místnost pro společenské setkávání. Ta může představovat výrazný aktivizační činitel, neboť umožňuje sociální interakci. Zařízení místnosti pro společenské aktivity by pak mělo připomínat běžnou domácnost. Nemělo by jít o velkokapacitní hlučné haly, které připomínají ústav. Dále je vhodné, aby zařízení disponovalo bezpečně upraveným venkovním prostorem, kde jsou intuitivní chodníky a dostatek míst k sezení. Při péči o osoby s kognitivní poruchou je součástí náležité péče, aby odpovědnost za jejich každodenní rozhodnutí přebíral částečně pečující. Částečně to znamená, že se tak děje pouze v těch oblastech, ve kterých toho kvůli nemoci nejsou schopny tyto osoby samy. Personál tedy musí zjišťovat, z jakých svých dovedností a rituálů klient profituje, a takové aktivity mu šetrně nabízet. Velkou roli a pole působnosti mají v této oblasti ergoterapeuti, kteří ale v zařízeních často chybí, či jsou nahrazováni nekvalifikovanými osobami či jinými odbornostmi. Odborná literatura hovoří o „plánování aktivit“, případně přebírání managementu potřeb nemocného (Bauer et al., 2014). Z hlediska povinností poskytovatele sociálních služeb půjde o realizaci základní zásady, že „rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob“ (§ 2 odst. 2 zákona o sociálních službách), a dále půjde také o promítnutí povinnosti poskytovat náležitý dohled (§ 2921 zákona č. 89/ 2012 Sb., občanský zákoník). Podmínkou správného přístupu je také dodržení základní zásady, že pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob a musí být poskytována tak, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod (rovněž § 2 odst. 2 cit. zákona). Denní harmonogram (režim) v zařízení by měl jednak respektovat přirozený denní rytmus a jednak v maximální možné míře vyjít vstříc individuálním zvyklostem a potřebám klientů, tedy měl by se v něm odrážet individuální přístup. V praxi se může jednat například o klienta, který si přeje jíst z vlastního nádobí. Příkladem dobré praxe je v tomto případě respektování tohoto požadavků personálem. Na prvním místě by měla být potřeba klienta, která by neměla být potlačena provozními důvody ani snahou personálu vše stihnout. S denním režimem souvisí i způsob zajištění bezpečí klientů v souvislosti s možným omezením jejich pohybu. Je proto třeba u každého klienta individuálně vyhodnotit rizikové faktory a potřebu dohledu a stanovit mu individuální režim, který je zaznamenán v individuálním plánu klienta (Edvardsson et al., 2011). V závislosti na výsledcích posouzení rizikovosti a potřeb je třeba klientovi buďto umožnit samostatně opustit zařízení, zajistit mu možnost samostatně pobývat

např. na zahradě zařízení v bezpečně upraveném prostoru, nebo mu zajistit při pobytu venku dohled či doprovod (který je pak třeba podřadit pod jednu ze základních činností služby).

K omezení volného pohybu klienta, které musí být vždy v zájmu jeho bezpečnosti, lze přistoupit pouze v individuálních případech, po zhodnocení rizik, odůvodnění a řádném záznamu do individuálního plánu klienta. Přitom je potřeba myslet na to, že disabilita vzniká důsledkem interakce mezi zdravotními problémy jednotlivce na jedné straně a osobními a environmentálními (vnějšími) faktory na straně druhé, tedy například bariérami v budovách, dopravě, omezenými sociálními podporami, negativními postoji (WHO, 2008). Bez ohledu na to, zda se jedná o dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory či domov se zvláštním režimem, měli by se všichni členové multidisciplinárního týmu kromě jiného zaměřit na vytváření bezbariérových podmínek pro seniory. V ideálním případě probíhá poradenství s ergoterapeutem, který řeší návrhy úprav prostředí a indikuje kompenzační pomůcky ve spolupráci s lékařem. Facilitačními prostředky, které podporují soběstačnost seniorů, mohou být nejrůznější kompenzační pomůcky, např. pomůcky k lokomoci, madla, nástavce na WC, sedačky na vanu / do sprchy, pomůcky s prodlouženou rukojetí a podavače, dlouhé obouvací lžice, navlékače ponožek, upravené oblečení, upravené příbory k jídlu, protiskluzové podložky, různé ergonomické pomůcky apod. Může se jednat dále o drobné úpravy interiéru, např. přesunutí nábytku, odstranění prahů, kobereců či komplexnější bezbariérové úpravy interiéru či exteriéru, např. bezbariérová koupelna, toaleta, kuchyň, bezbariérový vstup do bytu/domu apod. Facilitátorem nebo bariérou může být i pečující osoba či osoba blízká.

Polymorbidní senioři vyžadují zapojení různých profesí do péče, zdravotnických i nezdravotnických. Dokonce se na základě kvalitativního výzkumu ukázala zkušenost v rámci dobré praxe, že při aktivizačních činnostech s využitím prvků Montessori je vlastně přirozeně do procesu zapojena i kuchařka, která pomáhá klientovi s nádobím, uklízečka, která např. skládá ponožky s klientem, na zahradě se může zapojit údržbář apod. Ve snaze o důstojné stárnutí má multidisciplinární spolupráce směřovat k tomu, aby člověk na stáří nebyl sám, aby se měl o koho opřít, aby byl brán vážně, aby uměl vyjádřit své potřeby a věděl, kam se obrátit o pomoc, jak prezentuje Šibravová (2020). Snahou týmu by mělo být i odstranění systémových překážek. Bariéry se můžou vyskytovat nejen na straně společnosti nebo systému, ale i na straně organizace (např. neochota ke spolupráci, odlišné postupy práce), na straně pracovníka či na straně klienta (nedůvěra, nízká motivovanost apod.). Proto vznikl projekt domova Sue Ryder, Centrum pro důstojné stárnutí, se snahou zaštitit diskusní prostor pro organizace a osoby pracující se seniory, s cílem spojit síly pro vytvoření změn. Jednou z možností je využití

nabízeného prostoru pro podporu profesního rozvoje pracovníků, podpora zprostředkování zkušeností v case managementu mezi odborníky a organizacemi napříč různými cílovými skupinami, využití spolupráce k předávání impulzů ke změnám s cílem propagovat dobrou praxi a špatnou napravit (Šibravová, 2020).

Na závěr lze shrnout následující nesnáze v personální oblasti, které vyplývají z výzkumu: problémy sehnat zaměstnance, nedostatek personálu a nutnost mít pouze externí spolupracovníky v některých odbornostech (např. psycholog), cenová nedostupnost fyzioterapeutů, nedostatek ergoterapeutů, nedostatečná kvalifikace uchazečů, nutnost proškolovat v některých kurzech (např. bazální stimulace), nedostatečná kompetence registrovaných sester. V tomto začarovaném kruhu se navíc bojuje s nedostatečným příjmem profesí, s fluktuací pracovníků a s vnitřní motivací pracovníků. Naštěstí lze jako pozitivní fakt zmínit dostatek aktivizačních pracovníků z řad dobrovolníků, studentů a praktikantů.

V návaznosti na teoretická východiska a výsledky našeho výzkumného šetření se ukazuje, že je nezbytné posílit všechny tři stupně péče o seniory především v oblasti komunikačních dovedností pečujícího personálu se zaměřením na terapeutickou komunikaci a specifika komunikace se seniorem, jeho blízkými. Dále pak individuální přístup ke každému klientovi s cílem vytvořit nefalšovaný mezilidský vztah založený na vzájemné důvěře, empatii a porozumění mezi klientem a ošetřující osobou. Soustavné posilování dovedností multidisciplinárního týmu ve smyslu sebereflexe a kritického myšlení. Nutno upozornit, že i členové týmu mají své potřeby, které jsou mnohdy neuspokojeny, péčí o klienty vstupují do popředí, a proto by jim měla být věnována pozornost ve smyslu např. duševní hygieny a především supervize celého multidisciplinárního týmu.

Literatura

1. Barták, M., 2020. Cohousing v Nizozemsku. In: Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
2. BAUER, M., et al., 2014. Staff–Family Relationships in Residential Aged Care Facilities The Views of Residents’ Family Members and Care Staff. *Journal of Applied Gerontology*, 33(5): 564–585.

3. Bergmannová, P., 2020. Mezigenerační solidarita při péči o seniory. In: Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
4. Böhm, E., 2016. Psychobiografický model péče podle Böhma Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-2043-197-4.
5. Dvořáčková, D., 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. Edvardsson, D., et al., 2011. The Tool for Understanding Residents' Needs as Individual Persons (TURNIP): construction and initial testing. *Journal of clinical nursing*, 1920: 2890–2896.
7. Feil, N., de Klerk-Rubin, V., 2010. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen München: Ernst Reinhardt Verlag. ISBN 3-497-02156-7.
8. Gendron, T. L., et al., 2016. Teaming as a Mechanism to Promote Professional Identity Development. *Clinical Gerontologist*, 39.3: 252–259.
9. Jankovský, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: Pfeiffer, J., a kol. *Koordinovaná rehabilitace*, České Budějovice: ZSF JU.
10. Janečková, H., 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: Matoušek, O., et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. 163–193. ISBN 80-7367-002-X.
11. Jankovský, J., 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: KODYMOVÁ, P. 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, s. 7–13. ISBN 978-80-7421-088-4
12. Juvik, L., 2020. Daily life in a cohousing community for mixed ages and an introduction to the origin and state of cohousing communities in Denmark. In: Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
13. Kelleris, A., 2014. The Great Experiment: everyday life in senior cohousing in Denmark. *Communities*. Issue 163, s. 73–73. ISSN 0199-9346.
14. Kodymová, P., 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-088-4.

15. Kravogel, I., 2020. Aging in Place – the Power of Cohousing. In: Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
16. Levasseur, M., Desrosiers, J., Whiteneck, G., 2010. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: Association with quality of life and best correlates. *Qual Life Res* 19: 665–675.
17. Levická, K., 2020. Montessori a demencia. In: Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
18. Malíková, E., 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing.
19. Nečasová, M., 2001. Úvod do filosofie a etiky v sociální práci. Brno: FSS MU. ISBN 80-210-2673-1.
20. Onyett, S., 1992. Case management in Mental Health. London, UK: Chapman and Hall, 265 p.
21. Pěč, O., Probstová, V., 2009. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
22. Piškur, B., 2014. Social participation: Redesign of education, research, and practice in occupational therapy*, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(Suppl. 1): 89–95. DOI: 10.3109/11038128.2014.952911.
23. Procházková, E., 2014. Práce s biografií a plány péče. Praha: Mladá fronta.
24. Procházková, E., 2019. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-1008-7.
25. Procházková, E., 2020. Biografie jako součást nefarmakologické terapie v péči o seniory s demencí. In: Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
26. Raine, R. et al. Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a prospective observational study. *HealthServDeliv Res* 2014;2 (37).

27. Rowland, T., et al., 2008. Role of occupational therapy after stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 11(5): 99–107. ISSN 09722327.
28. Řezníček, I., 1994. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.
29. Sandstedt, E., Westin, S., 2015. Beyond Gemeinschaft and Gesellschaft. Cohousing Life in Contemporary Sweden. *Housing, Theory and Society*. 32(2): 131–150. DOI: 10.1080/14036096.2015.1011687.
30. Sfetcu, R., 2013. Collaborative practices in mental health care: multidisciplinary team work or inter-professional collaboration groups? *Management in sanatae*. 17.2: 21–24.
31. Stuchlík, J., 2002. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books. [online] [citace 2020-08-05]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>
32. Šibravová, J., 2020. Důstojné stárnutí. In: *Moderní trendy v péči o seniory – výzvy pro 21. století*. Mezinárodní konference, 13. října 2020, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
33. Štěpánková, H., et al., 2015. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum.
34. WHO 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Český překlad*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.
35. Wolf, T. J., et al., 2015. Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: An evidence-based review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1). DOI: 10.5014/ajot.2015.012195.

4.4 Ošetřovatelská péče v kontextu multidisciplinární péče o seniory

Ošetřovatelství je vědní disciplína, která se svou praktickou částí zaměřuje na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, a dále na rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti

(Farkašová a kol., 2006). V souvislosti se seniorskou populací se ošetrovatelská péče zaměřuje na uspokojení potřeby jistoty, bezpečí, prevenci komplikací z omezeného pohybu, seberealizaci seniora a také na autonomii klienta tam, kde je to reálné. Jedná se o systematický přístup zaměřený na člověka a činnost za použití kritického myšlení, prvků efektivní a terapeutické komunikace. Současný stav ošetrovatelské péče o seniory v České republice pokulhává především v oblasti efektivní terapeutické komunikace. Nezohledňuje integraci skupin podle soběstačnosti či závislosti, což umožňuje nový model péče v kontextu třístupňového bydlení, o který usilujeme. Ten by měl zajistit pohodu a well-being – kvalitu života seniorů bez ohledu na jejich závislost.

Nejširší všeobecně uznávaná definice domácí ošetrovatelské péče byla přijata v roce 1980: *„Domácí ošetrovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, jejíž pomocí se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů.“* (Hanzlíková a kol., 2007, s. 247)

Domácí ošetrovatelskou péči též definovala i Světová zdravotnická organizace, a to jako jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech. Do této formy péče patří zajišťování fyzických, duševních, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2007). Na počátku 21. století domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících systémů zdravotní péče. Její rozvoj je dán jejími výhodami, mezi které lze řadit ekonomičnost, komplexnost v péči o klienta, individuální a osobní přístup. Vzrůstající poptávku po domácí péči podporuje zvyšující se ekonomický tlak jak na zdravotnickou péči, tak i na stárnutí populace a měnící se role rodiny ve společnosti (Hanzlíková a kol., 2007).

V současné době domácí péče představuje provázanou formu zdravotní péče a sociální péče, včetně laické péče poskytované klientovi v jeho přirozeném sociálním prostředí. V této souvislosti je pak mnohdy označována jako tzv. komplexní domácí péče. Příjemcem takové péče se stává jedinec, který je z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu do určité míry či plně odkázán na péči druhé osoby. Cílem domácí péče je pak podpora zdraví jedince a jeho rodiny ve smyslu bio-psycho-sociálním, zabezpečení komplexní péče s podporou multidisciplinárního týmu, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech a zajištění léčebného režimu ke snížení negativního vlivu onemocnění na klienta a jeho rodinu (Jarošová, 2007). Multidisciplinárním týmem pracovníků v rámci poskytování domácí péče jsou pojati ti, kteří poskytují péči dle aktuálního stavu klienta v jeho vlastním

přirozeném prostředí: sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut, psycholog, duchovní, rodina, osoby blízké či opatrovníci. Posledně jmenované osoby hrají významnou roli v péči, jak je zřejmé z výpovědi našich dotazovaných, kteří potvrdili podíl a zájem opatrovníků na péči o člověka s demencí. Komplexní domácí péče je a musí být zajišťována kvalifikovaným zdravotnickým personálem a představuje provedení odborných zdravotních výkonů (Durnová, 2012).

Jednou z výhod domácí péče se ukazuje skutečnost, že je poskytována jedinci v jeho přirozeném sociálním prostředí, což bezesporu přispívá k duševní pohodě člověka a hraje tak významnou roli v procesu uzdravování. Je složena z odborné zdravotnické péče poskytované klientovi na základě indikace ošetřujícího lékaře. Základ domácí péče tvoří princip subsidiarity – aktivní péče a pomoc ke svépomoci s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů jedince (Jarošová, 2007; Hanzlíková a kol., 2007). V rámci domácí péče všeobecná sestra klientovi poskytuje komplexní činnosti ošetřovatelské, léčebné, rehabilitační, psychoterapeutické aj. se zaměřením na saturaci potřeb, které není možné saturovat v domácí péči jiným způsobem. Výhodou je též poskytování dlouhodobé péče, jejíž délka se odvíjí od potřeb klienta a jeho rodiny. Domácí péče se také zaměřuje na podporu zdraví zahrnující preventivní činnost v podobě primární, sekundární a terciární prevence. Nespornou výhodou je též zabránění traumatizace klienta odloučením od rodiny. To znamená, že klient zůstává ve svém sociálním prostředí se svými blízkými (Jarošová, 2007).

Cílovou skupinou domovů pro seniory jsou osoby nad 65 let věku se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, a zároveň potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby, a také osoby se zdravotním postižením nad 25 let, které jsou závislé na nepřetržité pomoci druhé osoby.

U některých domovů pro seniory je současně dům s pečovatelskou službou, který není součástí služeb poskytovaných domovem, a tak saturuje chybějící potřeby. Tato možnost služby vyplynula z našeho výzkumného šetření, kdy některé domovy pro seniory disponují 24hodinovou pečovatelskou službou. Snížená soběstačnost je jednou z mnoha ošetřovatelských diagnóz, kdy ošetřující personál disponuje ošetřovatelskými intervencemi, kterými může efektivně zajistit danou porušenou potřebu jak v oblékání, stravování, hygieně, vyprazdňování tak i mobilitě včetně pohybu a polohování na lůžku. Míra a druh ošetřovatelských intervencí je individuální, neboť závisí na jednotlivém obyvateli, resp. jeho změněných potřebách a míře soběstačnosti (Herdman, Kamitsuru, 2015). Znamená to, že ošetřující personál poskytuje péči formou kontroly zdravotního stavu (krevní tlak, pulz, teplotu, vědomí, hmotnost vyprazdňování, stav kůže). Též provádí prevenci zdraví včetně pádu, podává léky a s

postupující závislostí klientů pečuje o postupně neuspokojované potřeby: pohodlí – hygieny, být bez bolesti, potřebu výživy, vyprazdňování, potřebu jistoty a bezpečí. V případě výskytu ošetřuje chronické rány. V souvislosti se změnou prostředí je povinností sestry efektivně, často i opakovaně edukovat klienty o životě v domově o používání tamních zařízení a spolupráci se zdravotně-sociálním týmem (Trachtová a kol., 2013).

Z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumu vyplynula důležitost individualizace péče v domově pro seniory a význam individuálního přístupu k uživatelům. Nečasová (2001, s. 49) nahlíží na individualizaci „jako na uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti každého jednotlivého klienta“. Individualizovaná péče v domově pro seniory je péčí orientovanou na potřeby konkrétního uživatele a je založena na respektování osobnosti daného uživatele, jeho vlastností a schopností, zájmů a přání. Informanti v rámci focus groups našeho výzkumného šetření zmiňovali potřebu individuálního přístupu k uživatelům v domově pro seniory v kontextu poskytování osobní hygieny a aktivizace včetně pohledu na uživatele jako člověka, tedy lidskou bytost. Nutno uvést, že v domovech pro seniory je klient nejčastěji v interakci se sestrou, která by měla být schopna pozitivně působit na jeho postoj k aktivnímu stárnutí a navazovat s ním mezilidský vztah.

V zahraničí jsou často zdravotní a ošetrovatelská péče oddělené od místa „bytu“ klienta. Klient dochází na kontroly nebo je dovezen do ordinace, a to proto, aby domácí prostředí bylo více domácím než „nemocničním“. Tomu odpovídá i pracovní oděv zaměstnanců. Pokud klient nemůže do ordinace dojít nebo být odvezen, přichází sestra za ním a v případě potřeby je převezen na jednodenní ošetrovací jednotku, která je součástí domova. Součinnost s fyzioterapeuty, sociálními pracovníky pro celkovou kvalitu života klienta v domově je nezbytná (Procházková, 2019).

Cílovou skupinou domovů se zvláštním režimem jsou osoby trpící stařeckou a Alzheimerovou demencí nebo demencí jiného typu. Tam, kde zatím neexistují tyto domovy, je obvykle součástí domovů pro seniory stanice se zvláštním režimem. Klienti trpící demencí nejsou schopni zajišťovat své základní životní potřeby ve vlastní domácnosti, potřebují komplexní péči, tedy soustavnou podporu druhé osoby ve většině či všech životních úkonech. Takovou pomoc není možné zajistit jiným způsobem než v těchto zařízeních.

Z popsaného stavu klientů domovů se zvláštním režimem plyne, že ošetřující personál (ošetřovatel/ka, praktická sestra, všeobecná sestra) zajišťuje porušené či nesaturované potřeby těchto klientů. Jedná se především o základní péči spočívající v zajištění potřeby pohodlí –

hygieny, být bez bolesti, potřeby výživy, vyprazdňování, potřeby jistoty a bezpečí. Z toho vyvstávají činnosti, které ošetrovatelský personál podle svých kompetencí provádí (Lore, Schwinghammer, 2013). Navíc zajišťuje ošetrovatelskou dokumentaci včetně aplikace chronické medikace, sleduje zdravotní stav klientů (krevní tlak, pulz, teplotu, hmotnost vyprazdňování, stav kůže) (Polícar, 2010). V případě porušení kožního krytu ošetřuje a převazuje tyto defekty, včetně stomií. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je efektivní a v tomto případě specifická komunikace při každém kontaktu s klientem. Ošetřující personál také dohlíží a zajišťuje bariérovou péči (dezinfekce pomůcek, prostředí apod.) a je též kladen důraz i na komunikaci mezi personálem.

Literatura

1. Böhm, E., 2016. Psychobiografický model péče podle Böhma Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-2043-197-4.
2. Durnová, D., 2012. Domácí péče – běh na dlouhou trať, který stojí za to. In: Diagnóza v ošetrovatelství. Roč. VIII., č. 2, s. 7–8. ISSN 1801-1349. 31.
3. Farkašová, D., a kol., 2006. Teorie – ošetrovatelství. Martin: Osveta, ISBN 80-8063-227-8.
4. Feil, N., de Klerk-Rubin, V., 2010. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen München: Ernst Reinhardt Verlag. ISBN 3-497-02156-7.
5. Hanzlíková, A., a kol., 2007. Komunitní ošetrovatelství. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-257-X.
6. Herdman T. H., Kamitsuru, S., 2015. Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015–2017. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5412-3.
7. Jarošová, D., 2007. Úvod do komunitního ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-507.
8. Lore, W., Schwinghammer, Y., 2013. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada. ISBN 8-80-247-4423-0.
9. Nečasová, M., 2001. Úvod do filosofie a etiky v sociální práci. Brno: FSS MU. ISBN 80-210-2673-1.
10. Plevová, I., a kol., 2011. Ošetrovatelství I. Historie – vzdělávání – současné ošetrovatelství – role sestry a nemocného – ošetrovatelský proces – konceptuální modely a teorie –

klasifikační systémy – výzkum – praxe založená na důkazech. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

11. Polícar, R., 2010. Zdravotnická dokumentace v praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7. 93 56.

12. Procházková, E., 2019. Biografie v péči o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.

13. Trachtová, E., a kol., 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-7013-553-2. 63.

4.5 Kruhová podpora týkající se komplexní zdravotně-sociální péče o seniory v kontextu třístupňového bydlení pro seniory

Při **individuálně zaměřené péči** o seniory nabývá stále více na významu individuální plánování jako dlouhodobý proces, ve kterém je potřebné zmapovat a průběžně posuzovat životní situaci seniorů, tj. jejich zájmy, přání a bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. **Individualizovaná zdravotně-sociální péče** by měla být podle našich zkušeností jednoznačně nedílnou součástí třístupňového bydlení pro seniory. Tato **komplexní zdravotně-sociální péče** vychází z principu multidisciplinarity v rámci koordinované rehabilitace a je zajišťována jednotlivými členy multidisciplinárního týmu. **Multidisciplinární tým v kontextu zdravotně-sociální péče v třístupňovém bydlení pro seniory** je tvořen níže uvedenými profesemi:

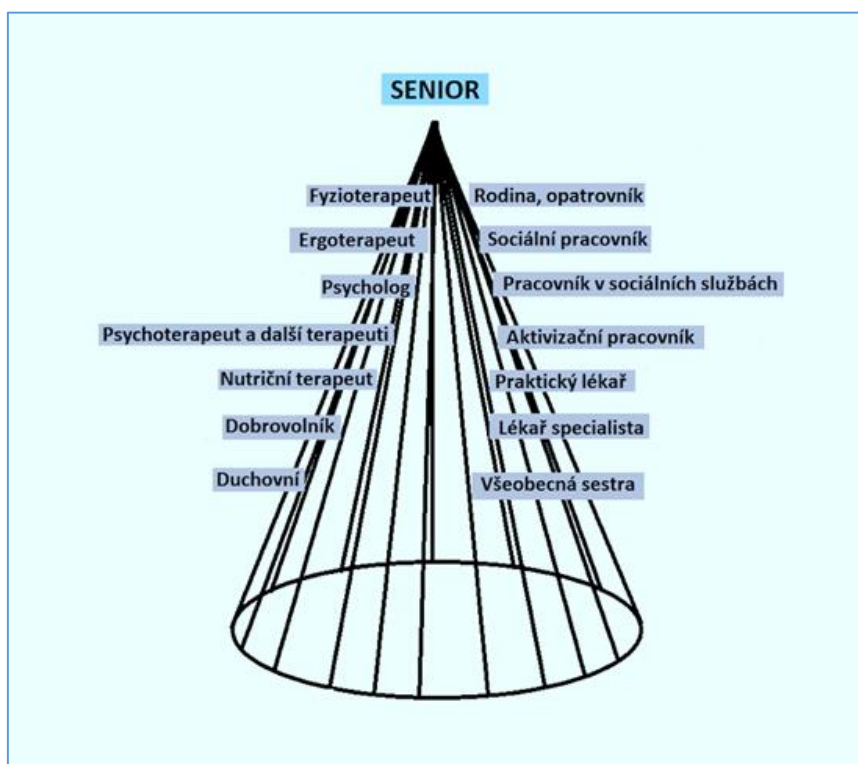
- a) sociální pracovník
- b) pracovník v sociálních službách
- c) aktivizační pracovník
- d) praktický lékař
- e) lékař specialista
- f) všeobecné sestry
- g) fyzioterapeut
- h) ergoterapeut
- i) psycholog

- j) psychoterapeut a další terapeuti
- k) nutriční terapeut
- l) dobrovolník
- m) duchovní.

Individuální přístup k cílové skupině seniorů je klíčový pro **realizaci sociální práce v kontextu třístupňového bydlení pro seniory**. Sociální pracovník při poskytování zdravotní a sociální péče osobám v ideálním případě koordinuje procesy v rámci interdisciplinární a multidisciplinární spolupráce s cílem řešit nepříznivou zdravotní a sociální situaci seniorů, předcházet osamělosti a sociálnímu vyloučení včetně zajištění důstojného a autonomního života ve stáří.

Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu v kontextu komplexní a multidisciplinární péče o cílovou skupinu seniorů může nabývat dvou podob.

První variantou je, že je sociální pracovník během tzv. kruhové podpory dle Jankovského (2015) je členem multidisciplinárního týmu, kdy mají všichni odborníci během vzájemné spolupráce rovné postavení (graf 4).

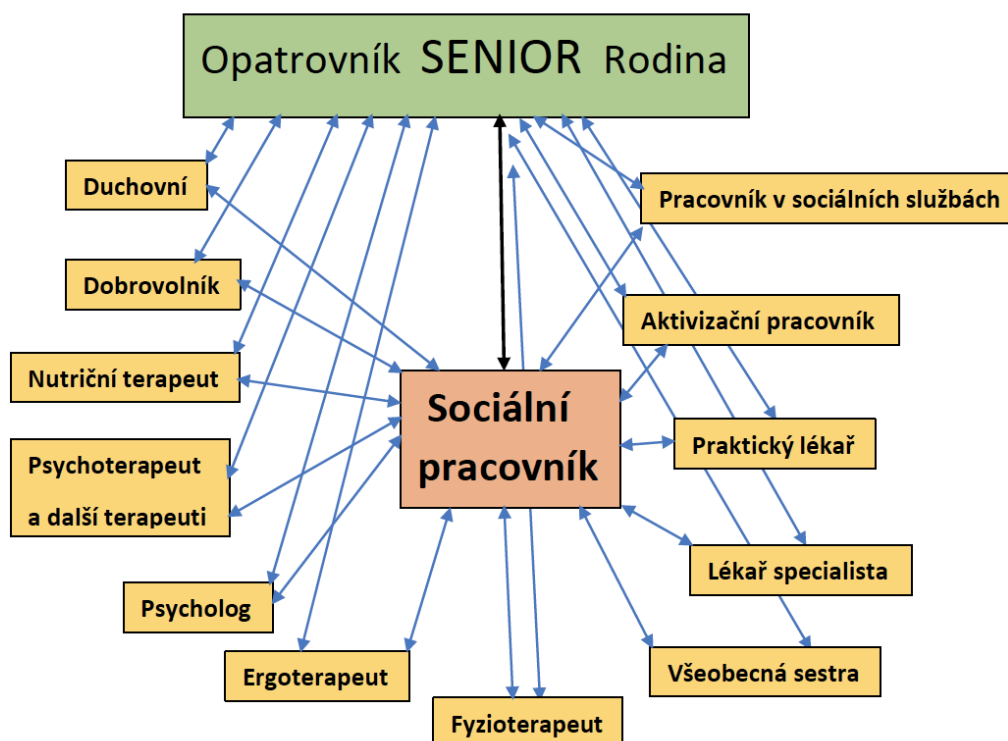


Zdroj: Projekt „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“, TAČR reg. číslo: TL 01 0000 32.

Graf 4: Kruhová podpora – rovné postavení všech zúčastněných – schéma spolupráce

Druhá varianta spočívá v tom, že sociální pracovník (case manager) během kruhové podpory stojí uprostřed multidisciplinárního týmu, jak zobrazuje graf 5. Jde tedy o nový způsob postavení sociálního pracovníka vzhledem k principu multidisciplinarity v kontextu třístupňového bydlení pro seniory.

Závěrem konstatujeme, že poskytování komplexní zdravotní a sociální péče o seniory, která je zajišťovaná multidisciplinárním týmem, potřebuje zavést do praxe koncepci dlouhodobé péče včetně koordinované spolupráce resortů Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Jako nejúčinnější a nejužitečnější se v tomto případě jeví přijetí zákona o dlouhodobé péči, která dosud není v ČR systémově a koncepčně vyřešena (Motlová et al., 2019).



Zdroj: Projekt „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“, TAČR reg. číslo: TL 01 0000 32.

Graf 5: Kruhová podpora – sociální pracovník na straně seniora – schéma spolupráce

Literatura

1. JANKOVSKÝ, J. 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: Kodymová, P. 2015. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV. s. 7-13. ISBN 978-80-7421-088-4.
2. MOTLOVÁ, L., STASKOVÁ, V., VACKOVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, D., MOJŽÍŠOVÁ, A. 2019. Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice. *Praktický lékař*. 99(2), pp. 68-73.

4.6 Příklady dobré praxe v rámci poskytování multidisciplinární péče o seniory

4.6.1 Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka (Institut bazální stimulace, 2018). Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je strukturovaná tak, aby byly podporovány zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka (Institut bazální stimulace, 2018). Friedlová (2005, 2007, 2010) představuje bazální stimulaci jako koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Tato autorka dále uvádí, že pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Systematické používání tohoto konceptu umožňuje klientům s poruchami vnímání a hybnosti zlepšovat jejich stav cílenou stimulací smyslových orgánů. Friedlová (2007, 2018) popisuje rozdělení bazální stimulace na základní a nadstavbovou bazální stimulaci. Základní bazální stimulace má prvky somatické, vestibulární a vibrační. Nadstavbová bazální stimulace má prvky optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické a orální (Malíková, 2011).

Zakladatelé konceptu Bazální stimulace® prof. Dr. Andreas Fröhlich a prof. Christel Bienstein vytvořili pro profesionální pečovatele (ve zdravotnictví, v sociálních službách, ve vzdělávání) tzv. centrální cíle týkající se péče a tvorby individuálních plánů (INSTITUT Bazální stimulace 2004–2019a). Jedná se o těchto deset centrálních cílů (INSTITUT Bazální stimulace, 2004–2019b):

1. Zachovat život a zajistit vývoj.

2. Umožnit vnímat sebe sama a vlastní život.
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus.
5. Umožnit poznat okolní svět.
6. Pomoci navázat vztah.
7. Umožnit zažít smysl a význam věci či konaných činností.
8. Pomoci uspořádat život.
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život.
10. Objevovat svět a vyvíjet se.

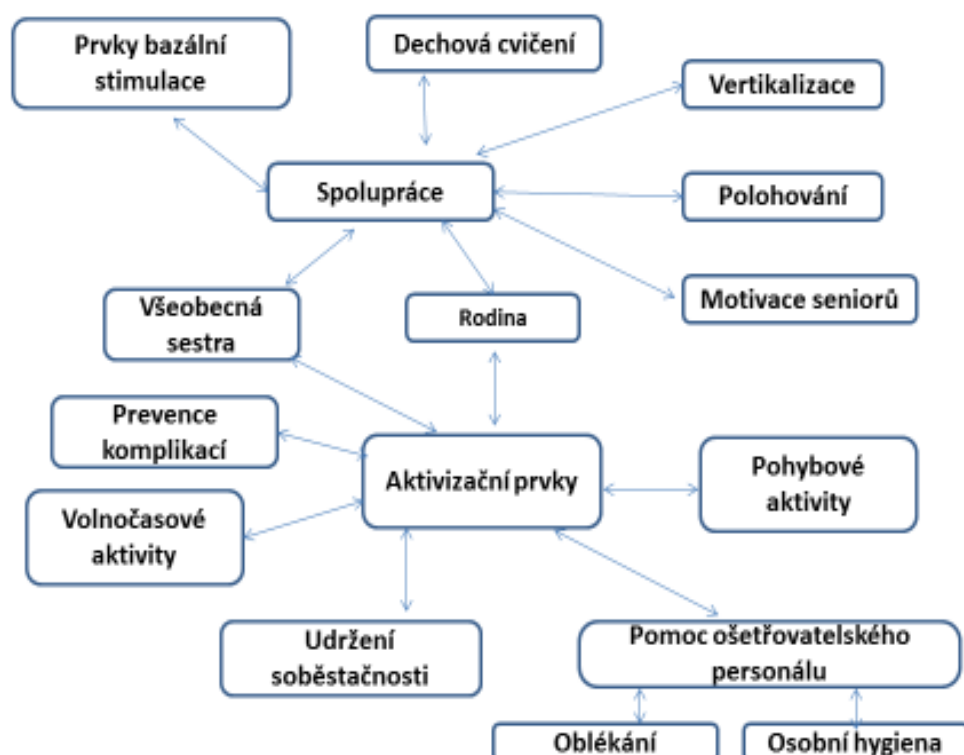
Tyto cíle jsou stanové pro ošetrovatelské, terapeutické a vzdělávací plány, a to s ohledem na potřeby klienta s různým onemocněním – demence aj. (INSTITUT Bazální stimulace, 2004–2019b).

V rámci zdravotní a sociální péče o seniory je koncept Bazální stimulace® využíván jednak v ošetrovatelské péči, jednak v sociální péči například v rámci poskytování aktivizačních činností v domově pro seniory či domově pro osoby se zvláštním režimem. V této souvislosti je potřebné uvést, že aktivizace u osob vyššího věku by měla být poskytována s ohledem na věk seniorů, jejich vzdělání, pohlaví, zdravotní stav a soběstačnost (Motlová, 2018). Plánování aktivit a terapií jako nedílné součásti komplexní péče o seniory je potřebné realizovat s ohledem nejen na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby seniorů, ale také s ohledem na jejich osobnost, zájmy a životní situaci (Motlová, 2018). V úvahu je důležité brát rovněž motivaci seniorů činnosti vykonávat, dále pak jejich znalosti, postoje a dovednosti (Motlová, 2018). Z pohledu členů řešitelského týmu projektu TAČR je při poskytování konceptu **Bazální stimulace® u uživatelů v sociálních službách** důležité brát v úvahu faktory související s **mikrosystémem** (vztahy s pracovníky, sociální opora, vztahy s ostatními uživateli, finanční situace poskytovatele sociálních služeb aj.), **exosystémem** (personální zajištění, prostředí domova pro seniory / domova se zvláštním režimem, motivování seniorů k aktivizaci aj.) a **makrosystémem** (např. historické zkušenosti v péči o seniory, demografická struktura, ageismus, společenské prostředí; finanční, ekonomická situace a politická situace, legislativa).

Bazální stimulace® v modelu péče o seniory v kontextu třístupňového bydlení

Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který má jednoznačně své místo v rámci zdravotně-sociální péče v kontextu třístupňového bydlení pro seniory. Bazální stimulace® má nezastupitelnou roli v rámci multidisciplinární péče o seniory 65+, neboť je tento koncept uplatňován jak v ošetrovatelské péči, tak v sociální péči v pobytových sociálních službách. Toto je v souladu s názory prezidenta Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APPSS): „Koncept Bazální stimulace® by měl být samozřejmostí u všech poskytovatelů služeb sociální péče, kteří chtějí poskytovat své služby kvalitně a vytvářet také podmínky pro kvalitní život svých uživatelů. Zejména u osob se zdravotním postižením a seniorů trpících demencí je Bazální stimulace® nejen zásadním předpokladem kvalitní péče“. (Horecký, 2018).

Z realizovaného kvalitativního výzkumu pomocí focus groups v roce 2018 vyplynulo, že koncept Bazální stimulace® je přínosný při poskytování ošetrovatelské péče a aktivizace v domově pro seniory, jak je patrné z grafu 6.



Zdroj: Výzkum v rámci projektu TAČR s názvem „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“, číslo: TL 01 0000 32.

Graf 6: Bazální stimulace® v rámci ošetrovatelské péče a aktivizace v domově pro seniory

Poskytování konceptu Bazální stimulace® v rámci třístupňového bydlení se dle výzkumu jeví jako stěžejní pro zapojení do modelu péče o seniory, tzn. do domu s pečovatelskou službou, do domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Zapojením konceptu Bazální stimulace® do zdravotní a sociální péče o seniory v rámci koordinované rehabilitace (léčebné, sociální, pracovní, pedagogické) bude naplněn nejen **princip aktivního stárnutí**, ale i **princip komplexnosti** a rovněž **multidisciplinarity**. Z realizovaného výzkumu v rámci projektu vyplynulo (viz kapitola Metody využití při řešení projektu), že tento koncept patří v současné době mezi příklady dobré praxe především v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem v rámci ošetrovatelské péče a aktivizace v souladu s aktivním stárnutím. Princip komplexnosti spočívá v tom, že do modelu péče o seniory bude zahrnut koncept Bazální stimulace®, a to z důvodu jeho využitelnosti u věkových skupin seniorů. Princip multidisciplinarity se týká možností poskytování bazální stimulace ze strany nejen nelékařských zdravotnických povolání a pracovníků v systému sociálních služeb, ale jde i o zapojení rodinných příslušníků.

Je podstatné realizovat pravidelné pracovní porady za účelem setkávání se jednotlivých členů multidisciplinárního týmu ohledně poskytování bazální stimulace, kdy je možné vzájemně sdílet své zkušenosti v rámci klientské práce. Je užitečné sdílení, co se během poskytování bazální stimulace daří, co se případně nedaří a co je možné zlepšit.

Koncept Bazální stimulace® přispívá k podpoře komunikace a vnímání u seniorů. Při poskytování tohoto konceptu je velmi důležitá supervize a intervize jako prostor pro sdílení a výměnu zkušeností ze strany členů multidisciplinárního týmu. Za podstatné dále považujeme, aby byl koncept Bazální stimulace® profesionálně implementován do organizace. Pro **implementaci konceptu Bazální stimulace®** do modelu péče v konceptu třístupňového bydlení pro seniory je potřebné mít proškolené pracovníky, kteří budou tento koncept aplikovat v přímé péči o seniory bez syndromu demence a se syndromem demence. Za další v zařízení **je potřebné vytvořit pro zavedení tohoto konceptu podmínky** – materiálně-technické, personální aj. včetně pořízení pomůcek pro bazální stimulaci. Velmi důležité je motivovat profesionální pečovatele k používání bazální stimulace a k dalšímu vzdělávání se v této oblasti. V České republice je možné absolvovat základní kurz Bazální stimulace a Nástavbový kurz Bazální stimulace, dále pak Prohlubující kurz Bazální stimulace® I a Prohlubující kurz Bazální stimulace® II, a to pod Institutem bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhlicha.

Jediným vzdělavatelem v České republice je Institut bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhliche. Jednatelka toho institutu PhDr. Karolína Maloň Friedlová, Ph.D., je odbornou garantkou akreditovaných vzdělávacích programů a certifikovanou lektorkou i supervizorkou s licencií v Bazální stimulaci® pro země EU, Švýcarsko a Norsko.

Literatura

1. Friedlová, K., 2005. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství I. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace. ISBN 80-239-6132-2.
2. Friedlová, K., 2007. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
3. Friedlová, K., 2010. Bazální stimulace. Opava: Slezská univerzita. ISBN 978-80-7248-575-8.
4. Friedlová, K., 2018. Bazální stimulace® pro ošetřující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách. 2. vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-1-9.
5. Horecký, J., 2018. Koncept bazální stimulace. In: Institut bazální stimulace. [online] [cit. 2020-10-10]. Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>
6. INSTITUT Bazální stimulace, 2018. [online] [cit. 2020-10-03]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz>
7. INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhliche, 2004–2019a. [online] [cit. 2020-10-03]. Deset cílů. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero>
8. INSTITUT Bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhliche, 2004–2019b. [online] [cit. 2020-10-03]. 10 centrálních evropských cílů. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero>
9. Malíková, E., 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

10. Motlová, L., 2018. Vybrané aktivizační činnosti a terapie realizované v domovech pro seniory. České Budějovice, 161 s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Školitelka doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

4.6.2 Psychobiografický model péče prof. E. Böhma

Jedním z nejznámějších modelů péče, který je cíleně zaměřený na péči o seniory a seniory trpící symptomy demence, je psychobiografický model péče E. Böhma, který je primárně zaměřen na psychickou problematiku seniorů a je v současnosti nejvíce využívaným ošetrovatelským modelem péče v německy mluvících zemích. Jeho současná aktuálnost je podmíněna multikulturním faktorem, který se významně projevuje v počtu stárnoucí emigrantské generace z Turecka, Balkánu, ale i z bývalého Sovětského svazu. Pod názvem „interfuzionální faktor péče“ poukazuje Böhm ve svém modelu na rovinu péče, jejíž znalost velmi intenzivně napomáhá při zvládnání zátěžových situací v péči o klienta s demencí i s jeho autentickou kulturní biografií. Takový klient ve vyšším stadiu demence hovoří svým mateřským jazykem a tím vzniká další problematická situace v přímé péči. Böhm neustále poukazuje na důležitost transkulturního ošetrovatelství. Tento humanistický model péče je jediným ošetrovatelským modelem péče, který je prioritně zaměřen na klienta, který nerozumí obsahu komunikace v kognitivní rovině.

Dále v příloze č. 3: Nové trendy v nefarmakologické terapii v péči o seniory s demencí (Procházková E., 2019)

4.6.3 Smyslová aktivizace podle Lore Wehner při poskytování ošetrovatelské péče klientům domova pro seniory

Vyjdeme-li ze samotného výkladu termínu „aktivizace“ (Slovník českých synonym a antonym, 2012) v pojetí českého jazyka jako činit, podněcovat a podnítit k větší aktivitě či podobně nebo z popisu dle Wehner a Schwinghammer (2017) jako uvést něco do pohybu a činnosti, pak je možno aktivizaci pochopit a následně uchopit jako nedílnou součást poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Z výsledků našeho kvalitativního šetření vyplynulo, že nedílnou součástí péče o seniory je i jejich aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče, která by měla vycházet z potřeb klienta a současně je reflektovat a respektovat. Skrze aktivizaci sestry napomáhají klientovi-seniorovi udržet, zachovat a mnohdy i navrátit soběstačnost. Především

však jde o možnost poskytování stimulů, které naplní čas, zvyšují pocit užitečnosti, podporují samostatnost a přinášejí pozitivní emoce.

Jako příklad lze uvést výpověď R7: „*Máme třeba i ráno dělat takový ty nácviky soběstačnosti, který vychází z toho konceptu tý smyslovky, že si třeba ten člověk připraví snídani sám. Že si namaže rohlík. Ale trvá to jednou takovou dobu teda. Takže u něj někdo musí být, zase je to náročný na tu personální, jako zajištění.*“ Využití aktivizačních prvků při poskytování ošetrovatelské péče pak vede ke zvýšení soběstačnosti, prevenci imobilizačního syndromu, ale i zapojení pohybových a volnočasových aktivit.

Pomoc ošetrovatelského personálu při jednoduchých denních aktivitách, jako jsou např. oblékání či provedení osobní hygieny, posiluje životní aktivizaci klienta. Důležitou činností sestry je i aktivní vyhledávání oblastí a potřeb, ve kterých je nutné seniorovi pomoci v aktivizaci a uspokojení (Štěpánková et al., 2015). Velkou měrou se na aktivizaci klientů v domovech pro seniory podílí nejen sestry a pomocný personál, ale také klientova rodina. Ve spolupráci s rodinou klienta nacvičuje a využívá prvky pro nácvik vertikalizace, polohování, nácvik chůze a sedu, dechová cvičení či prvky bazální stimulace. V této souvislosti R5 upozornila, že „*kromě bazální stimulace a konkrétních technik je vlastně nějakým způsobem zamezit tomu režimovému systému, režimovému přístupu ke klientům a snažit se opravdu o tu individualizaci tý péče*“.

Jedním z cílů efektivní aktivizace je i motivace seniora, která pomáhá povzbudit seniora v oblasti jak fyzické, tak psychické. U seniorů je aktivizace nezbytná i pro prohloubení a udržování vnitřních předpokladů, které vedou k psychickému, ale také fyzickému zdraví. Aktivita samotná se tak stává jedním z nejvýznamnějších prostředků ke zvyšování kvality života, neboť podporuje člověka v uspokojení jeho potřeb. Koncept smyslové aktivizace dle Lore Wehner, validace a psychobiografický model péče podle prof. Ervina Böhma, které využívají vnitřní potenciál, tedy vnitřní motivaci a prožitky z předešlých let klientů jsou využívány k aktivnímu zapojení do různých činností (Böhm, 2015; Procházková, 2014; Vojtová, 2014). Nutno upozornit, že na stimulaci smyslů je postaven koncept smyslové aktivizace Lore Wehner, který přináší aktivní zapojení pečujících do volnočasových aktivit klientů domovů a stává se tak přirozenou součástí každodenní péče, umožňující okamžitě reagovat na potřeby seniorů. Představuje zcela nový pohled na člověka, inovativní a podpůrný koncept, zaměřený na aktivizaci stávajících smyslů, jasně mířený zejména na hůře orientované seniory (Vojtová, 2014). I přestože informantky zapojené do výzkumného šetření přímo nevyužívaly výše uvedené koncepty, intenzivně popisovaly, jak prakticky využívají jednotlivé principy těchto konceptů a modelů v jejich zařízení. Z tohoto vyjádření lze usuzovat, že v

domovech pro seniory jsou využívány například i jen některé techniky či prvky daného modelu péče či konceptu s cílem zvýšit kvalitu života seniorům. Z vyjádření informantek je zřejmý zájem o individualizaci péče a individuální přístup k seniorům v oblasti aktivizace, a to za využití výše uvedených modelů a konceptů péče či jejich jednotlivých aspektů.

Přestože aktivizace je hlavně doménou sociálních pracovníků, všeobecná sestra se na ní také podílí. Jednak upevňuje „pocit domácího, známého prostředí“, nefiguruje jen při ošetrovatelských výkonech, zvyšuje důvěru a především má možnost sledovat aktivitu, schopnosti i jejich možný rozvoj i psychické rozpoložení a náladu klientů. S tím pak může dále pracovat v jejich prospěch a plánu péče.

Z uvedeného textu je možno aktivizaci pochopit a následně uchopit jako nedílnou součást poskytování nejen ošetrovatelské péče, ale i sociální péče v domovech pro seniory. Pro seniory je aktivizace nezbytná k prohloubení a udržování vnitřních předpokladů, které vedou k psychickému, ale také fyzickému zdraví. Aktivita samotná se tak stává jedním z nejvýznamnějších prostředků ke zvyšování kvality života, neboť podporuje člověka v uspokojování jeho potřeb celostně (Pokorná, 2010).

Literatura

1. Böhm, E., 2015. Psychobiografický model péče podle Böhma. Mladá Fronta.
2. Friedlová, K., 2015: Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy s speciální pedagogií. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
3. Pokorná, A., 2010. Komunikace se seniory. Praha: Grada.
4. Procházková, E., 2014. Práce s biografií a plány péče. Mladá Fronta.
5. Slovník českých synonym a antonym. 2012. 2. vyd. Brno: Lingea.
6. Štěpánková, H., Höschl, C., Vidovicová, L., 2015. Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Praha: Karolinum.
7. Vojtová, H., 2014. Smyslová aktivizace v české praxi. Prachatice: Institut vzdělávání.
8. Wehner, L., Schwinghammer, Y., 2017. Sensorische Aktivierung: ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte Menschen. Wien: Springer.

4.6.4 Validace podle Naomi Feil® a Integrativní Validace podle Richard®

Validace patří mezi nefarmakologické a celostní přístupy u osob s demencí s cílem zmírnit či odstranit syndrom BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence) a zlepšit tak kvalitu těchto osob. U lidí se syndromem demence se BPSD týkají poruchy vnímání, myšlení, chování a nálad. Validace je úspěšně používána u této cílové skupiny nejen v zahraničí, ale i v posledních letech v České republice. V rámci validace hovoříme o dvou typech validace. První z nich je označován jako Validace podle Naomi Feil® a druhým typem je Integrativní Validace podle Richard®.

Validace podle Naomi Feil® je soubor přístupů k osobám s demencí, založených na dlouholetých zkušenostech americké sociální pracovnice a gerontoložky Naomi Feil (Klevelandová a Dlabalová, 2017; Janečková, 2013), která je její zakladatelkou. Validace podle Naomi Feil® je označována rovněž jako komunikační metoda (Feil a Klerk-Rubin, 2010; Klerk-Rubin, 2006; Feil, 2007; de Klerk-Rubin, 2009), která vychází z teorie, že chování osob s demencí je zapříčiněno nezpracovanými prožitky z jejich minulosti (Malíková, 2011). Validovat někoho, tedy znamená přijmout jeho emoce, říct mu, že jeho emoce jsou pravdivé. Odmítání emocí znejišťují Feil a de Klerk-Rubin (2015). Podle těchto autorek se v metodě validace používá schopnost vcítit se a přiblížit vnitřnímu prožití dezorientovanému starému člověku. Vcítěním se do „chození v botách toho druhého“ se dosáhne důvěra. Důvěra vytvoří jistotu, jistota vytvoří sílu, síla obnoví sebevědomí, sníží stres. Uživatel validace zachytává signály starého člověka a „obléká je“ do slov, tak ho validuje a vrací mu zpět jeho důstojnost. Validace je kombinace následujících přístupů – základního empatického přístupu; vývojové teorie pro staré nedostatečně orientované a dezorientované lidi, která nám pomáhá porozumět jejich chování; a též specifických validačních technik, které tímto lidem pomáhají získat zpět svojí důstojnost (Feil a de Klerk-Rubin, 2015).

Zakladatelka validace Naomi Feil (2007) popisuje **validační techniky** následovně:

- a. Centrování – vnitřní soustředění validačního pracovníka a uvolnění jeho vlastních emocí před tím, než přistoupí ke klientovi a začne s ním empaticky komunikovat.
- b. Empatie.
- c. Užívání neohrožujících, konkrétních otázek: Co? Kdo? Kde? Kdy? Jak?
- d. Parafrázování, opakování slov.

- e. Užívání polarity: Jak to bolelo nejvíc? Jaké by to bylo v nejhorším případě?
- f. Představa protikladu: Jsou noci, kdy nepřichází? Co jste dělala, když váš muž zemřel? Jak jste to zvládla?
- g. Reminiscence – společné prohlížení fotografií, vzpomínání na milého člověka; používání slov vždycky, nikdy.
- h. Udržování přítomného, blízkého očního kontaktu, projevení náklonnosti.
- i. Užívání nejednoznačných výrazů – otázek jako: Kde vás to bolí? Byla to legrace? On tam byl? Říkali něco?
- j. Užívání příjemného, zřetelného, hlubšího a milujícího tónu hlasu.
- k. Zrcadlení – pozorování a opakování pohybů a emocí, navození empatie.
- l. Spojování projevů poruch chování s neuspokojenými potřebami (projevení zájmu)
- m. Užívání oblíbeného smyslového vjemu: Jak to znělo? Jak to vypadalo?
- n. Dotek, blízkost?
- o. Používání hudby (Janečková a Vacková, 2010).

Principy validace spočívají podle Feil a de Klerk-Rubin (2015) v níže uvedených oblastech:

1. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé mají hodnotu a jsou jedineční.
2. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé jsou akceptováni takoví, jací jsou. Nesnažíme se je změnit.
3. Naslouchání s empatií vytváří důvěru, redukuje úzkost a navrácí důstojnost.
4. Bolestivé pocity, vyjádřené, akceptované a validované přes důvěryhodného posluchače se stávají slabšími. Bolestivé emoce, které jsou ignorované a potlačené, se stávají silnějšími.
5. Existuje důvod chování nedostatečně orientovaných a/nebo dezorientovaných starých lidí.
6. Chování nedostatečně orientovaných nebo dezorientovaných starých lidí může být opodstatněné jedním nebo vícerymi následujícími lidskými potřebami.

- a. Zpracování nevyřešených úkolů pro pokojné vyrovnané umírání.
 - b. Žít v pokoji.
 - c. Potřeba znovuzískání rovnováhy, když se vytrácí zrak, sluch, mobilita a paměť.
 - d. Potřeba dát smysl nesnesitelné realitě, nalezení místa, kde se cítí šťastně a kde jsou rodinné vztahy.
 - e. Potřeba uznání, statusu, identity a sebehodnoty.
 - f. Potřeba být užiteční a produktivní.
 - g. Potřeba patřit někam a být respektován.
 - h. Potřeba vyjadřovat emoce, a tím být vyslyšen.
 - i. Potřeba cítit se být milován a cítit bezpečí: touha po lidském kontaktu.
 - j. Potřeba pocitu starostlivosti, jistoty a bezpečí, a ne být nepohyblivý a omezovaný.
 - k. Potřeba po senzoričké stimulaci, taktilní, vizuální, auditivní, čichové, chuťové a též sexuální možnosti vyjadřování.
 - l. Potřeba redukce bolesti a komplikací.
7. Dávno naučené chování se vrací, když verbální schopnosti a krátkodobá paměť selhávají.
 8. Osobní symboly, které používají nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé, jsou existující lidé nebo předměty z přítomnosti, které reprezentují lidi, předměty nebo koncepty z minulosti, přičemž jsou nabitě emocí.
 9. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé žijí na různých úrovních vědomí, častokrát ve stejné době.
 10. Pokud se oslabí pět smyslů, stimulují se nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé sami a používají svůj „vnitřní smysl“. Vidí svým vnitřním zrakem a slyší tóny z minulosti.
 11. Příhody, emoce, barvy, zvuky, pachy, chutě a obrazy „tady a teď“ probouzí emoce, které pak spustí podobné emoce z minulosti.

Integrativní Validace podle Richard®

Integrativní Validace podle Richard® (dále IVA) je komunikační metodou a uctivým přístupem, který se soustředí na zdroje lidí se syndromem demence. Při IVA se rozlišují dva základní zdroje – pocity a podněty (Kudělka, 2017). Oproti tomu je Validace podle Naomi Feil® zaměřena na princip empatie, pozornosti a respektu. Zakladatelkou Validace podle Richard® byla Nicole Richard, která tento přístup převzala od Naomi Feil a následně jej upravila jako citlivý a empatický přístup k dezorientovaným starším lidem.

Cílem Integrativní Validace podle Richard® je nabízet lidem s demencí nejen podporu, ale doprovázet je během jejich choroby (Richard, 1994). Mezi cíle IVA patří za prvé rozpoznání, pochopení pocitů a podnětů člověka s demencí na základě jeho chování, řeči těla, znalosti životních témat, biografie aj. Za druhé jde o reagování na ně tak, aby toto bylo přínosné nejen pro osobu s demencí, ale i pro pečující osobu. Za třetí se jedná o využitelnost jednotlivcem a celým týmem, a to z důvodu srozumitelnosti a snadnému zdokumentování (Kudělka, 2017).

Cíle Integrativní Validace podle Richard® jsou tyto (Kudělka, 2017):

- a. Vytvoření kvalitního vztahu mezi osobou s demencí a pečovatelem – úcta, respekt, pochopení.
- b. Vytvářet u lidí s demencí pocit porozumění, identity, jistoty, sounáležitosti, klidu; podpora důvěry.
- c. Zmírnění strachu, stresu a agresivity.
- d. Podpora rozvoje kontaktů, vztahů s okolím; zlepšení nálady osob s demencí.

Metodika IVA podle Richard® spočívá v následujících fázích (Kudělka, 2017):

- a) Fáze 1 – jedná se o vnímání, rozpoznávání pocitů i podnětů, sledování chování a jednání lidí osob se syndromem demence ze strany pracovníků, kteří tyto klienty přijímají s úctou a vážností.
- b) Fáze 2 – pocity a podněty jsou validovány, přijaty a hned, přímo, v krátkých, přímých větách uznány a potvrzeny.
- c) Fáze 3 – dochází k tzv. všeobecné validaci, během které jsou využita přísloví, lidová moudra, písně aj.

Pracovníci používající v kontaktu s lidmi s demencí komunikační metodu IVA se v první fázi zaměřují na vnímání pocitů a podnětů, tj. neklid, rozrušení, starost, obava, zoufalství, strach, láska, starost o druhé, pocit povinnosti, spolehlivost (Kudělka, 2017). Podle tohoto autora se jedná o případ, kdy klientka/klient říká „Musím domů (ke svým dětem, škola jim končí, mám klíče) a pracovníci tedy použijí nejdříve fázi 1, 2 a 3. Ve fázi druhé pracovníci v rámci IVA využívají tyto validační věty: „Máte hrozně naspěch.“ „Jste neklidná.“ „Čas Vám utíká/běží.“ „Víte, co je Vaše povinnost.“ „Děláte si starosti.“ „Cítíte velkou beznaděj.“ Z toho může být člověk zoufalý.“ (Kudělka, 2017). Třetí fáze se pak týká všeobecné validace, tj. v tomto případě – „Malé děti, malé starosti, velké děti, velké starosti.“ (Kudělka, 2017).

Rozdíl mezi Integrativní Validací podle Richard® a Validací podle Naomi Feil® spočívá v tom, že zakladatelka ICA Nicole Richard nesouhlasí s Naomi Feil, že validace či IVA měly vliv na vnímání osob se syndromem demence či na průběh demence, neboť je stěžejní prožívání. Naomi Feil zastávala názor, že úkolem pečovatele je pomoci lidem s demencí, vyřešit jejich nevyřešené konflikty z minulosti. Oproti tomu Nicole Richard vnímá, že konflikty nesoucí se z minulosti není možné ze strany pracovníků vyřešit, a z tohoto důvodu klade důraz na podporu, blízkost a porozumění (Richard, 1995).

Validace podle Naomi Feil® a Integrativní Validace podle Richard® v kontextu třístupňového bydlení pro seniory

Cílem validace podle Naomi Feil® není zlepšovat jen zdravotní stav velmi starých dezorientovaných lidí, ale jde i o změnu přístupu pečovatelů, aby se dokázali vcítit do osobní reality osoby s poruchou dezorientace a přizpůsobili tomu své chování i jednání (Procházková, 2012). V tomto pojetí náš výzkumný tým doporučuje v rámci třístupňového bydlení pro seniory 65+ využívat Validaci podle Naomi Feil® nebo Integrativní Validaci podle Richard® u cílové skupiny seniorů, u kterých se objevují změny kognitivních funkcí a následně jsou u nich diagnostikovány syndrom demence a Alzheimerova choroba. Jedná se tedy především o domovy se zvláštním režimem (DZR) jako pobytové sociální služby, ve kterých je režim přizpůsoben specifickým potřebám těchto uživatelů.

V domovech se zvláštním režimem proto doporučujeme pracovat s Validací podle Naomi Feil® jako nedílnou součástí multidisciplinární péče, během které budou nastaveny dlouhodobé validační cíle takto (Feil a de Klerk-Rubin, 2015):

- a) přispět k tomu, aby osoby ve vyšším věku mohly co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí;
- b) obnovit sebevědomí;
- c) redukovat stres;
- d) dát smysl prožitému životu;
- e) řešit nezpracované konflikty z minulosti;
- f) redukovat chemické a fyzické omezení;
- g) zlepšit verbální a neverbální komunikaci;
- h) zabránit návratu do vegetování;
- i) zlepšit schopnost chůze a tělesné zdraví;
- j) pečovateliům dodat radost a energii;
- k) rodinám pomoci komunikovat s jejich dezorientovanými příbuznými.

Přínos validace je z našeho pohledu jednoznačně spatřován nejen u seniorů se syndromem demence, ale také u pracovníků pečujících o osoby. v rámci zdravotně-sociální péče. Jedná se zejména o posílení hodnoty a sebehodnoty, zhodnocení života a vyřešení případných konfliktů souvisejících s minulostí. U osob se syndromem demence a Alzheimerovou chorobou jde mimo jiné o znovuobjevení pocitů vlastní hodnoty a podpoře mimoslovní komunikace, která je z důvodu postižení kognitivních funkcí narušena. Venglářová (2007) uvádí doporučené postupy při řešení problematických situací, jako jsou agresivita, toulání, paranoia a noční neklid. Zastáváme názor, že praktikování validace u osob se syndromem demence může být jednou z možností, jak předcházet vzniku problematických situací ve zdravotně-sociální péči o tuto cílovou skupinu.

Závěrem lze říci, že validace jako přístup k lidem se syndromem demence a zároveň jako komunikační metoda může být rovněž jednou z možností, jak posílit zdraví v bio-psycho-sociálním a spirituálním pojetí a zabránit zhoršení zdravotního stavu ve stáří. Můžeme též očekávat, že odborně poskytovaná Validace podle Naomi Feil® u osob vyššího věku může přispět ke snížení potřeby i spotřeby mnohdy až zbytečně indikovaného počtu tlumících léků především u osob trpících syndromem demence z důvodu zmatenosti, dezorientace, poruchy

chování (agresivita). Integrativní Validace podle Richard® zaměřuje pozornost jednak na podporu, blízkost a porozumění lidem s demencí, jednak na vytvoření kvalitního vztahu mezi osobou s demencí a pečovatelem (úcta, respekt, pochopení). Co se týče dalších přínosů, validace umožňuje snižovat úzkostné stavy a stresové situace, se kterými se lidé s demencí nemohou sami vyrovnat. Neopomenutelný je i přínos validace týkající se zlepšení mobility a chůze. Efekt validace tedy spatřujeme v posílení vztahu nejen mezi profesionálními pečovateli a seniory a lidmi s demencí, ale též vztahu mezi neformálními pečovateli/rodinnými příslušníky a seniory. Jak profesionální, tak neformální pečovatelé mohou tedy díky validaci seniorům lépe porozumět, snadněji se vzájemně na sebe naladit a posílit svůj vzájemných vztah, což může být jedním z nástrojů, jak předcházet vzniku syndromu vyhoření z důvodu náročnosti péče v péči o lidi s demencí. V neposlední řadě je potřebné zdůraznit, že pro poskytování validace ze strany profesionálních pečovatelů je potřebné absolvovat vzdělání v této oblasti, a to u akreditovaných lektorů Validace podle Naomi Feil® či Integrativní Validace podle Richard® .

Literatura

1. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. 2010. Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
2. JANEČKOVÁ, H. et al., 2013. Validace. In: MATOUŠEK, O. et al. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, s. 141-144. ISBN 978-80-Litera262-0366-7.
3. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2017. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
4. FEIL, N., KLEK-RUBIN, V. D., 2015. Validácia®. Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika. ISBN 978-80-971766-1-7.
5. FEIL, N., de KLERK-RUBIN, V. 2010. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 9. přepracované a rozšířené vydání. München: Ernst Reinhardt Verlag. ISBN 3-497-02156-7.
6. FEIL, N. Validation. 2007. 5. vydání. München: Reinhardt-Verlag 2007. ISBN 3-497-01914-3.
7. FEIL, N., de KLERK-RUBIN, V. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 9. přepracované a rozšířené vydání. München: Ernst Reinhardt

Verlag 2010. ISBN 3-497-02156-7.

8. KLERK-RUBIN, V. 2009. Mit dementem Menschen richtig umgehen. Validation für Angehörige. München: Reinhardt Verlag, 2009. ISBN 978-3-497-02080-5.
9. KLERK-RUBIN. 2006. V. MIT DEMENTEN MENSCHEN RICHTIG UMGEHEN: VALIDATION FÜR ANGEHÖRIGE. München: Ernst Reinhardt. 126 s.
10. KUDĚLKA, P. 2017. Integrativní Validace podle Richard®. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000286.pdf?seek=1444989328>.
11. MALÍKOVÁ, E., 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
12. PROCHÁZKOVÁ, L. 2012. Metoda validace – podpora práce s dezorientovanými lidmi. Prohuman. Vedecko-odborný interdisciplinárny recenzovaný časopis, zameraný na oblasť spoločenských, sociálnych a humanitných vied. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>
13. RICHARD, N. 1994. Validation. Lichtungen im Nebel der Verwirrtheit finden. Altenpflege.
14. RICHARD, N. Annahmen und Begleiten. Altenpflege. 1995. FEIL, N. A VICKI DE KLERK-RUBIN. 2015. Validácia®. Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika. ISBN 978-80-971766-1-7.
15. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

4.6.5 Realizace paliativní péče u poskytovatelů sociálních služeb

Paliativní péče v domovech pro seniory

Paliativní péče je komplexní na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná osobám žijícím s nevy léčitelným onemocněním i jejich blízkým (Kalvach a kol., 2004). Zaměřuje se na to, aby člověk mohl život prožít kvalitně a důstojně až do posledního okamžiku. Umírání chápe jako jeho přirozenou součást.

Cílem paliativní péče je nejenom zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, ale také zachovat klientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče je zaměřená na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, a to za pomoci multidisciplinárního týmu a zapojení rodiny i blízkých osob klienta.

Principy paliativní péče (Paliativní péče, 2016):

- a) neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života;
- b) dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění;
- c) podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti;
- d) je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty;
- e) vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení;
- f) zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých;
- g) nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka;
- h) vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Zatímco se dříve pojetí paliativní péče soustředilo zejména na péči o zejména onkologicky nemocné pacienty v terminálním stadiu (tedy posledních několik týdnů až dnů), v posledních letech, vzhledem k prokázanému přínosu i pro jiné skupiny pacientů, dochází k rozšíření konceptu paliativní péče i na neonkologicky nemocné – příkladem mohou být chronická onemocnění.

Poskytování paliativní péče je trend, který v současnosti posiluje v celém vyspělém světě. Zejména s ohledem na stále se zvyšující věk dožití a vysoký výskyt chronických chorob je paliativní péče v závěru života křehkých seniorů nebo osob trpících chronickou chorobou potřebná.

V pobytových sociálních službách typu domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, můžeme najít až 75 % tzv. křehkých seniorů. Chřadnutí seniorů často provází onemocnění demencí. V kontextu geriatrické křehkosti a multimorbidity je nesnadné předpovědět, kdy a jak klient zemře.

V souvislosti s péčí o klienta v pobytových sociálních službách hovoříme o **aplikaci/implementaci paliativního přístupu do každodenního poskytování péče**, a to na úrovních:

- filozofické – se záměrem naplnění principů paliativní péče;
- procesů – pro hladké organizační zajištění poskytování paliativní péče (např. indikace paliativního režimu);
- postupů – tedy praktických kroků, které provádějí paliativní přístup.

Základní procesy při poskytování paliativní péče v domově pro seniory

Rozlišujeme 4 základní procesy paliativní péče (Hrdá a kol., 2020):

- 1) plánování budoucí péče, které zahrnuje vedení rozhovoru s člověkem, jeho blízkými ke zjištění přání a představ o budoucí zdravotní péči, stejně jako o tom, co je pro nemocného kvalitou života;
- 2) sestavení plánu péče v závěru života, který slouží k naplnění přání člověka v kontextu vývoje jeho zdravotního stavu, s určenými cíli a plánem postupu, stejně jako s ošetřením rizik péče vyplývajících ze závěru života. Pomyslným momentem spuštění je indikace terminální fáze onemocnění lékařem, případně okamžik nenadálého akutního zhoršení zdravotního stavu. O klientovi pak hovoříme, že je v paliativním režimu;
- 3) vlastní poskytování péče v závěru života, kdy je zásadní, aby pracovníci každé odbornosti věděli, jak pečovat, a aby se uměli starat o péči pozůstalostní, protože smrtí člověka by péče končit neměla.

Paliativní péče v domovech pro seniory má svá specifika. Každý klient by měl mít sestavený plán péče při zhoršení zdravotního stavu. Může se však vyskytnout mnoho bariér, které je nutné mít zmapované a pracovat s nimi. Mezi základní překážky můžeme zařadit např. strach z tématu umírání a smrti, nerealistická očekávání rodinných příslušníků, nespolupráce mezi profesemi, zejména na zdravotně-sociálním pomezí, nedostatečné množství personálu na směně, málo vzdělaný personál, nedefinované postupy a konkrétní kroky při práci s klientem aj. Jako zcela zásadní se jeví problém, který se týká nedostupnosti lékaře pro paliativního klienta (Koubová, 2019).

Pro funkční zajištění paliativního přístupu je nutná změna v kultuře organizace a shoda mezi většinou personálu domova, a to napříč multidisciplinárním týmem. Samozřejmostí je celoživotní vzdělávání personálu v oblasti moderních trendů v paliativní péči.

Literatura

1. Hrdá, K., Tollarová, B., a kol. Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. [online] [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf
2. Kalvach, Z., a kol. 2004. Umírání a paliativní péče v ČR:(situace, reflexe, vyhlídky). Praha: Cesta domů. [online] [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/umirani.pdf>
3. Paliativní péče, 2016. [online] [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
4. Koubová, M., 2019. Překážky kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory? Strach ze smrti i nedostupnost lékaře. Zdravotnický deník. [online] [cit. 2020-11-16]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/prekazky-kvalitni-paliativni-pece-domovech-seniory-strach-ze-smrti-i-nedostupnost-lekare/>

4.7 Standardy kvality v systému sociálních služeb v kontextu modelu péče o seniora v konceptu třístupňového bydlení

Povinnost dodržovat standardy kvality sociálních služeb ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách všem (registrovaným) poskytovatelům sociálních služeb v ustanovení § 88 písm. h). To, zda poskytovatel dodržuje standardy kvality, ověřuje Inspekce kvality.

Standardy kvality v sociálních službách slouží jako vodítko, jak se v systému těchto služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách orientovat. Jedná se o základní kritérium toho, jak musí své služby organizace poskytovat. Nejde však pouze o nástroj kontroly, ale také významný zdroj informací, které poskytovatelům umožní vytvořit ve svých organizacích takové podmínky, které budou poskytovat opravdu kvalitní sociální služby, odpovídající běžným evropským standardům a respektující **lidská a občanská práva a lidskou důstojnost** klientů (Krutinová, 2008).

Standardy kvality sociálních služeb jsou obsaženy v příloze 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Standardy můžeme rozdělit do třech oblastí: procedurální, personální a provozní.

Celkem rozlišujeme 15 standardů kvality:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě

13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby a jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka.

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

4.7.1 Sociální poradenství v systému sociálních služeb

Nárok na bezplatné poskytování sociálního poradenství může občanům pomoci orientovat se v nabídce poskytovatelů sociálních služeb. Občané mohou volit z nabídky sociálních služeb nebo využít podporu vlastní rodiny, příp. služby kombinovat.

Dle zákona č. 108/2006 Sb. (zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, § 37), rozeznáváme dva druhy sociálního poradenství:

- a) základní sociální poradenství;
- b) odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti

trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- b) sociálněterapeutické činnosti;
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.7.2 Domy s pečovatelskou službou

Jedná se o domy, které vlastní **obec** a ta přiděluje žadateli konkrétní byt podle stanovených kritérií. Obec s **nájemníkem** uzavírá nájemní smlouvu. Tyto byty jsou určeny občanům, kteří jsou ve starobním nebo plném invalidním důchodu. Malometrážní bytové jednotky jsou určeny seniorům, kteří jsou v základních životních úkonech soběstační, ale pro zajištění některých potřeb vyžadují z důvodu věku nebo zdravotního stavu pomoc a péči jiné osoby.

Kromě nájemní smlouvy mohou klienti uzavřít i smlouvu o poskytování dalších služeb, které se však hradí zvlášť. Jedná se především o sociální služby, které si mohou objednat v rámci terénních sociálních služeb (pečovatelská služba). Rozsah i výši úhrad za jednotlivé výkony stanovuje zákon č. 108/2006 Sb. a vyhláška č. 505/2006 Sb.

V domech s pečovatelskou službou jsou většinou k dispozici společenské místnosti, kde mají obyvatelé možnost společných setkání a kulturního vyžití. Program si zajišťují senioři ve většině případů sami nebo ve spolupráci s odborem sociálních věcí či sociální pracovníci konkrétní pečovatelské služby. Jedná se např. o zájezdy, divadelní představení, různá posezení atd.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony (zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, § 40).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Když se obyvatel domu s pečovatelskou službou rozhodne využívat pečovatelskou službu, má možnost vybrat si poskytovatele pečovatelské služby dle vlastního uvážení. Dům s pečovatelskou službou na rozdíl od domova pro seniory není pobytové zařízení se zdravotní péčí a sociálními službami poskytovanými nepřetržitě.

Pečovatelská služba funguje v režimu nastaveném dle dohody seniora a poskytovatele této služby. Spočívá to zejména v dodání, přípravě a podávání jídla, zajištění nákupů, pomoci při osobní hygieně, úklidu domácnosti, praní prádla, obstarání pedikúry apod.

Úkony a čas poskytování pečovatelské služby, kterou obvykle poskytují pracovníci v sociálních službách, si obyvatel vyjedná s poskytovatelem a obě strany toto podpisem stvrdí ve smlouvě o poskytnutí pečovatelské služby.

4.7.3 Domovy pro seniory

Sociální služba domov pro seniory je pobytová služba a její legislativní ukotvení lze nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 49. Právní rámec a podrobnější vymezení pak uvádí prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. (zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, § 49).

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování;
- b) poskytnutí stravy;
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;

- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- f) sociálněterapeutické činnosti;
- g) aktivizační činnosti;
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.7.4 Domovy se zvláštním režimem

Sociální služba domov se zvláštním režimem je pobytová služba a její legislativní ukotvení lze nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 50. Právní rámec a podrobnější vymezení pak uvádí prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, § 50).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování;
- b) poskytnutí stravy;
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- f) sociálně terapeutické činnosti;
- g) aktivizační činnosti;
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.7.5 Uspokojování individuálních potřeb seniorů v pobytových sociálních službách

V domovech pro seniory i v domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány sociální služby v rámci multidisciplinárních týmů. Péče o tyto klienty je individuálně plánována, a to s důrazem na zachování lidských práv a svobod, s ohledem na aktuální potřeby klientů, zachování důstojnosti a co nejdříve udržení samostatnosti každého klienta. Individuální plánování s klientem sociální služby je stanoveno zákonem o sociálních službách a je upraveno ve

standardu kvality č. 5. V každé sociální službě by tedy měly být zpracované metodické postupy, jakým způsobem probíhá individuální plánování s klientem. Tyto postupy pak umožňují pracovníkům snadnější orientaci v uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klientů.

Také z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumu v prvním roce projektu TAČR vyplynula důležitost individualizace péče v domovech pro seniory i v domovech se zvláštním režimem. Informanti poukazovali na to, že je důležité stanovit si v rámci organizace cíl organizace a celkovou filozofii/vizi poskytování té konkrétní sociální služby. Všichni pracovníci (pracovníci přímé péče, management i administrativní pracovníci) by měli rozumět tomu, jaká je vize poskytované péče, jaké jsou cíle, kterých chce organizace dosáhnout, popř. v jakém období.

Individualizace péče musí být zaměřena na uspokojování všech potřeb klientů s ohledem na přání, zájmy, možnosti a schopnosti klienta. Kromě individualizace základních potřeb v souvislosti s ošetrovatelskou péčí (zejména hygiena a stravování) byly v rámci výzkumného šetření zmiňovány aktivizace seniorů a smysluplné naplňování volného času klientů.

V současné době jsou v rámci moderních trendů péče používány v domovech pro seniory i v domovech se zvláštním režimem různé teoretické koncepty, přístupy či modely. Nejednotná terminologie se objevila i v průběhu našeho výzkumu. Někteří informanti poukazovali na přístup, který v jejich organizaci používají, jiní mluvili o modelu péče. Někteří uváděli, že sice nepoužívají koncept, ale jen prvky tohoto konceptu. Pro přehlednost uvádíme jednotný název – tedy „model“ – pro konkrétní a nejčastěji využívané trendy v péči o seniory v pobytových službách.

Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že v současné době je při práci se seniory hojně využíván koncept bazální stimulace, koncept smyslové aktivizace, validace, psychobiografický model péče dle Böhma. Některé organizace začínají pracovat nebo již mají zpracovaný koncept paliativní péče.

Mnoho organizací, které se zaměřují na práci se seniory, klade velký důraz na propojení a otevřenost sociálních služeb s místní komunitou, s rodinou a na mezigenerační soužití (Železná, 2018). Jedná se např. o spolupráci s dětmi a studenty z různých typů škol, spolupráce s dobrovolníky, rodinnými příslušníky a dalšími subjekty. Dochází tak k přirozenému mezigeneračnímu propojení a tím k předcházení sociální exkluze seniorů (Dvořáčková, Mojžíšová, 2018).

Každá sociální služba by měla neustále respektovat zachování autonomie člověka. V praxi pobytových sociálních služeb to znamená aktivně podporovat právo člověka rozhodovat o tom, jakou péči by si pro sebe přál či nepřál a respektovat jeho rozhodnutí o tom, jak chce žít svůj život. Současné moderní trendy péče o seniory v pobytových sociálních službách zahrnují široké spektrum činností, které jsou zaměřeny na individuální přístup, zohledňují osobnost člověka a jeho životní příběh a kladou důraz na prostředí, ve kterém se senior nachází.

4.7.6 Cohousing

Anglické slovo cohousing vystihuje jeden z modelů komunitního bydlení. Dalo by se do češtiny přeložit jako „společné bydlení“ nebo „blízké sousedské bydlení“. Jedná se tedy o seskupení několika bytových jednotek ve společné zástavbě. Další prvek, který je pro tento systém bydlení charakteristický, je plánované sousedské bydlení. Je tedy typické, že sousedské vztahy se nevytvářejí až po nastěhování do komplexu, ale již při jeho utváření. Velký důraz je kladen na vzájemné interakce mezi obyvateli cohousingového bydlení.

Filozofie cohousingů je zaměřena na hlouběji prožívané mezilidské vztahy a zároveň na zachování osobní nezávislosti, kterou podporuje. Do určité míry zachovává to, co nabízel běžný život v tradičních vesnických společenstvích a snaží se tento model přenést do 21. století. Obyvatelé se obvykle podílejí na plánování projektu a na budoucí podobě svého domova i pravidel jeho fungování. V případě zhoršení zdravotního stavu probíhá péče za pomoci ostatních v komunitě, případně standardním způsobem (lékař, nemocnice). Obrovskou výhodou je bezprostřední přítomnost ostatních obyvatel komunity, kdy si často všimnou podle jiného výrazu tváře, že něco není s daným člověkem zdravotně v pořádku, a situace se může hned řešit. To je samozřejmě v domácím prostředí u osamělých lidí nemožné.

Řízení chodu cohousingového společenství je obvykle založeno na vzájemné interakci obyvatel. V některých zařízeních existuje funkční systém „intranetu“, kde jsou všechny aktuální informace o plánování společných večeří, úklidu, oprav a dalších akcí. Všichni spolupracují. Lidé se tu hodně dobře znají, takže není potřeba „oficiálně“ řídit společenství, využívání místností pro pohybové a kondiční aktivity, místnosti s možností promítání kina, je intuitivní a bezproblémové. Jinde existuje „formálnější“ organizace řízení, kde jsou dány pracovní skupiny zaměřené na specifické společné činnosti (např. úklid, péče o květiny, zahradu, kuchyň), existují valné hromady a představenstva, které se pravidelně scházejí a diskutují otázky obecného charakteru.

Je zřejmé, že cohousing je alternativou jednak k péči v pobytových sociálních službách jako jsou domovy pro seniory, jednak ke stárnutí v domácím prostředí. Přínos cohousingu spočívá nejen v aktivním životě v komunitě, ve vzájemné podpoře a pomoci, získání pocitu jistoty a bezpečí, ale i v udržování a podpoře sociálních kontaktů s druhými lidmi. Na cohousing je z našeho pohledu možné pohlížet též jako na jednu z možností, jak předcházet sociálnímu vyloučení ve stáří.

Cohousing tvoří jedinci a rodiny, které se dopředu znají, utvoří si pravidla a nastaví podobu cohousingu. Urbanistická forma cohousingu dbá na dostatek soukromého prostoru ve formě bytu a zároveň poskytuje prostory společné. Právě toto uspořádání má přinášet možnost zefektivnění provozu po stránce využívání společného vybavení, což s sebou nese ekonomické i časové úspory a v konečném důsledku intenzivnější sousedské interakce.

V cohousing systému bydlení lidé organizují svůj život společně, sdílí společné prostory jako kuchyně, společenská místnost, jídelna, prádelna, tělocvična, kolárna, zahrada aj. Jednotlivé byty však zachovávají soukromí obyvatel. Tento komunitní způsob života získává popularitu po celé Evropě a má svůj původ ve Skandinávii.

Senior cohousing je v současnosti aktuální trend snažící se řešit problémy celkové stárnoucí populace formou vzájemné spolupráce a podpory obyvatel. Od klasického cohousingu se liší pouze tím, že zde žijí převážně aktivní lidé/senioři od věku 50+. Známé jsou i mezigenerační cohousingové komunity.

Cohousingové komunity pro starší lidi nabízejí řešení tehdy, pokud někdo nechce žít v pobytových sociálních službách, ale přesto dává přednost společnosti svých vrstevníků. (Rusinovic et al., 2019). První moderní cohousingová komunita byla postavena v Dánsku v roce 1964, avšak kolektivní modely bydlení jsou zde tradicí již 200 let. Klíčem k úspěchu je sociální zaměření cohousingu, nadšení a smysl spolumajitelů pro komunitu a jejich velmi pozitivní postoj k sociální interakci (Larsen 2019).

Mezi ekonomické výhody, které obyvatelům přináší cohousing, můžeme zařadit společné využívání kvalitního vybavení, např. vybavení prádelny, kuchyně, jídelny, společenských prostor, technické zázemí apod. Běžným prvkem v cohousingu je pořádání společných večerů, kterým se šetří jak náklady za nákup jídla, tak i čas obyvatel. Díky společným aktivitám dochází k větší sociální interakci mezi obyvateli. Sdílení prostředků, prostoru a míra tohoto sdílení je principem, který obyvatelé považují za nejpodstatnější pro provázanost komunity.

Účast na společných aktivitách je vždy dobrovolná. Tím se cohousing vymezuje vůči modelům komunitního bydlení, ve kterých jsou aktivity nařízené shora. Princip dobrovolnosti prostupuje celým procesem založení i pozdějšího fungování cohousingu, jinak by se popřela základní myšlenka, kterou je zachování individuality a osobní nezávislosti jedince.

Rizika a překážky implementace cohousingu do ČR

Dále příloha č. 3: Moderní trendy v bydlení seniorů: třístupňové bydlení

(1) **neznalost konceptu a případně nerelevantní představy o něm**, vysoká míra nedůvěry majoritní společnosti a naopak nekritické nadšení minoritních alternativních menšin; mylné konotace, že společně sdílené prostory jsou nadstandardně nákladné nebo jiná mylná představa, že vztahy mezi obyvateli musí být hluboce přátelské;

(2) **vysoká (zvýšená) míra nedůvěry ke sdílení aktivit a vybavení v rámci společných prostor**, zřejmě stále jako pozůstatek pokřivené dlouhodobé socialistické minulosti, lidé většinou považují společně sdílené prostory a prostředky za zdroje konfliktů;

(3) **nízká kvalita sousedských vztahů**, vyplývající mimo jiné z urbanistického a architektonického prostředí, podporujícího anonymitu a individualismus obyvatel, často bránící zejména neformálním sociálním interakcím obyvatel z důvodu nepřítomnosti přechodových polosoukromých a poloveřejných zón;

(4) **nízká vlastní iniciativa občanů**, obavy pouštět se do vlastních projektů, minimální využití potenciálu samotných obyvatel, obyvatelé často ani neumějí pojmenovat, jak by si přáli žít;

(5) **nezkušenost s participací** neboli s účastí na tvorbě vlastního obytného prostředí, jak u jednotlivých občanů, tak i u organizací a institucí;

(6) **chybějící veřejná diskuse** o kvalitě bydlení i o způsobech bydlení ve stáří;

(7) **nízká mobilita jednotlivců**, související s převahou vlastnického bydlení na úkor ostatních právních důvodů užívání bydlení a s celkovou neochotou se stěhovat v případě změny životní situace;

(8) **nízká finanční dostupnost bydlení**, opět související s převahou vlastnického bydlení na úkor ostatních právních důvodů užívání bydlení;

(9) **vliv dosavadní nekoncepční bytové politiky**, opět související s převahou vlastnického bydlení a také s neexistencí definovaného sociálního bydlení;

(10) **legislativní omezení**, zastaralé přístupy zákonů, vyhlášek a dalších regulativů, pocházejících z minulého století, které téměř nereflektují současnou situaci v kontextu komplexních demografických, ekonomických a ekologických změn;

(11) **zdlouhavost vzniku prvního (někdy i dalších) projektů cohousingu** v té které zemi, což podle zahraničních zkušeností většinou vyžaduje minimálně jednu silnou osobnost, která je schopna se vytrvale angažovat v propagaci koncepce na různých úrovních;

(12) **cohousing není** pro potenciální investory zaručeně **atraktivní „produkt“**, obsahuje krom známých faktorů (designových) příliš mnoho ostatních „nevyzpytatelných faktorů“, kam lze zahrnout formální i neformální sociální faktory a osobní faktory obyvatel.

Senior cohousing se od počátku setkává v ČR se dvěma základními překážkami:

(13) **neochota osob středního věku přemýšlet o vlastním stáří**, natož se aktivně připravovat na vlastní stárnutí a stáří v oblasti bydlení;

(14) **spoléhání starších osob na pomoc státu, společnosti či vlastní rodiny**, které vychází primárně z neinformovanosti společnosti o skutečném stavu problematiky, dále z nedostatku jiných přijatelných a přiměřených alternativ.

Literatura

1. Bešťáková, V., 2013. Bydlení seniorů v kontextu stárnutí populace: cohousing a senior cohousing: disertační práce. Praha: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta architektury, Vedoucí disertační práce: Prof. Ing. arch. Irena Šestáková.
2. Dvořáčková, D., Mojžíšová, A., 2018. Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services. Kontakt. [online] [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2019/01/15.pdf>. DOI: 10.32725/kont.2018.002.
3. Krutilová, D., 2008. Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. Tábor: Abena, s. 30.
4. Larsen, H., G., 2019. Three phases of Danish cohousing: tenure and the development of an alternative housing form. 34:8: 1349–1371, DOI: 10.1080/02673037.2019.1569599.

5. Rusinovic, K., Bochove, M., Sande, J., 2019. Senior Co-Housing in the Netherlands: Benefits and Drawbacks for Its Residents. [10.3390/ijerph16193776]. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16 (19): 3776.
6. Vyhláška č. 505/2006Sb, Příloha 2. [online]. [cit. 2020-10-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
7. Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách [online] [cit. 2020-10-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
8. Železná, L., 2018. Care-giving to grandchildren and elderly parents: role conflict or family solidarity? *Ageing & Society*. 38(5): 974–994. DOI: 10.1017/S0144686X16001434.

5 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO APLIKAČNÍ PRAXI

Aktualizace Akčního plánu sociálních služeb pro rok 2021 a též do aktualizace Strategického plánu rozvoje pro období 2021–2032. Zpracovat výsledky projektu: Modely péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení do těchto významných strategických dokumentů.

Podpora a participace obcí na tvorbě Koncepce dlouhodobé péče o seniory, která by měla vycházet z Analýzy sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR. Výsledky projektu identifikovaly nezbytnost propojení zdravotně-sociální péče o seniory nejen v pobytových službách, ale také v terénních službách a v neposlední řadě v komunitě. Jako nezbytná se jeví synergie všech aktérů dlouhodobé péče včetně politické podpory.

Podpora a participace na tvorbě Koncepce neformální péče o seniory, která není v České republice doposud zpracována. Neformální pečující se významně podílejí na péči o seniory v domácím prostředí. Často tedy oddalují nezbytnost umístit seniory v pobytových zařízeních. Neformální pečovatelé jsou často podporováni komunitou a realizují sdílenou péči, kdy kombinují svou péči o seniora se sociální popř. zdravotní službou. Nejčastějším neformálním pečovatelem je člen rodiny žijící se seniorem ve společné domácnosti, druhou významnou skupinu tvoří rodinní příslušníci, kteří pečují o své seniory, ale bydlí odděleně. Lze předpokládat, že podporovaná neformální péče na úrovni národní i na úrovni jednotlivých obcí sníží tlak na pobytová zařízení pro seniory, sníží finanční náklady a sníží tlak na počty odborného personálu v pobytových službách. Koncepce neformální péče o seniory by měla mít dopad na možnosti obcí budovat pobytové služby menších kapacit.

Model péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení musí být v souladu s národní specifikací jednotlivých států. Inovace modelu péče o seniory by měla čerpat z příkladů dobré praxe v ČR i v zahraničí a vždy s respektem ke kultuře a k historii naší země. Každý inovativní projekt seniorského bydlení je nezbytné přizpůsobit místním podmínkám.

Rozvoj komunitní sociální práce na obcích. V kontextu komplexní zdravotní a sociální péče o seniory hraje důležitou roli komunitní sociální práce, díky které sociální pracovník pomáhá řešit nejen situaci seniorů včetně zmapování jejich potřeb, ale i například jejich začlenění do komunity jako prevenci sociálního vyloučení. Role komunitního sociálního pracovníka spočívá rovněž v plánování a rozvoji sociálních služeb v rámci obce, které jsou s ohledem na model třístupňového bydlení pro seniory důležité. Nabývá tedy na důležitosti činnost sociálního

pracovníka na obci, který především napomáhá klientům při orientaci v systému zdravotních a sociálních služeb, pomáhá při výběru vhodné sociální služby či s řešením bytové situace seniora (ztráta či riziko ztráty bydlení aj.), věnuje se poradenské činnosti. V rámci řešeného projektu jednoznačně doporučujeme rozvíjet sociální práci na obcích, přispívat k rozvoji komunitní sociální práce a posilovat tak roli sociálního pracovníka v komunitě. Za další vnímáme důležitost a užitečnost komunitních center, která nabízejí řadu aktivit (nejen) pro seniory (např. zájmové, vzdělávací, sportovní či kulturní) v komunitě. Komunitní centrum by mělo být nedílnou součástí modelu třístupňového bydlení pro seniory, neboť napomáhá vzájemnému potkávání se a sdílení obyvatel komunity i k rozvoji mezigenerační spolupráce.

Podpora dalších forem bydlení pro seniory v obcích nejen v kontextu výsledků realizovaného projektu. V současné době absentuje Koncepce bydlení v ČR. Nedoporučuje obcím vytvářet dílčí koncepci bydlení pro seniory, ale zpracovávat koncepci bydlení pro všechny věkové kategorie s důrazem na význam komunity, sousedské výpomoci a mezigenerační solidaritu.

Důstojné stárnutí seniorů v místě v souladu s doporučeními WHO – Global age-friendly cities (https://www.who.int/ageing/publications/age_friendly_cities_guide/en/). Je důležité, aby města a obce byly přátelské k seniorům, nabízely různé formy bydlení, rozmanité terénní a pobytové sociální služby a zdravotní služby. Některé z forem bydlení jako např. cohousing, sdílené bydlení, budou určitě subkategorie a můžeme je považovat za určitý experiment v českých podmínkách, ale významně mohou přispět ke kvalitě života celé komunity. Problematika měst a obcí přátelských k seniorům je v našich podmínkách mnohdy tématem mikroregionů a místních akčních skupin (MAS), které vznikají nejčastěji jako seskupení obcí kolem přirozeného centra, jde obecně o jakási spádová území. Velikost mikroregionů je rozmanitá, přesto zhruba polovinu tvoří regiony do deseti tisíc obyvatel a do deseti členských obcí. MAS vznikají na základě zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, v platném znění. V následujících letech docházelo či dochází k transformaci mikroregionů na dobrovolné svazky obcí dle zákona o obcích. Navržený model péče o seniory v konceptu třístupňového bydlení bude mikroregionům a místním akčním skupinám prezentován a nabídnut k případné realizaci.

Model péče o seniory v pobytových službách s kapacitou do 80 klientů. Méně klientů v pobytových službách umožní individuální uspokojování potřeb klientů, bližší sociální vazby klientů na odborný multidisciplinární tým. Výstavba pobytových sociálních služeb s nižší kapacitou klientů umožní větší prostupnost v konceptu třístupňového bydlení.

Posílení mezioborové spolupráce v pobytových zařízeních na principech case managementu a rozšíření multidisciplinárního týmu pečujících. Case management v modelu péče o seniory v kontextu třístupňového bydlení vede k intenzivní a dlouhodobé podpoře seniorů. Přispívá k řešení komplexních problémů seniorů v průběhu koordinované péče v rámci multidisciplinárního týmu (viz kapitola 4.3). Sociální pracovník jako case manager koordinuje spolupráci mezi jednotlivými odbornými pracovníky a organizacemi, které poskytují sociální a zdravotní služby, ale také mezi rodinou a blízkými seniory. Multidisciplinární tým by měl aplikovat péči o klienta za použití kritického myšlení, sebereflexe, prvků efektivní a terapeutické komunikace, využití dobré praxe a výsledky péče hodnotit dle definovaných kritérií. I pečující personál má své potřeby, které jsou mnohdy neuspokojeny, péči o klienty vstupují do popředí, a proto by jim měla být věnována pozornost ve smyslu např. duševní hygieny, supervize.

Personální posílení v pobytových zařízeních. Pokud to neumožňuje aktuální finanční situace, je možné navázat intenzivnější spolupráci se vzdělávacími zařízeními v dané oblasti, zejména se studenty příslušných profesí (např. fyzioterapie, ergoterapie). Využití jejich zapojení do péče o klienty v rámci odborné praxe, případně formou dobrovolnictví či projektové činnosti.

Realizace intenzivních forem seminářů a školení pro zdravotnický personál s odborníky z praxe. Edukace a základy klinické práce v případě, že personál nemůže specializovanou profesi (fyzioterapeut, ergoterapeut) vykonávat, je velmi užitečná a použitelná. Cílem pochopitelně není nahradit práci fyzioterapeuta či ergoterapeuta nekvalifikovaným (nebo jinak kvalifikovaným) personálem, ale dát ostatním profesím informaci o koncepci dané odbornosti v rámci konkrétního zařízení a v konkrétních situacích. Výborné výsledky jsou v tomto např. u školských zařízení. Zde je systematický vstup fyzioterapeuta či ergoterapeuta nereálný, nicméně spolupráce formou konzultací s pedagogy, případně workshopů pro rodiče a veřejnost je velmi přínosná a dále se rozvíjí.

Posílení komunikačních dovedností pečujícího personálu a individuální přístup ke každému klientovi. V návaznosti na teoretická východiska a výsledky našeho výzkumu lze doporučit posílení komunikačních dovedností pečujícího personálu se zaměřením na terapeutickou komunikaci a specifika komunikace se seniorem, jeho blízkými, komunikace s klientem s demencí nevyjímaje. Je zásadní budovat profesionální mezilidské vztahy založené na vzájemné důvěře, empatii a porozumění mezi klientem a ošetřující osobou. S tím neodmyslitelně souvisí kvalitní kvalifikační příprava, celoživotní vzdělávání a aplikace získaných znalostí a dovedností do praxe.

Poradenství pro oblast aktivního stárnutí by mělo být směřováno na období před tím, než dojde ke změně zdravotního nebo sociálního stavu klienta. Pro obce je nezbytné kvalitně a pravidelně zpracovávat analýzu potřeb seniorů jako podklad pro plánování a inovaci preventivních opatření v oblasti bydlení, tak aby nevznikaly lokální problémy.

Souhrn navrhované koncepční oblasti sociální politiky a sociální práce, ve kterých se mohou uplatnit inovativní postupy

Koncepční oblast na makro úrovni

- Aktualizace Akčního plánu sociálních služeb
- Podpora a participace na tvorbě Koncepce neformální péče o seniory
- Model péče o seniory v souladu s národní specifikací jednotlivých států.

Koncepční oblast na mezo úrovni

- Rozvoj komunitní sociální práce na obcích
- Podpora dalších forem bydlení pro seniory
- Důstojné stárnutí seniorů v místě

Koncepční oblast na mikro úrovni

- Posílení mezioborové spolupráce a multidisciplinarity
- Personální posílení v pobytových zařízeních
- Realizace intenzivních forem seminářů a školení se zaměřením na individuální přístup ke klientům a rozvoj komunikačních dovedností pečujícího personálu
- Inovace v oblasti standardů kvality sociálních služeb – dále 5.1.

Dále příloha č. 7 – Návrh implementačního plánu pro obce.

5.1 Inovace v oblasti standardů kvality sociálních služeb v rámci navrženého modelu péče v pobytových sociálních službách pro seniory

Výstupy z projektu poskytují podněty i do oblasti standardů kvality sociálních služeb (SQSS). SQSS jako takové určují minimální úroveň kvality sociální služby, kterou musí poskytovatel splňovat a jako takové jsou tedy pouze odrazovým můstkem pro nadstavbu, kterou poskytovatel ve své službě v rámci poskytování péče klientům buduje.

Nové poznatky plynoucí z projektu se mohou velkou měrou dotýkat obsahové náplně standardu č. 9 Personální a organizační zajištění služby, standardu č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců, standardu č. 13 Prostředí a podmínky, standardu č. 8 Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje a samozřejmě standardu č. 15 Zvyšování kvality sociální služby.

Standard č. 9 Personální a organizační zajištění služby definuje nároky – a to včetně osobnostních – na zaměstnance sociálních služeb. Z kulatých stolů s poskytovateli služeb, které byly pořádány v rámci projektu, vyplývá, že v podstatě všechny organizace se potýkají s nedostatkem pracovníků, případně jejich fluktuací. Budovat nadstavbu v poskytované péči, zavádět inovace a nové koncepty související s péčí lze jen obtížně, není-li dostatečně personálně zajištěna péče základní.

Nedostatkem personálních standardů je bezpochyby skutečnost, že zde není vydefinovaný optimální (nebo alespoň minimální) počet pracovníků konkrétních profesí zajišťující poskytovanou službu. Na nevydefinované počty pracovníků v sociálních službách posléze navazuje mnohdy nedostatečná finanční podpora služby z veřejných zdrojů, čímž je znemožněno adekvátní platové ohodnocení dostatečného množství pracovníků, kteří by vedle poskytování základní péče byli schopni budovat onu nadstavbu a realizovat inovace v péči.

Personální standardy by taktéž měly nastínit cestu k dlouhodobé motivaci zaměstnance k setrvání v pracovním poměru a k podpoře vlastního profesního růstu a růstu celého pracovního týmu. Pokud by organizace byly schopny deklarovat pracovníkům perspektivu a budoucí rozvoj, mohly by tak snížit procento fluktuace pracovníků, jež znehodnocuje investici, kterou sociální služba do svých zaměstnanců vkládá. Pro tuto oblast do budoucna poskytuje základ navazující **standard č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců**.

Nositelem kvalitních sociálních služeb je personál, který tyto služby zajišťuje. Profesionalizace sociálních služeb souvisí s širokou nabídkou vzdělávacích kurzů pro sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách i zdravotnické pracovníky. Pro poskytování bezpečných,

kvalitních a efektivních služeb již nestačí nadšení a empatie, ale pracovníci musí celoživotně rozvíjet svoji odbornost a přizpůsobovat se novým požadavkům na svoji profesi. Aby byl tento předpoklad náležitě naplněn, je nezbytné plánovat a vyhodnocovat plán vzdělávacích aktivit zaměstnanců, a to s ohledem na potřeby klientů a schopnosti a dovednosti personálu.

Aktualizované personální standardy by se taktéž měly zabývat – vyjma dosavadních základních pracovních pozic – šířeji pojatým personálním zabezpečením sociální služby, jež by zahrnovalo další pracovní pozice, které dohromady se základní péčí zajišťují multidisciplinaritu péče. Zde organizace často narážejí nejen na nedostatek vhodných kandidátů, ale i na vnější obstrukce, jako je např. absence kompenzačních výnosů za specializovanou péči rehabilitační či intervenci fyzioterapeuta nebo ergoterapeuta. Organizace další návazné druhy péče sanují externími spolupracovníky či nahodilým neodborným personálním posílením v podobě dobrovolníků, frekventantů kurzů a studentů, což ovšem neumožňuje plynulost a kontinuitu této nadstavbové části péče.

Ukotvení multidisciplinárního týmu v minimálních personálních standardech by také více posílilo roli sociálního pracovníka coby koordinátora dílčích specializačních složek individualizované péče o konkrétního klienta. Tato pozice sociálního pracovníka mnohdy není plně vyjasněna a sklouzává dle potřeby spíše do administrativní polohy, nebo naopak pouze směrem k zajištění základních sociálních služeb. Uznání nezbytnosti multidisciplinárního týmu v SQSS by zároveň definovalo pozici sociálního pracovníka coby osoby zastřešující komplexní péči (case managera).

Jedno z témat projektu cohousingové bydlení nastolilo otázky o možnostech propojení soukromé a společenské sféry života klientů v pobytových sociálních službách. Definováním prostor v sociálních službách se zabývá **standard č. 13 Prostředí a podmínky**. Do obsahu tohoto standardu by bezpochyby bylo vhodné začlenit i navrženou cestu k přirozenému propojení obou uvedených sfér. Tedy že klient služby má svůj výsostně soukromý prostor, na něj ovšem navazují společné prostory, v nichž může příjemně a neorganizovaně trávit čas s dalšími lidmi. Těmito prostory nejsou myšleny velké společenské místnosti nebo haly, v nichž se klienti scházejí k hromadným oslavám a strukturalizovaným aktivizačním činnostem. Jako místa dobrovolného trávení volného času s ostatními obyvateli a návštěvníky sociální služby by měla vznikat spíše přirozená zákoutí a menší místnosti imitující běžné obývací pokoje a další místnosti, v nichž byli klienti dříve zvyklí trávit čas ve svých domácnostech (kuchyňské kouty, pracovny apod.). Předcházející tvrzení kromě popisu prostor klade důraz na nezbytnost participace klienta při strukturování jeho denního režimu a rozhodování o trávení volného času.

Zdůraznění potřeby vzniku přiměřeného množství přirozených místností a prostorů ve SQSS se jeví jako významné právě v současné době, která přeje rekonstrukcím a výstavbám nových pobytových zařízení pro seniory. Pro společenský život klientů bez rizika izolace nejsou však rozhodující pouze fyzické prostory. Neméně důležité je, aby organizace nezanedbávala návaznost pobytové sociální služby na vnější okolí a klienty podporovala v udržování vztahů s okolní komunitou a ve využívání vnějších běžných služeb. Tomuto tématu se věnuje **standard č. 8 Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje**, který by neměl obsahovat pouhý výčet oněch dostupných zdrojů a služeb občanské vybavenosti, ale i způsoby, jakými se sociální služba do komunitního života v lokalitě zapojuje a jak k těmto motivuje své uživatele.

Jak bylo zmíněno v úvodu, SQSS stanovují minimální úroveň kvality poskytované sociální služby. Nezabývají se tedy ideálním typem ani k němu nesměřují. Interpretace a přizpůsobení obsahu jednotlivých standardů jsou tak odvislé od kultury a směřování konkrétních organizací. Všechny organizace by však – byť to některé ve svých SQSS nedeklarují výslovně – měly směřovat ke zvyšování kvality jimi poskytovaných služeb. Této oblasti se věnuje **standard č. 15 Zvyšování kvality sociálních služeb**, který však mnohdy pouze popisuje nástroje a techniky, jimiž se zjišťuje spokojenost zainteresovaných osob vč. uživatelů s dosavadní nastavenou úrovní kvality. Často zde však chybí vize participace klienta při strukturování jeho denního režimu a rozhodování o trávení volného času.

Projekt se kromě inovací v oblasti seniorského bydlení často dotýkal i kvality ošetrovatelské péče a nadstavbových koncepcí péče, jako je validace, bazální stimulace, paliativní péče nebo psychobiografický model péče podle profesora Böhma (v českých podmínkách se jedná spíše o tzv. biografickou koncepci péče). Do své praxe implementuje čím dál větší počet pobytových služeb, které poskytují péči zejména seniorům. Bylo by tedy přínosné, aby v budoucnu organizace v uvedeném standardu č. 15 definovaly konkrétní cesty, které v jejich vlastním pojetí vedou ke zvýšení kvality poskytované sociální služby (což samozřejmě zahrnuje podstatně více aspektů a možností než jen zmíněná implementace specializovaných koncepcí do stávajících metod práce), a zároveň aby v případné novelizaci tohoto standardu byla uvedena základní měřítko a hodnotící kritéria kvality. Tato paušální měřitelnost kvality a dosahovaných výsledků služby by přinesla souměřitelnost požadavků prováděných Inspekcí kvality MPSV, které hodnotí naplňování SQSS v jednotlivých sociálních službách, snazší orientaci zájemců o sociální službu v nabízených službách a v neposlední řadě by nasměrovala organizace ke smysluplnému, měřitelnému a kontinuálnímu zvyšování kvality.

Zákon o sociálních službách a prováděcí vyhláška stanoví řadu oblastí, pro které má poskytovatel vytvořit písemná pravidla. Poskytovatel má také písemně stanovit pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby. Jedná se o pravidla/postupy, jež jsou určeny zaměstnancům vykonávajícím popisované činnosti. Je na poskytovateli, aby rozhodl, které pracovní postupy je potřeba standardizovat. Pečlivé zpracování pracovních postupů vede k dobré orientaci nových i stávajících pracovníků v pracovních činnostech a k jasnému vymezení kompetencí a rolí v rámci multidisciplinárního týmu.

Oblast zvyšování kvality sociálních služeb (standard č. 15) může mít mnoho cest. Vždy se však bude odvíjet od filozofie organizace a stanovení konkrétních vizí. Jednou z možností jak přispět ke zvyšování kvality sociálních služeb může být **využívání modelu E-Qalin**. Tento model je evropský systém managementu kvality, zaměřený speciálně na domovy pro seniory a orientující se na všechny cílové skupiny – klienty, rodinné příslušníky, zaměstnance, vedení, okolí. Klade si za cíl zkoumat z hlediska spokojenosti všech zapojených osob struktury, procesy a výsledky, kterých bylo v zařízení dosaženo. Model E-Qalin prostřednictvím sebehodnocení podporuje a požaduje učení uvnitř organizace a rozvíjí tím inovativní potenciály, které dále vedou k viditelným a prokazatelným zlepšením v každodenní péči.

V tabulce 9 je uveden stručný souhrn inovací v návaznosti na vybrané SQSS. Vzhledem k tomu, že jednotlivé standardy jsou dle zákona o sociálních službách stanoveny obecně, je zde velký prostor pro kreativitu a tvůrčí schopnosti jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. Provázanost jednotlivých standardů je zřejmá a možnosti inovací jsou otevřené a nikdy nekončící proces. Multidisciplinární spolupráce je nezbytností, bez které se zvyšování kvality poskytovaných služeb neobejde. Participace klientů, rodinných příslušníků, dobrovolníků i místní komunity se zaměstnanci organizací povede ke zvyšování kvality života všech zúčastněných.

Tabulka 9: Navrhované inovace v rámci vybraných SQSS

SQSS	Inovace
č. 8 Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje	<ul style="list-style-type: none"> – podpora vztahů s vnější komunitou – popis zapojování organizace/klientů do komunitního života – využívání vnějších služeb

č. 9 Personální a organizační zajištění služby	– vydefinování minimálního počtu pracovníků konkrétních profesí v poskytované službě
č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců	– podpora a motivace pro profesní růst zaměstnanců – plánování a vyhodnocování vzdělávacích plánů zaměstnanců
č. 13 Prostředí a podmínky	– participace klienta při strukturování jeho denního režimu a rozhodování o trávení volného času – zřizování zákoutí pro trávení volného času klientů – malé obývacíky, různá posezení ve společných prostorách
č. 15 Zvyšování kvality sociálních služeb	– zpracování pracovních postupů využívaných konceptů péče a jejich implementace v praxi (např. biografický model péče, bazální stimulace, validace aj.) – zavedení modelu E-Qualin do řízení organizace a využívání stanovených indikátorů pro měření kvality poskytovaných služeb

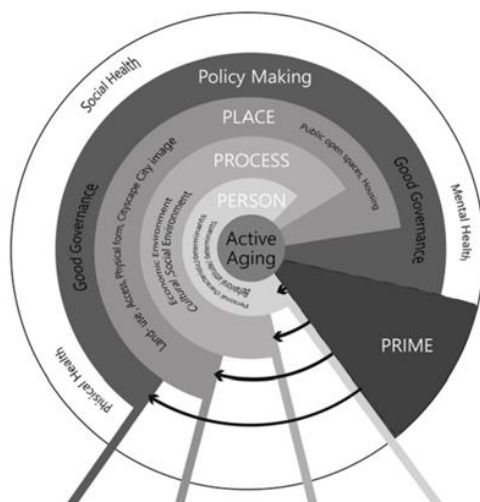
Zdroj: Výzkum v rámci projektu TAČR s názvem „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“, číslo: TL 01 0000 32.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

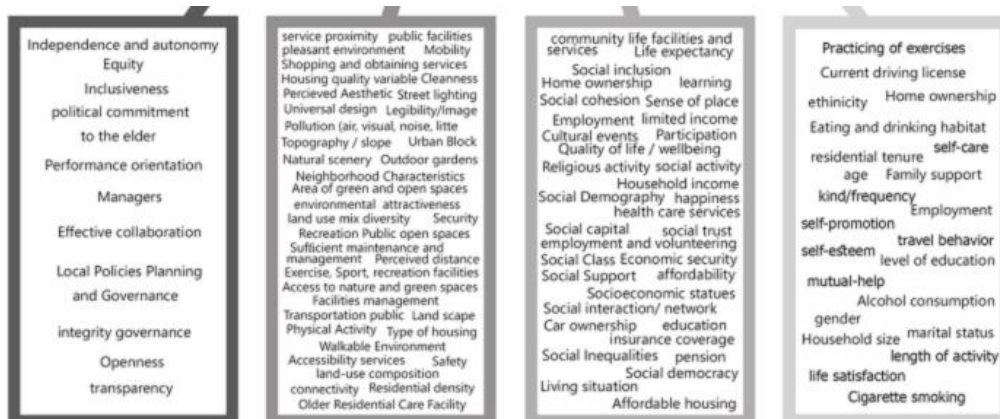
Překlad grafu – AKTIVNÍ STÁRNUTÍ

(překlad grafu z kapitoly 3 Teoretická východiska řešení)



PŘEKLAD TEXTU – JEDNOTLIVÉ ČÁSTI GRAFU

Active Aging	Aktivní stárnutí
PERSON	OSOBA
Personal characteristics/determinants	Osobní charakteristiky/determinanty
Behavioral attitude/determinants	Behaviorální přístup/ determinanty
PROCESS	PROCES
Economic Environment	Ekonomické prostředí
Cultural, Social Environment	Kulturní, sociální prostředí
PLACE	PROSTOR
Land-use, Access, Physical form, Cityscape City image	Využití krajiny, Přístup, Fyzický stav, Městská krajina Panorama města
Public Open Spaces, Housing	Otevřená veřejná prostranství, Bydlení
Policy Making	Tvorba politiky
Good Governance	Řádná správa
Physical Health	Fyzické zdraví
Social Health	Sociální zdraví
Mental Health	Duševní zdraví
PRIME	PRIMÁRNÍ



TVORBA POLITIKY	PROSTŘEDÍ	PROCES	JEDNOTLIVEC
Nezávislost a samostatnost	blízkost služeb veřejná zařízení	zařízení a služby komunitního	Pravidelný pohyb
Rovnost	příjemné prostředí Mobilita	charakteru předpokládaná délka života	Platné řidičské oprávnění
Inkluze	Nákupy a dostupnost služeb	Sociální inkluze	Vlastnictví nemovitosti
Politické závazky vůči seniorům	Různorodost kvality bydlení Čistota	Vlastnictví nemovitosti studium	etnická příslušnost
Orientace na výkon	Vnímané estetické Pouliční osvětlení	Sociální soudržnost Pocit sounáležitosti	stravovací návyky
Manažeri	Univerzální design Čitelnost/Obraz	Zaměstnanost omezené příjmy	samoobslužnost
Efektivní spolupráce	Znečištění (ovzduší, vizuální, hluk, odpad)	Kulturní události Zapojení se	pronájem nemovitosti
Plánování a správa politiky územního rozvoje	Topografie/svah Městský blok	Kvalita života/tělesná a duševní pohoda	věk Druh/četnost podpory rodiny
Integrovaná správa	Přírodní scenérie Venkovní zahrady	Náboženské aktivity společenské aktivity	Zaměstnanost
Otevřenost	Charakter sousedství	domácnosti	sebepropagace
Transparentnost	Zeleň na veřejných prostranstvích	Sociální demografie zdravotní péče	spotřební chování na trhu cestovního ruchu
	atraktivita životního prostředí	Sociální kapitál společenská důvěra	sebevědomí úroveň vzdělání
	rozmanitost využití půdy	zaměstnanost a dobrovolnictví	vzájemná výpomoc
	Bezpečnost	Společenská třída ekonomické jistoty	Konzumace alkoholu
	Veřejná prostranství k rekreačním účelům	Sociální podpora finanční dostupnost	pohlaví/rod
	Dostačující údržba a správa Vnímaná vzdálenost	Sociálně-ekonomické postavení	rodinný stav
	Sportovní a rekreační zařízení	Společenský kontakt/sít' kontaktů	Velikost domácnosti
	Dostupnost přírody a veřejné zeleně	Vlastnictví vozidla vzdělání	délka aktivního života
	Správa zařízení	Pojistné krytí	
	Veřejná doprava Krajina		

	Fyzická aktivita Typ bydlení Vhodnost prostředí k chůzi Dosažitelnost služeb Bezpečnost způsob využití krajiny dopravní dostupnost Hustota obydlí Rezidenční zařízení pro seniory	Sociální nerovnosti penze Sociální demokracie Bytová situace Dostupné bydlení	životní spokojenost Kouření cigaret
--	---	--	---

Zdroj: Lak, A., Rashidghalam, P., Myint, P. K., Baradaran, H. R., 2020. Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. BMC Public Health, 20(1). DOI: 10.1186/s12889-019-8136-8 .

Příloha č. 2

Publikované vědecké články a souhrn závěrů z realizovaného výzkumu a v publikovaných vědeckých člancích

S prodlužující se délkou života nabývá na významu zkoumání faktorů významně ovlivňujících kvalitu života ve stáří, a to ve všech čtyřech rovinách člověka – bio-psycho-sociální a spirituální. Pokud již pro seniora není bezpečné žít v domácím prostředí z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, jsou on a jeho rodina postaveni před velmi náročné rozhodnutí, zda senior stráví zbytek svého života v pobytovém zařízení sociálních služeb. V tomto novém prostředí se pak musí přizpůsobit tamním podmínkám a najít nové kontakty. Může být ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a „syndromem poslední štace“. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem představují pouze jeden z článků v péči o seniory a jsou určeny zejména pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění či některého typu demence a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Řešitelé projektu považují za důležité, aby se zahájila intenzivní diskuse mezi odbornou veřejností o koncepci dlouhodobé péče v koordinaci MPSV a MZ ČR, která by následně měla být legislativně ukotvena.

Předpokladem kvality života seniorů v pobytových sociálních službách je profesionálně zpracovaný individuální plán péče o klienta na základě aktivní participace všech aktérů, kteří jsou do péče zapojeni. Tyto cílené aktivity vycházejí z filozofie a kultury pečující a učící se organizace.

V zahraničí je kladen daleko větší důraz na propojení zařízení pro seniory s komunitou, tj. místem a lidmi žijícími v jeho okolí. Také v České republice se začínají rozvíjet aktivity, které spojují činnost seniorů v pobytovém zařízení s blízkým okolím. Jedná se např. o spolupráci s dětmi a studenty z různých typů škol, spolupráci s dobrovolníky, rodinnými příslušníky a dalšími subjekty. Dochází tak k přirozenému mezigeneračnímu propojení mezi seniory a komunitou.

Cohousing představuje jednu z možných alternativ bydlení této významné společenské skupiny. Mezi výhody vnímané aktéry šetření lze uvést pocit bezpečí, vzájemné podpory, pomoci a spolupráce, pestrou nabídku aktivit a činností a možnost sdílet prostor s lidmi ve stejné etapě života, kteří sdílejí stejné hodnoty, a předcházet tak pocitu osamělosti a pocitu vyloučení ze společnosti. Mezi vnímané nevýhody patří nutnost přizpůsobovat se, ztráta anonymity, stejně jako potíže v oblasti mezilidských vztahů a nutnost si na život v komunitě

zvyknout. Při zvážení všech – v rozhovorech verbalizovaných – výhodách a nevýhodách může být tento typ bydlení vítanou alternativou také pro seniory v České republice.

Tabulka 7: Přehled publikovaných článků v rámci projektu

Autoři	Název článku	Rok publikace – periodikum
Motlová, L., Trešlová, M., Stasková, V., Zeman, M.	Komparace cohousingů ve vybraných zemích EU v kontextu péče o seniory 65+	(2021) General Practitioner / Praktický Lékař
Mojžíšová, A., Dvořáčková, D., Barták, M.	Komunitní bydlení pro seniory jako zdroj sociální opory a prevence sociálního vyloučení	(2020) Caritas et Veritas
MOTLOVÁ, Lenka, STASKOVÁ, Věra, VACKOVÁ, Jitka, TREŠLOVÁ, Marie, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Adéla MOJŽÍŠOVÁ. <i>Praktický lékař</i> [online]. 2019, 99 (2), 69-73 [cit. 8.1.2021]. ISSN 1805-4544.		
DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Adéla MOJŽÍŠOVÁ. Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services. <i>Kontakt</i> [online]. 2019, 21 (1), 93-97 [cit. 8.1.2021]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2018.002		



PRAKTICKÝ LÉKAŘ

ČASOPIS PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ V PRAXI

PhDr. Lenka Motlová, Ph.D. Zdravotně sociální fakulta JU

Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

J. Boreckého 27

370 11 České Budějovice

V Praze dne 14. 11. 2020

Vážená paní doktorko,

potvrzujeme tímto, že článek autorů Motlová, Trešlová M., Stasková V. a Zeman M. s názvem „Komparace cohousingů ve vybraných zemích EU v kontextu péče o seniory 65+“ byl přijat k publikaci v časopise Praktický lékař. Předpokládané otištění článku je v 1. čísle PL 2021.

S pozdravem

MUDr. Karel Filip CSc. MBA
vedoucí redaktor

Vedoucí redaktor: MUDr. Karel Filip, CSc., MBA
Sokolská 31, 120 26 Praha 2, e-mail: karel.filip@email.cz



Teologická
fakulta
Faculty
of Theology

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

V Českých Budějovicích dne 27. října 2020

Potvrzení

Dobrý den,

potvrzuji, že text s názvem:

„Komunitní bydlení pro seniory jako zdroj sociální opory a prevence sociálního vyloučení“

úspěšně prošel recenzním řízením, a je tak přijat ke zveřejnění v nadcházejícím čísle *Caritas et veritas* 2/2020.

Mgr. Pavel Kilbergr

výkonný redaktor *Caritas et veritas*

Teologická fakulta
Kněžská 8, 370 01 České Budějovice
Česká republika

Vyřizuje:
Mgr. Leona Štasná
stastl00@tf.jcu.cz

+420 387 773 530
www.tf.jcu.cz
www.jcu.cz

Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice

MOTLOVÁ L.¹, STASKOVÁ, V.², VACKOVÁ, J.¹, TRESLOVÁ, M.², DVORÁČKOVÁ, D.¹, MOJŽÍŠOVÁ, A.¹

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Děkanka: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

²Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Ředitelka: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

³Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Ředitelka: doc. PhDr. Sýva Bártlová, Ph.D.

Prakt. Léč. 2019; 99(2): 68–73

SOUHRN

Cíl: Hlavním cílem kvalitativního výzkumu bylo identifikovat trendy týkající se komplexní zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory v ČR, a to se zaměřením na lékařskou a ošetrovatelskou péči a aktivizaci.

Metodika: Výzkumný soubor byl tvořen 21 informanty – řediteli a pracovníky (zejména sociálními pracovníky) zabývající se péčí o uživatele v domovech pro seniory v ČR. Zvolen byl kvalitativní výzkum, který se uskutečnil v období května a srpna 2018 prostřednictvím metody focus group. Cílem moderované diskuze bylo identifikovat trendy týkající se komplexní zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory v ČR a sdílet příklady dobré praxe. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného, axiálního a selektivního kódování s hledáním prvků zakotvené teorie, a to za pomoci programu Atlas.ti 7, určeného pro kvalitativní zpracování dat.

Výsledky jsou zobrazeny prostřednictvím schémat, která jsou doplněna doslovnými odpověďmi informantů.

Výsledky: Podle výsledků je patrná orientace informantů na péči zaměřenou na klienty s cílem využívat individuální přístup v aktivizaci klientů, ale i jejich eminentní zájem takový přístup realizovat. Jsou si však vědomi překážek a podmínek, které ne vždy takovou péči umožňují.

Závěr: Mezi hlavní trendy zdravotní a sociální péče o seniory v domovech pro seniory podle názorů ředitelů a pracovníků v těchto zařízeních jednoznačně patří široká nabídka aktivizačních metod, konceptů a činností avšak s důrazem na individuální zájem a možnosti uživatelů.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní péče – sociální péče – ošetrovatelská péče – trendy, aktivizace – sociální práce – seniortví – domovy pro seniory

SUMMARY

Motlová L, Stasková V, Vacková J, Treslová M, Dvořáčková D, Mojžíšová A. Trends in care in nursing homes in the Czech Republic

Objective: The main objective is to identify trends in social and health care, which are offered in nursing homes existing in the Czech Republic.

Aim: The aim is to identify trends in social and health care, which are offered in nursing homes existing in the Czech Republic.

Methodology: The target group is composed by 21 informants – directors of elderly homes and different professionals (mostly social workers) who are realizing social and health care for elderly in nursing homes existing in the Czech Republic. The authors used qualitative research strategy with technique of focus group. Data collection was realized from May to August 2018 and were processed in program ATLAS.ti 7. For data interpretation was used method of open, axial and selective coding with

aim to find grounded theory, if it is possible. The results are represented by schemes with literal expressions of informants.

Results: According to the results, the informants' orientation towards client care is evident in order to use an individual approach in the activation of clients, but also their eminent interest in realizing such an approach. However, they are aware of obstacles and conditions that they do not always allow such care.

Conclusion: The main trends in health and social care for seniors in nursing homes, according to the views of directors and workers in these facilities, clearly include a wide range of activation methods, concepts and activities, but with an emphasis on individual interest and users' potential.

KEYWORDS

health care – social care – nursing care – trends – activation – social work – elderly – nursing home

ÚVOD

V domovech pro seniory se podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; zpro-

středkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. K datu 30. 11. 2018 bylo v České republice registrováno 533 domovů pro seniory (10).

V domovech pro seniory jako pobytové sociální službě je poskytována dlouhodobá péče, která je podle Kalvacha et al. (5) zpravidla definována jako spektrum základních jak zdravotních, tak i sociálních služeb poskytovaných osobám, které jsou závislé na pomoci při každodenních činnostech.

Péče o uživatele v domovech pro seniory by měla být vždy charakter zdravotně sociální, a to s ohledem na zdravotní stav uživatelů. Nedílnou součástí komplexní zdravotní a sociální péče je aktivizace, která je realizována zejména pracovníky v sociálních službách, dále sociálními pracovníky a ošetrovatelským personálem – v případě domovů pro seniory se jedná především o všeobecné sestry.

CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu bylo identifikovat trendy týkající se komplexní zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory v ČR, a to se zaměřením zaprvé na lékařskou a ošetrovatelskou péči, za druhé na aktivizaci. Pro účely tohoto výzkumu je trend vnímán nejen jako současná situace odpovídající péči o uživatele v domově pro seniory na základě Evidence Based Practice (EBP) či dobré praxe, ale i jako tendence či směřování ke zvyšování kvality zdravotní a sociální péče v domově pro seniory.

METODIKA

Kvalitativní výzkum byl uskutečněn prostřednictvím dvou focus groups, kterých se zúčastnilo celkem 21 ředitelů a pracovníků zabývajících se péčí o uživatele v domovech pro seniory v ČR. Focus group, neboli moderovaná skupina, je typem kvalitativního výzkumu. Focus group tvoří vždy skupina lidí, která je seznáma na konkrétní místo v konkrétní čas. Moderátor využívá předem vytvořený scénář a postupně pokládá otázky týkající se diskutovaného tématu. Informanti se účastní diskuze, odpovídají a navazují na názory dalších účastníků diskuze. Cílem moderované diskuze bylo zjistit trendy týkající se komplexní zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory a sdílet příklady dobré praxe. První focus group se uskutečnil v květnu 2018 a zúčastnilo se ho jedenáct informantů. Druhý focus group proběhl v srpnu 2018 s jinou skupinou informantů (deset osob), odpovědi účastníků této skupiny byly jen v minimálně míře odlišné, třetí focus group již tedy nebylo nutné organizovat. Před realizací moderované diskuze byl vytvořen scénář pro focus group, jehož součástí bylo vzájemné představení informantů, dále níže uvedené okruhy a v případě potřeby použité doplňující otázky. Mezi hlavní témata diskuze patřilo:

- I. Řízení organizace. Harmonogram všedního dne a harmonogram víkendu v domovech pro seniory.
- II. Aktivizace. Materiálně technická základna. Moderní trendy péče o uživatele (1. část).
- III. Moderní trendy péče o uživatele (2. část).
- IV. Další možná témata.

V průběhu sběru dat byla dodržena etická dimenze kvalitativního výzkumu, tzn. důvěrnost dat a získání souhlasu od informantů se zapojením do výzkumu. Z obou moderovaných diskuzí byl pořízen audiozáznam, o kterém byli všichni zúčastnění předem informováni. Následně byla provedena transkripce zvukového záznamu, poté byla provedena redukce dat i analýza dat pomocí vybraných typů kódování s využitím programu Atlas.ti 7, určeného pro kvalitativní zpracování dat. Výsledky jsou zobrazeny prostřednictvím schémat, která jsou doplněna o doslovné odpovědi informantů (informanti jsou označeni symboly P1-P21).

VÝSLEDKY A DISKuze

Výsledky kvalitativního výzkumu jsou rozděleny na tři části, které vyplynuly z kódování:

- První část výsledků se vztahuje k zdravotní a ošetrovatelské péči poskytované v domově pro seniory.
- Druhá část se zaměřuje na individualizaci péče.
- Třetí část se týká na aktivizace v domově pro seniory.

Zdravotní a ošetrovatelská péče v domově pro seniory

V domovech pro seniory je zdravotní péče poskytována 24 hodin s ohledem na zdravotní stav uživatelů. Zdravotnický personál zajišťuje a podává léky, věnuje se hygienické péči, podává stravu, uživatele polohuje, vykonává dohled a pomoc při dodržování léčebného režimu. Ošetrovatelská péče je v domovech pro seniory poskytována podle zásad ošetrovatelského procesu a zároveň jsou zohledňovány specifika geriatrického ošetrovatelského (6). Z realizovaného výzkumu vyplynulo, že cílem zdravotní a ošetrovatelské péče v domově pro seniory je zajistit maximálně ucelenou a individuálně zaměřenou zdravotní péči uživatelům, a to s ohledem na respektování jejich individuálních potřeb a přání.

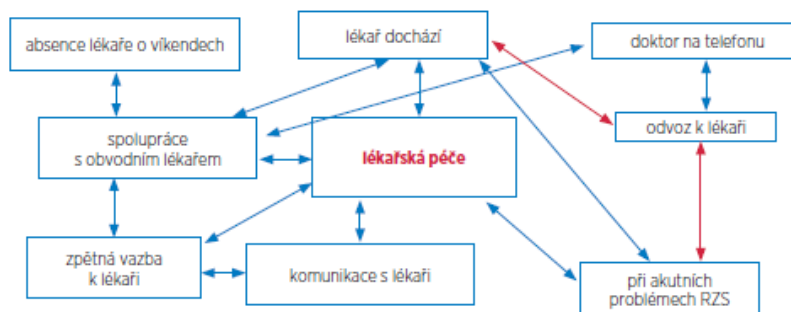
Z výzkumu vyplynula problematika „nepřítomnosti lékaře“ v domově pro seniory, kterou vnímá ošetrovatelský personál jako velmi problematickou. Informanti uváděli: „Jde o to, že my jako řekněme, že nemáme toho lékaře v dosahu těch 24 hodin“, P2 „O víkendů jít tam doktora nemám“. Vzhledem k tomu, že v domovech pro seniory není 24 hodin přítomen lékař, posuzuje všeobecná sestra aktuální zdravotní stav uživatelů a podle toho rozhoduje o dalším postupu. Pokud lékař není na telefonu, zavolá všeobecná sestra při akutních problémech rychlou záchrannou službu (RZS). P5 popisuje zkušenosti s RZS takto: „To se nám stává třeba, když přijede rychlá a my máme jednu takovou baviškovou kolegyni v sociálních službách a ona jim vždycky říká: „Podívejte se, já ta nejsem zdravotník. My máme dvě budovy a zdravotník je na druhé. Já nedokážu vyhodnotit tu situaci. To je na vás, abyste to vyhodnotili. Prostě přijedou.“ Zkušenosti s RZS byly popisovány i slovy „Proč nás voláte?“ nebo „Dojete si do nemocnice.“

Praktický lékař dochází do domova pro seniory či jsou senioři odvezeni k němu do ambulance. Někteří senioři podle informantů mají rodinné lékaře – dle výpovědi P6: „Takže tam je to úplně nejjednodušší, protože tam je ta péče už nastavená od začátku. Když je to nějaký VIP, tak to řešíme přes rodinu. Buď já, nebo Hanka se jedeme představit. Tedy, kdo jsme, co jsme, co budeme potřebovat, jak ta spolupráce běží někde jinde a s někým jiným a je na tom praktičtější, jak je ochotný. Někteří sem přijedou, někteří vám bez problémů píšou léky, odběry a my jim děláme třeba přehledový tabulky tlaků, glykemií a podobně. Anžky vám řeknou, že se na vás vykašlou a zajišťete si to, jak chcete.“ Trendem k zefektivnění zdravotní a ošetrovatelské péče se, na základě výpovědí informantů, jeví intenzivnější spolupráce s lékařem a jeho častější přítomnost (osobní či telefonická).

Dalším diskutovaným tématem bylo propouštění seniořů z nemocnice například u psychiatrických diagnóz, kdy pacient dostane léky na 3 dny a je problémem tuto medikaci sehnat: „Ne třeba jenom prondás, ale i protu rodinu, protože ho propustíš v pátek odpoledne, dáj jim léky na tři dny a nazdar. Prostě starej se, jak chcete. Takže je to hodně o komunikaci, o spolupráci a pak, když už je to nastavený, tak už to pak jako docela dobře běží. A myslím si, že do budoucna tady bude muset být konzultant, na kterého bychom se mohli obracet. Teď to řešíme takto a někdy nás to strašlivě stresuje (P6)“ (schéma 1).

Trendem v oblasti lékařské péče v domově pro seniory je poskytnutí zdravotních služeb zahrnujících ambulantní

Z RŮZNÝCH OBORŮ



modrá šipka = vzájemné spojení a souvislost

červená šipka = vzájemný rozpor a obtíže

Zdroj: Výzkum v rámci projektu TACR s názvem „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení, číslo: TL 01 0000 32.“

Schéma 1 Lékařská péče v domovech pro seniory

pěči prostřednictvím praktického lékaře, eventuálně lékařů specialistů (klíčové medicínské obory) a rehabilitací. Z moderované diskuze vyplynula důležitost fyzioterapie v domově pro seniory, ale v praxi se ukazuje obtížné financování fyzioterapeutů zaměstnaných v těchto zařízeních. Někteří ředitelé domovů pro seniory řeší ošetřovatelskou rehabilitací prostřednictvím všeobecných sester: „Máme sestry a na ně vkládáme tu péči, protože fyzioterapeuty nemáme.“ V rámci focus group bylo zmíněno nejen téma nedostatečného financování zdravotní péče poskytované v domovech pro seniory, ale i téma koncepce dlouhodobé péče. Jednalo se zejména o výpovědi: „Tohleto je právě problém, který si řeší MPSV s ministerstvem zdravotnictví. Řeší to opakovaně, řeší to formou vzniku dlouhodobé péče nebo nějaké koncepce dlouhodobé péče. Já na tyhle ty schůzky jezdím, a to co jsme udělali pro, to je teďka smetený zase ze stolu. Takže je to prostě, tak jak se říká, zaparkovaný hezky...“

Získané výsledky potvrzují nutnost vytvoření a zavedení koncepce dlouhodobé péče do praxe včetně koordinované spolupráce obou rezortů, tj. Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Ize zastávat názor, že tuto situaci je reálně vyřešit pomocí zákona o dlouhodobé péči, která zatím není v ČR systémově a koncepčně vyřešena. Co se týče „ošetřovatelské péče v domovech pro seniory“ se informanti shodovali, že mají zpracované ošetřovatelské postupy. P 6 se k tomuto vyjadřuje následovně: „Nerazíme to přímo ošetřovatelskými standardy, ale ošetřovatelskými postupy a máme vlastně vyhotoveny takové ty standardní postupy, jakým způsobem by se mělo postupovat, a máme vlastní postupy, jak se zachovat v různých situacích, protože ne v každé situaci jste každý den, tak aby vlastně ty děvčata věděla. A měly by sloužit, jako taková berlíčka, že když vlastně něco neví, tak se prostě podívám. Teď nedávno jsme udělali takovou mapu a jsou to subakutní a akutní – co, jak a na koho se obracet – a takovou jako řadu, až, až k tomu poslednímu a je to takovým vodítkem. Co mají tedy děvčata zpracované, protože ony tady jsou samy. Nemají tu toho lékaře a musí se rozhodnout, co a jak. A hlavně případně na koho se obrátit. Kdo by jim mohl dát radu a nějakou tu pomoc, takže to máme nastavený.“ Všeobecná sestra

v domově pro seniory má nezastupitelnou roli, neboť poskytuje zdravotní péči a v rozsahu, který indikuje lékař. Podle Malíkové (6) je poskytování ošetřovatelské péče seniorům v pobytových sociálních službách všeobecnými sestrami stále diskutovaným a kontroverzním tématem.

Individualizace péče v domově pro seniory

Z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumu vyplynula důležitost individualizace péče v domově pro seniory a význam individuálního přístupu k uživatelům. Nečasová (7, s. 49) nahlíží na individualizaci jako na uznání vlastní jedinečné kvality osobnosti každého jednotlivého klienta. Individualizovaná péče v domově pro seniory je péčí orientovanou na potřeby konkrétního uživatele a je založena na respektování osobnosti daného uživatele, jeho vlastností a schopností, zájmů a přání. Individuální péče a individuální přístup byl vnímán dotázanými informanty shodně, což shrnula zejména P 7: „Tady jsme byli z mnoha a mnoha zařízeních a v podstatě ve všech zaznívá, tak jak jsem to poslouchala, ženám záleží na člověku a na tom, abychom vněm viděli toho, kým byl, abychom tu službu mohli ušít jemu na míru.“ V kontextu individualizace péče se jeví nezbytné ze strany pracovníků domova pro seniory pochopit záměr péče v daném zařízení a nad poskytovanou péčí přemýšlet. P 3 se k tomuto tématu vyjádřila slovy: „Naslouchání, snaha o pochopení toho záměru, proč to děláme a za jakým účelem. A naučit se jinak myslet, jinak přemýšlet o tom, o té péči.“

Informanti v rámci focus group zmiňovali potřebu individuálního přístupu k uživatelům v domově pro seniory v kontextu poskytování osobní hygieny, vstávání/spánku, stravování a aktivizace, jak zobrazuje schéma 2. Potřeba individuální péče byla v rámci výzkumu zmiňována v souvislosti s osobní hygienou a možností výběru pracovníka či pracovníce, který hygienu u uživatele či uživatelsky poskytuje: „Máme i dva muže, takže si můžou vybrat, jestli od muže nebo od ženy, protože někomu je to třeba nepříjemný.“ Informanti zmiňovali důležitost individuálního přístupu k uživatelům také v kontextu vstávání/spánku a stravování. „Ještěž myjsme

Z RŮZNÝCH OBORŮ

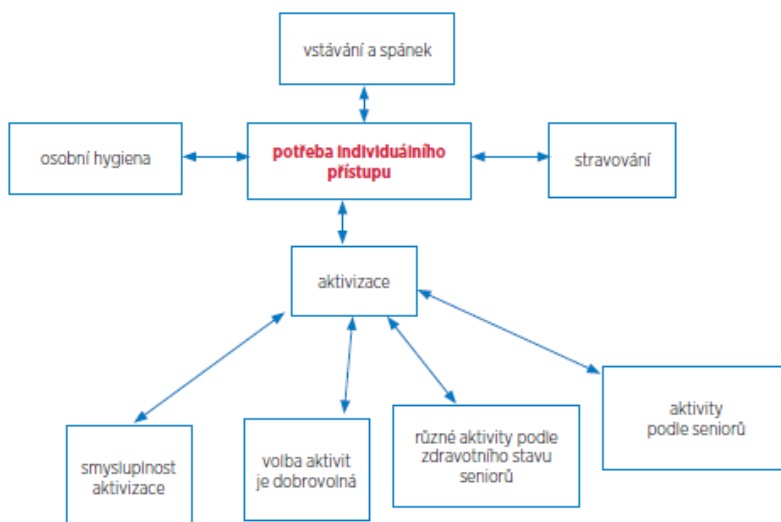
velký zařízen, takže myse jakoby nějakému režimu brátme, ale snažíme se třeba u konkrétních klientů, pokud je to možno, aby si říkali, kdy budou vstávat, kdy budou dostávat jídlo, kdy budou spát a snažíme se i v tomhle velkém zařízení, kde máme i 83 klientů o tu... o ten individuální přístup" (P5).

Individuální přístup je podle dotázaných informantů nezbytný nejen při nabízení a poskytování aktivizace, ale i při aktivizování uživatelů imobilních: „Vnímám jako prioritu nabídnout aktivizaci tomu klientovi, který je na pokoji. U nás třeba z každého pokojení můžeme vyvést lůžko, a tak aby tato nabídka měla skutečně i tento klient, jedinec, který skutečně z důvodu zdravotního nebo nějakého jiného neopouští ten pokoj nebo snad to lůžko.“ Provedený výzkum dále ukázal, že při poskytování aktivizace je pro seniory důležité, aby si sami mohli aktivitu zvolit a to s ohledem na jejich zdravotní stav.

Výsledky výzkumu přinesly zjištění, že individuální přístup v oblasti aktivizace směřuje k tomu, aby aktivizace byla smysluplná. To koresponduje s názory Janečkové et al. (4), podle které podpora seniora v aktivitě spočívá v pomoci hledání toho, co seniora naplňuje, co mu působí radost, co mu dává smysl a přináší příjemné pocity. Aktivita ve stáří by měla být smysluplná, měla by odpovídat osobnostnímu zaměření seniora a jeho potřebám (4). Při provádění aktivizace by mělo být respektováno ze strany aktivizačních pracovníků rozhodnutí uživatelů se nabízených aktivizačních činností nezúčastnit a respektovat individuální potřeby uživatele, jak potvrzuje výpověď P5: „Říkám, a to je pak i o tom přístupu. Jako myslím si, že hodně musí být vedení svobodní, že prostě

ty lidé budoui odpočívat prostě jenom... že je to pro něta aktivita.“ Dále tato informantka dodává: „Ten trend takový je. Nebo si myslím, že většina těch lidí, ať se jim nabídne cokoliv, tak tam je ta inu dualita.“ Jedná se tedy o respektování přání a potřeb uživatelů, zda se rozhodli aktivizace účastnit, či nikoliv, mohou si zvolit například svůj vlastní program mimo zařízení či odpočívat (dobrovolná volba viz schéma 2). Zastáváme názor, že rozhodnutí seniorů neúčastnit se aktivizačních činností, může u pracovníků vedoucích aktivizaci mimo jiné vzbuzovat negativní reakci, neboť poskytování aktivizace je součástí jejich pracovní náplně, za tuto činnost jsou placeni a na straně druhé ale seniři o ni nemají zájem. Podle našeho mínění by se při aktivizaci vždy mělo jednat pouze o nabídku ze strany pracovníků zabývajících se aktivizací. Žumárová a Tesková (16) zdůrazňují, že účast seniorů na aktivizaci by měla být dobrovolná a to s oceněním těch, kteří se programu zúčastní; klienty je dobré povzbudit a vyzdvihnout jejich aktivní zapojení.

Klíčovým elementem aktivizace v domově pro seniory je smysluplnost – tedy vytvářet a vykonávat něco, co danému jedinci přináší smysl, pocit užitečnosti a naplnění. S tímto tématem souvisí mimo jiné vytvoření nabídky aktivizačních a sociálně aktivizačních činností, které se odvíjejí především od zájmů a potřeb seniorů, ale také od jejich zdravotního stavu. Z provedeného výzkumu lze usoudit, že individualizovaná ošetrovatelská péče o uživatele v domově pro seniory se řadí mezi základní principy současného moderního ošetrovatelství a též individuální přístup k uživatelům v oblasti

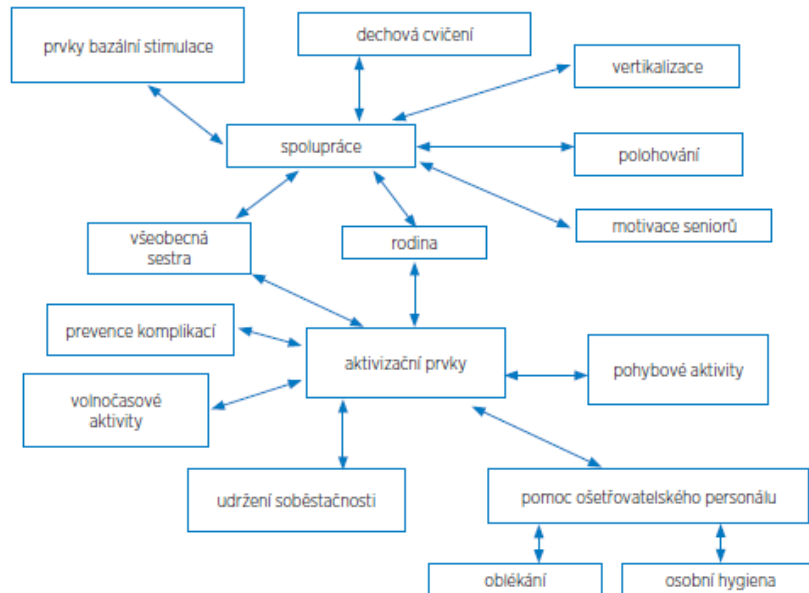


modrá šipka = vzájemné spojení a souvislost

Zdroj: Výzkum v rámci projektu TACR s názvem „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení, číslo: TL 01 0000 32.“

Schéma 2 Potřeba individuálního přístupu

Z RŮZNÝCH OBORŮ



modrá šipka = vzájemné spojení a souvislost

Zdroj: Výzkum v rámci projektu TACR s názvem „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení, číslo: TL 01 0000 32.“

Schéma 3 Aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče v domově pro seniory

aktivizace v domově pro seniory je vnímán jako klíčový princip realizace sociální práce.

Aktivizace v domově pro seniory

Vyjdeme-li ze samotného výkladu termínu „aktivizace“ (11) v pojetí českého jazyka se objevují se termíny: činit, podněcovat a podnětit k větší aktivitě. Podobně Wehner a Schwinghammer (14) také aktivizaci popisují jako „uvést něco do pohybu a činnosti“. Aktivizace v domově pro seniory podporuje nezávislost a soběstačnost uživatelů a působí též preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení (1). Z uvedeného textu je možno aktivizaci pochopit a následně uchopit jako nedílnou součást poskytování nejen sociální péče, ale i ošetrovatelské péče v domovech pro seniory. Pro seniory je aktivizace nezbytná k prohloubení a udržování vnitřních předpokladů, které vedou k psychickému, ale také fyzickému zdraví. Aktivita samotná se tak stává jedním z nejvýznamnějších prostředků ke zvyšování kvality života, neboť podporuje člověka v uspokojování jeho potřeb celostně (8).

Z provedeného kvalitativního výzkumu vyplynulo, že aktivizace je také nedílnou součástí ošetrovatelské péče, která by měla vycházet z potřeb uživatelů a současně je reflektovat i respektovat. Skrze aktivizaci všeobecné sestry napomáhají

seniorům udržet, zachovat a mnohdy i navrátit soběstačnost. Jako příklad lze uvést výpověď P7: „Máme třeba i ráno dělat takový ty nácviky soběstačnosti, který vychází z toho konceptu ty smyslovky, že si třeba ten člověk připraví snídání sám. Že si namaže rohlík. Ale trvá to jednou takovou dobu teda. Takže u něj někdo musí být, zase je to náročný na tu personální, personální jako zajištění.“ Využití aktivizačních prvků při poskytování ošetrovatelské péče napomáhá ke zvýšení soběstačnosti, prevenci imobilizačního syndromu, ale i k zapojení do pohybových a volnočasových aktivit.

Pomoc ošetrovatelského personálu při jednoduchých denních aktivitách, jako jsou například oblékání či provedení osobní hygieny posilují životní aktivity seniorů a mohou být považovány za určitý druh aktivizace. Důležitou činností všeobecné sestry je i aktivní vyhledávání oblastí a potřeb, ve kterých je nutné seniorovi pomoci v aktivizaci a uspokojení potřeb v dalších oblastech (12). Velkou měrou se na aktivizaci v domovech pro seniory podílí kromě všeobecné sestry především pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, ale i v případě zájmu rodiny seniorů. Ve spolupráci s rodinami jsou v rámci aktivizace v ošetrovatelské péči nacvičovány a využívány prvky pro nácvik vertikalizace, polohování, nácvik chůze a sedu, dechová cvičení či prvky bazální stimulace (schéma 3).

Z RŮZNÝCH OBORŮ

Bazální stimulace podporuje základní vnímání seniora a patří mezi často využívané koncepty v ošetrovatelství. Jejím úkolem je uchovat život a percipovat vlastní vnímání (3). Při jejím využití a samotné aplikaci není nutné pořizování speciálních pomůcek, které by finančně zatížily zařízení domova pro seniory. V této souvislosti se nabízí uvést výpověď informantky P5: „Kromě bazální stimulace a konkrétních technik je vlastní nějakým způsobem zanechat tomu režimovému systému, režimovému přístupu ke klientům a snažit se opravdu o tu individuálnější péči.“ Jedním z cílů efektivní aktivizace je i motivace seniorů, která pomáhá povzbudit seniory v oblasti jak fyzické, tak psychické. Mezi další koncepty péče patří například smyslová aktivizace, validace a psychobiografický model péče podle prof. Ervina Böhma, které využívají vnitřní potenciál, tedy vnitřní motivaci a prožitky z předešlých let klientů k aktivnímu zapojení do různých činností (2, 9, 13). I přestože informantky zapojené do výzkumu přímo nevyužívaly výše uvedené koncepty, intenzivně popisovaly, jak prakticky využívají jednotlivé principy těchto konceptů a modelů v jejich zařízeních: „No, my tomutak nějak máme, ale snažíme se zapojovat některé věci.“ Z tohoto vyjádření lze tedy vyvodit, že v domovech pro seniory jsou využívány například i jen některé techniky či prvky daného modelu péče či konceptu s cílem zvýšit kvalitu života seniorům. Z vyjádření informantek je zřejmý zájem o individualizaci péče a individuální přístup k seniorům v oblasti aktivizace, a to za využití výše uvedených modelů a konceptů péče či jejich jednotlivých aspektů.

ZÁVĚR

Z provedeného výzkumu vyplývá, že současným trendem zdravotní a sociální péče o uživatele v domovech pro seniory v České republice je individuálně zaměřená péče s ohledem na individuální bio-psycho-sociální a spirituální potřeby seniorů. Již se nejedná o nepřebornou nabídku činností (vycházejících z různých konceptů) a služeb, které by klienti mohli využívat, ale zejména o respekt k člověku – jeho potřebám a uzpůsobení nabídky začleněné právě na jednotlivce – tedy uživatele v domově pro seniory. Cílem je podpořit duševní i fyzické zdraví a soběstačnost uživatelů, pomáhat jim nejen v navazování a prožívání kvalitních sociálních vztahů, ale i podporovat jejich sounděžitost se sociálním prostředím, ve kterém žijí, a to vždy s důrazem na individuální přístup k danému člověku ze strany multidisciplinárního týmu. Mezi další významná zjištění v oblasti zdravotní a sociální péče o seniory v institucích patří též potřeba zavést koncepci dlouhodobé péče do praxe včetně koordinované spolupráce resortů Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Jako neúčinnější se zde jeví přijetí zákona o dlouhodobé péči, která zatím není v ČR systémově a koncepčně vyřešena. Palčivým tématem ošetrovatelské péče je podle výzkumu přímá lékařská péče, kterou informanti navrhuji řešit i pomocí tzv. lékařů-konzultantů (např. minimálně formou rady na telefonu), dále tvorbou ošetrovatelských postupů např. vytvořením mapy pro orientaci, na koho se má všeobecná sestra (když lékař není v domově pro seniory přítomen) obracet v tzv. akutních a subakutních případech. V kontextu individuálně zaměřené péče v domově pro seniory nabývá tedy stále více na důležitosti individuální plánování jako dlouhodobý proces, ve kterém je potřebné aktualizovat a přehodnocovat životní situaci seniorů, jejich zájmy, přání a potřeby. Individualizovaná ošetrovatelská péče by měla být

v domově pro seniory nedílnou součástí moderního ošetrovatelství a individuální přístup k uživatelům v domově pro seniory v oblasti aktivizace je klíčovým principem realizace sociální práce.

**Článek je podpořen projektem TAČR s názvem Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu tří-
stupňového bydlení, reg. č. TL 01 0000 32.**

Konflikt zájmů: žádný.

Literatura

1. **Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.** Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky 2015.
2. **Böhm E.** Psychobiografický model péče podle Böhma. Praha: Mladá fronta 2015.
3. **Friedlová K.** Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR 2015.
4. **Janečková H.** Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: Kalvach Z, a kol. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing 2004.
5. **Kalvach Z, a kol.** Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing 2004; 436-451.
6. **Maliková E.** Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing 2011.
7. **Nečasová M.** Úvod do filosofie a etiky v sociální práci. Brno: FSS MU 2001.
8. **Pokorná A.** Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing 2010.
9. **Procházková E.** Práce s biografií a plány péče. Praha: Mladá fronta 2014.
10. **Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.** Registr poskytovatelů sociálních služeb 2018. [online]. Dostupné na: http://registr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1544429975212_1&zak=8&zak=8&sd=domovy+pro+seniory [cit. 2018-11-30].
11. **Kolektiv autorů.** Slovník českých synonym a antonym. Brno: Lingea 2012.
12. **Štěpánková H, Höschi C, Vidovičová L.** Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Praha: Karolinum 2015.
13. **Vojtová H.** Smyslová aktivizace v české praxi. Prachatice: Institut vzdělávání 2014.
14. **Wehner L, Schwinghammer Y.** Sensorische Aktivierung: ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte Menschen. Wien: Springer 2017.
15. **Zákon č. 108/2006 Sb.,** o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2016. Sbírka zákonů České republiky, částka 37, s. 1257-1289.
16. **Žumárová M, Tesková J.** Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. Posuzování životní situace v sociální práci. Hradec Králové: Gaudeamus 2008.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd
J. Boreckého 27, 370 11 České Budějovice
e-mail: motlova@zsf.jcu.cz



Review article

Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services

Dagmar Dvořáčková*, Adéla Mojžíšová

University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Social and Special-paedagogical Sciences, České Budějovice, Czech Republic

Abstract

The goal of this study is to map the current trends in the care of seniors in residential facilities of social services. This study is based on academic articles found in the SCOPUS and Web of Science databases between 2014 and 2018. The search criteria were focused on keywords (residential care, senior, trends) and areas (social work, social sciences, psychology, geriatrics, gerontology, health care and social services). We also used the web portals of the Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic and the Czech Statistical Office, the official web pages of residential social services for seniors and the academic references available in the Czech Republic in the last 10 years. The total number of sources used for this study was 48. The results of the analysis show that the modern trends in the care of seniors in the residential facilities of social services are focused on various non-pharmacological approaches and very frequently connected to the total organization policy. The activities are related to the individual needs of seniors. The goal of these activities is preserving the seniors' independence for as long as possible, where dignity and autonomy are respected.

Keywords: Care; Residential services; Senior; Trend of care

Introduction

This study is based on the data analysis from academic articles found in the SCOPUS and the Web of Science databases between 2014 and 2018. The search criteria included keywords, such as residential care, senior or trends. 291 sources were found. Duplicate papers, papers focused on diagnostics, pharmacotherapy, toxicology and other medical areas were excluded. Other sources were the web portals of the Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic and the Czech Statistical Office, and the official web pages of residential social services for seniors and the academic references available in the Czech Republic from the last 10 years. The total number of sources used for this study was 48.

Population aging

It is clear that, currently, the number of seniors is growing and such growth is shown in the population prognosis of the Czech Statistical Office by 2050. Great changes in the age structure will be reflected in the average age, which could be between 48 and 50 by 2050, which is 10 years more than today (ČSÚ, 2004).

The population of the Czech Republic will evidently grow older. This trend will continue. The percentage of people over 65 years could approach one third in 2065, which would mean

a doubling of the present percentage (ČSÚ, 2009). The number of people at the highest age will be the fastest to grow – the number of people over 85 is estimated to be 5 times higher by 2065 and, by the mid 21st century, every twentieth person will be 85 or older (ČSÚ, 2009).

The quality of life at old age can partially be affected by a long-term preparedness for old age. General knowledge about medicine and illness prevention is becoming continuously greater, so it is necessary to lead the society towards preparedness at middle age (Håvelsrud et al., 2014).

Active aging can be realized only if important life needs are satisfied and a quality and safe environment are ensured (Dvořáčková, 2014). Seniors are one of the endangered groups regarding the participation in society life and are threatened by social exclusion (Průša et al., 2015). The reasons can be a combination of different factors, such as health condition, low income, low education, the impossibility of commuting, unapproachable services, age discrimination, stereotypes at old age, etc. (Walsh et al., 2017).

The Ministry of Labour and Social Affairs of the Czech Republic issued a document called the National Programme of Preparing for Old Age, which focuses on the following areas: lifelong education, the employment of people at a higher age and seniors, voluntary work and inter-generation co-operation, a quality environment for seniors' life, healthy aging and care for seniors (MPSV, 2017a).

*** Author for correspondence:** Dagmar Dvořáčková, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Institute of Social and Special-paedagogical Sciences, Jírovcova 1347/24, 370 04 České Budějovice, Czech Republic; e-mail: dvoracko@zsf.jcu.cz; <http://dot.org/10.32725/kont.2018.002>

Submitted: 2018-08-07 • Accepted: 2018-09-26 • Prepublished online: 2019-01-11

KONTAKT 21/1: 93–97 • EISSN 1804-7122 • ISSN 1212-4117

© 2018 The Authors. Published by University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license.

Social exclusion at old age

Some older people are threatened by social exclusion more than their peers. This fact is influenced by many internal and external factors (Patsios, 2014). Social exclusion is interconnected with satisfying seniors' needs (Dvořáčková, 2014). Seniors need to satisfy all their needs in life, just like anybody else, but they can be dependent on the help of others.

The need for care is not primarily associated with age but the decrease of functional abilities and self-sufficiency, which can limit a person in satisfying their everyday needs (Janečková, 2010). Insufficient or no satisfaction of some needs stops seniors from fully participating in society life, which increases the risk of social exclusion (Hsiao and Chen, 2018).

Loneliness and isolation in old age are associated with a worse health condition and may lead to serious health issues, such as depression, dementia, the decrease of functional abilities and even death (Glass and Vander Plaats, 2014).

Retirement can cause a reduction in seniors' social networks and they frequently live alone, which makes them lonely. They do not receive the necessary care and are socially isolated (Owari et al., 2018). Social exclusion has negative effects on public health as well (Glass, 2016). Burns et al. (2012) point out that, if the quality of life is not to be decreased, it is necessary to pay attention to lonely seniors, who can experience socioeconomic changes and social exclusion after they retire.

Social support at old age

Baker (2014) emphasizes the importance of social support for healthy aging and points out the risks associated with loneliness and isolation. This author encourages readers to include strong social relationships in the planning of their future and have friends in middle age. Building good family relationships and sufficient interests and hobbies are also very important.

Křivohlavý (2008a) defines social support as satisfying basic social needs through social interaction. He points out examples, such as the need for social contact, a friendly relationship, bonding, the need for solidarity, communication, social comparison, co-operation, social safety insurance, social inclusion, a social identity or a positive social assessment.

Social support can have various forms. It can be received and provided. Nevertheless, it is certain that it has a different meaning for every person and a good family background is irreplaceable (Li et al., 2018). Close social relationships include intimacy and strengthen the feeling of belonging. They also bring assurance of one's own value, the feeling of safety and alliance. The availability and adequacy of social relationships also have their value in unfavourable situations (Schorr and Khalaila, 2018).

It is necessary to get acquainted with the social relationships of the person we are helping and the structure of social support, so that their needs are correctly diagnosed (Křivohlavý, 2008b).

Seniors with little social support feel emotionally lonely. They suffer from greater depressions and neuroticism (Schnittger et al., 2012).

Insufficient social support can cause social exclusion, especially when they become widows or widowers, their health condition worsens or they suffer from a chronic illness (Buffel et al., 2013).

Residential facilities of the social services for seniors – the Czech Republic

Lužný (2012) states that aging brings health problems as well as social and economic problems. This author points out that these issues are interconnected and they should not be sepa-

rated. Social services for seniors are primarily focused on the development and preservation of independence and forestalling social isolation (MPSV, 2017b). Multidisciplinary teams in the facilities of social services focus on ensuring help in the care of one's self, and activate and support clients in all life areas, e.g. claiming their rights and promoting their interests (Chapman et al., 2018).

A typical residential facility in the Czech Republic is a senior home. Here, people with decreased self-sufficiency because of their age who require regular assistance are provided with help (MPSV, 2017b). Another facility for seniors is a special regime home. These homes are for people with decreased self-sufficiency because they suffer from a chronic mental illness or are addicted to substances. They also suffer from Alzheimer disease or other types of dementia (MPSV, 2017b). The regime in these facilities is adjusted to the specific needs of their residents. Another residential facility of the social services are homes for people with health impairment. They provide care to people with decreased self-sufficiency because of a health impairment (MPSV, 2017b). In one facility, the provider of social services can register more types of social services (Hrozenská and Dvořáčková, 2013).

Glass and Vander Plaats (2014) point out that aging in a community provides seniors with mutual support, increases the feeling of safety and inhibits social isolation.

Modern trends in the care of seniors in residential facilities of the social services

Currently, a great emphasis is put on the interconnection and openness of residential facilities regarding local communities and families, as well as the intergenerational coexistence (Železná, 2018). Social isolation is prevented and new relationships are built. Respecting human rights and the individual needs of social service users are of great importance (Dvořáčková, 2012). The facilities offer standard single and double rooms, various leisure activities, physical therapy and the possibility of using a chapel or any other spiritual support. If possible, the residents can use the garden, garden pergolas or winter gardens and terraces.

It is very important to use *non-pharmacological* methods in the care of seniors. In the 1980s, the *validation therapy* by Naomi Feil gained attention, especially regarding the work with seniors suffering from dementia (Maliková, 2011). Validation, after Naomi Feil, is a method which is globally used and recognized as a respectful way to communicate with seniors who are in various stages of dementia, and it is based on the general humanistic principles (Fertařová et al., 2017). It is a method of communication that claims to decrease stress, restlessness, crying and aggression, and positively affects the relationship between the carers and such seniors (Pokorná and Sukupová, 2014).

Another non-pharmacological treatment includes *reminiscence therapy*. It uses memories to help seniors to remember parts of their life and preserve their identity (Huldtgren et al., 2016). Reminiscence therapy is very convenient, easy to apply and cheap. It is good for patients with a mild and moderate dementia, as well as those where other therapies are not possible to apply (Holmerová et al., 2007). Work with memories helps the employees to understand their clients better, have a closer relationship with them and to plan meaningful services (Špatenková and Bolomská, 2011). The assets of the reminiscence therapy include non-invasive treatments, the prevention of mental illnesses, anxiety, depressions, the improvement of cognitive functions, self-esteem, satisfaction with life and personal interactions (Yen and Lin, 2018). The reminiscence ther-

apy improves the communication of people with the syndrome of dementia as well (Mileski et al., 2018).

The *narrative approach* is also based on the work with memories. They are spontaneously told memories (life story – telling one's life story). The purpose of such storytelling is to fill the seniors' leisure time, ensure social inclusion, stimulate cognitive functions and strengthen self-esteem (Iannello et al., 2018). Janečková and Vacková (2010) point out that the participants of group narrative therapies progress in opening themselves to other participants in addition to the personnel. Knowing common fates and experiences positively affects the participants and evokes the need for support and respect (Janečková and Vacková, 2010).

According to Schwinghammer and Wehner (2013), *activation of senses* is a therapy that involves all senses in the activity, i.e. olfaction, sight, hearing, taste and touch. The authors of this study also point out the sixth sense, i.e. the perception of one's self in space. The result of such an approach is a complex cognitive, verbal and motoric activity. The authors also emphasize the supporting and exercising of sensory functions, which brings seniors pleasant feelings as well as a way of spending time. While exercising sensory functions, seniors are also physically active, which is positive for their self-sufficiency (Schwinghammer and Wehner, 2013).

Schwinghammer and Wehner (2013) state that a part of the activation of senses is also the pedagogy of Maria Montessori and her motto "Help me to do it by myself". They also point out the importance of the organization of daily activities and space, the use of materials, music or rituals that participants know well, and involving the participants in the planning of the activities. The activation of senses involves a number of other non-pharmacological approaches. The most common are memory training, environment therapy, art therapy, music therapy, kinesiotherapy or zootherapy (Janečková and Vacková, 2010).

Another approach used especially regarding seniors suffering from dementia is the *concept of basal stimulation*. It is a highly qualified set of therapeutic methods whose goal is to adjust the seniors' life situation and provide them with responding stimuli regarding cognitive, motoric and communication areas. Stimulation of individual senses evokes the stimulation of certain nerve complexes and strengthens the realization of one's body, its limits and one's self as well. The goal of basal stimulation in geriatric care is to keep seniors self-sufficient for the longest period possible, which positively affects the quality of their lives (Friedlová, 2012; 2014).

The knowledge of a senior's life story can contribute to better care. The best-known model of such care is the so-called *psychobiographical model of care according to Böhm*. Approximately 30 years ago, professor Böhm developed new approaches in geriatric care and biography as the basis for understanding other people and their behaviour (Böhm, 2016). He managed to activate (or reactivate) the lost abilities of elderly and confused people. This approach enabled those people to regain those abilities and apply them in everyday life (Procházková, 2014).

Memory training is one of the favourite activities of seniors, and not only regarding residential social services. Presently, there are a great number of manuals with memory training instructions and instructions for preserving the memory level or increasing it. Many literary references that help to achieve the effective absorption of information and the perfect use of memory are continuously becoming more popular among people.

Memory can be trained by using different methods, i.e. daily activities or supervised activities (Böhm, 2016). The brain needs stimulation and new experiences to be trained. New stimuli help the brain to create new nerve connections and increase its capacity (Procházková, 2014).

Memory training is an effective activation method that helps seniors to train their memory in an unforced way and to preserve and develop their abilities (Holczerová and Dvořáčková, 2013). We can assume that memory training and such brain activation can be positive for seniors and their environment as well (Buzan and Buzan, 2017). Healthy aging requires cognitive rehabilitation to become a part of daily life (Hohenfeld et al., 2017).

Other activation activities used in the residential facilities of the social services

There are various activation programmes in the residential facilities of the social services. They should be flexible in reflecting the abilities of their clients. The activation of seniors includes a meaningful and satisfying use of leisure time, and preserving and developing locomotive activities (Suchá and Jarolímová, 2017).

Each activity should be voluntary with a clear goal. It should be socially accepted and it should not lead to failure (Zokaei et al., 2017).

Such activities are, e.g., *manual work* (baking, cooking, making different things, etc.), *music therapy*, *locomotion activities*, *dance therapy*, *art therapy*, *drama therapy*, *zootherapy*, *garden therapy*, etc.

Whatever the activities are, they should always evoke joy in seniors. Holmerová (2014) states that senior age brings its limits, and the elderly should have the right to have their needs respected and to spend the rest of their lives in dignity.

Conclusions

A human is a bio-psycho-social and spiritual being. Life expectancy is becoming continuously longer and, therefore, the study of factors that significantly affect the quality of life at old age is becoming more important. If a senior cannot safely live in a home environment, they must make a difficult decision of whether to spend the rest of their life in a residential facility of the social services or not. In this new environment, they must adapt to its conditions and find new social contacts. They can be threatened by the loss of intimacy, the shock of adaptation and "the last stop syndrome". Senior homes and special regime homes are but one part in the care of seniors. These are designed for people with decreased self-sufficiency because of their age or health condition, chronic mental impairment or a type of dementia, i.e. their condition requires assistance.

The goal of this study is to map the contemporary trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services. After analyzing the domestic and foreign sources, we learned that practice uses many models, approaches, methods and techniques. However, there is a disunity regarding terminology. Some activities are called therapies and others are called models or approaches. These activities are frequently associated with individual plans and included in the total organization approach and philosophy. Individual needs and human rights should always be respected.

In other countries, the association of a facility with the community is more emphasized. The Czech Republic is start-

ing to develop activities that associate seniors in a residential facility with the close environment. An example can be the co-operation with children and students from different school types, volunteers, and family members, etc. It leads to natural intergenerational connection and prevents the social exclusion of seniors.

Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of social care include a number of activities that are focused on an individual approach, and respect for individual personalities and their life stories. They also perceive the environment to be very important. The goal of these activities

should be the longest possible preservation of self-sufficiency of seniors, where dignity and autonomy are respected.

Conflict of interests

The authors have no conflict of interests to disclose.

Acknowledgements

This article is financially supported by the TACR agency as part of the project No. TL 01 0000 32 "Model of care for seniors in residential facilities in the concept of three-step housing".

Moderní trendy péče v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory

Souhrn

Cílem této přehledové studie je zmapovat současné trendy péče o seniory v pobytových sociálních službách. V této studii jsme vycházely z aktuálních odborných článků uvedených v databázi SCOPUS a Web of Science v letech 2014–2018. Vyhledávací kritéria byla zaměřena zejména na klíčová slova (rezidenční péče, senior, trendy) a oblasti (sociální práce, sociální vědy, psychologie, geratrie, gerontologie, zdravotní péče a sociální služby). V souvislosti s touto problematikou jsme vycházely také z webového portálu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, webových stránek Českého statistického úřadu, oficiálních webových stránek pobytových sociálních služeb pro seniory a aktuální odborné literatury na českém trhu za posledních 10 let. Celkový počet zdrojů, které byly využity pro zpracování této studie, je 48. Z výsledků naší analýzy vyplývá, že současné moderní trendy v péči o seniory v pobytových sociálních službách jsou zaměřeny na různé nefarmakologické přístupy a často jsou propojeny s celkovou filozofií organizace. Spektrum činností se odvíjí od individuálních potřeb seniorů s ohledem na zachování lidských práv. Smyslem těchto aktivit je co nejdříve zachování soběstačnosti seniorů, a to s důrazem na respektování důstojnosti a autonomie člověka.

Klíčová slova: senior; pobytové služby; trend; péče

References

- Baker B (2014). With a little help from our friends: Creating community as we grow older. Vanderbilt University Press, 256 p.
- Bohm E (2016). Psychobiografický model péče podle Bohma. Prague: Mladá fronta.
- Buffel T, Philpston C, Scharf T, 2013. Experiences of neighbourhood exclusion and inclusion among older people living in deprived inner-city areas in Belgium and England. *Ageing and Society* 33(1): 89–109. DOI: 10.1017/S0144686X12000542.
- Burns VF, Lavote JP, Rose D (2012). Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people. *J Aging Res* 2012:148287. DOI: 10.1155/2014/148287.
- Buzan T, Buzan B (2017). Myšlenkové mapy. Brno: BizBooks.
- Chapman M, Lacey H, Jervis N (2018). Improving services for people with learning disabilities and dementia: Findings from a service evaluation exploring the perspectives of health and social care professionals. *British Journal of Learning Disabilities* 46(1): 33–44. DOI: 10.1111/blld.12210.
- ČSÚ (2004). Populační prognóza ČR do r. 2050. [online] [2018-06-04]. Available from: <https://www.czso.cz/csu/czso/populacni-prognóza-cr-do-r2050-n-g9kah2fe2x>
- ČSÚ (2009). Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065. [online] [cit. 2018-06-04]. Available from: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2065-n-58t98jgogw>
- Dvořáčková D (2012). Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Prague: Grada.
- Dvořáčková D (2014). Specifické faktory ovlivňující sociální exkluzi seniorů žijících v domácím prostředí. Aktuální otázky sociální politiky – Teorie a praxe, pp. 23–37.
- Fertařová T, Ondřová I, Majerníková L, Hadašová L (2017). Validation by Naomi Feil. *Česka a Slovenska Psychiatrie* 113(4): 166–171.
- Friedlová K (2014). Evidence Based Nursing – ošetrovatelství založené na důkazech. Odborný časopis Sociální služby XVI: 20–21.
- Friedlová K (2012). Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatric. Prague: Mladá fronta, *Sestra* 22(9): 58–59.
- Glass AP, Vander Plaats RS (2014). A conceptual model for aging better together intentionally. *J Aging Stud* 27(4): 428–442. 2014. DOI: 10.1016/j.jaging.2014.10.001.
- Glass AP (2016). Resident-Managed Elder Intentional Neighborhoods: Do They Promote Social Resources for Older Adults? *J Gerontol Soc Work* 59(7–8): 554–571. DOI: 10.1080/01634372.2016.1246501.
- Håvelsrud K, Thuve Dahm K, Sletsjøe H, Merete Retnar L (2014). The Effect of Activity in the Elderly. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health.
- Hohenfeld C, Nellessen N, Dogan I, Kuhn H, Müller C, Papa F, et al. (2017). Cognitive Improvement and Brain Changes after Real-Time Functional MRI Neurofeedback Training in Healthy Elderly and Prodromal Alzheimer's Disease. *Front Neurol* 8(384). DOI: 10.3389/fneur.2017.00384.
- Holčerová V, Dvořáčková D (2013). Volnočasové aktivity pro seniory. Prague: Grada.
- Holčerová I, Jarolímová E, Suchá J (2007). Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Prague: EV public, Gerontologické centrum.
- Holčerová I (2014). Průvodce stříbrným věkem. Prague: Mladá fronta, 206 p.
- Hrozenská M, Dvořáčková D (2013). Sociální péče o seniory. Prague, Grada.
- Hstao YC, Chen CY (2018). Exploring Individual, Family, and Extrafamilial Factors Associated With Depression Among Elderly Residents of Care Settings. *Inter J Age Hum Dev* 86(3): 219–241. DOI: 10.1177/0091415017699938.
- Huldgren A, Merti E, Vormann A, Getzer C (2016). Reminiscence of people with dementia mediated by a tangible multimedia book. ICT4AWE – 2nd International Conference on

- Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health, Proceedings, pp. 191–201.
24. Iannello P, Btassoni F, Bertola L, Antonietti A, Caserta VA, Pannella L (2018). The Role of Autobiographical Story-Telling During Rehabilitation Among Hip-Fracture Geriatric Patients. *Europ J Psychol* 14(2): 424–443. DOI: 10.5964/ejop.v14i2.1559.
 25. Janečková H, Vacková M (2010). Reminiscence. Prague: Portál.
 26. Janečková H (2010). Sociální práce se starými lidmi. In: Matoušek O, Kodymová P, Kolářková J (Eds). *Sociální práce v praxi: specifika vybraných cílových skupin a práce s nimi*. Prague: Portál, pp. 163–194.
 27. Křivohlavý J (2008a). Moderátor zvládnání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*.
 28. Křivohlavý J (2008b). *Psychologie zdraví*. Prague: Portál.
 29. Li XH, Wang B, Tan DX, Li M, Zhang D, Yan Y, et al (2018). Effectiveness of comprehensive social support interventions among elderly patients with tuberculosis in communities in China: a community-based trial. *J Epidemiol Community Health* 72(5): 369–375. DOI: 10.1136/jech-2017-209458.
 30. Lužný J (2012). *Gerontopsychiatrie*. Prague: Triton.
 31. Malíková E (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Prague: Grada, 328 p.
 32. Mlleski M, Topinka JB, Brooks M, Lontder C, Linker K, Vander Veen K (2018). Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clin Interv Aging* 13: 967–974. DOI: 10.2147/CIA.S153113.
 33. MPSV (2017a). *Národní program přípravy na stárnutí pro období let 2013–2017*. [online] [cit. 2018-06-05]. Available from: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf
 34. MPSV (2017b). *Sociální služby*. [online] [cit. 2018-06-05]. Available from: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#sszp>
 35. Owarí Y, Miyatake N, Kataoka H (2018). Relationship between Social Participation, Physical Activity and Psychological Distress in Apparently Healthy Elderly People: A Pilot Study. *Acta Med Okayama* 72(1): 31–37. DOI: 10.18926/AMO/55660.
 36. Patsois D (2014). Trends in older people's perceptions of necessities and deprivation in Great Britain and Northern Ireland: what difference did a decade (or so) make? *Journal of Poverty and Social Justice* 22(3): 227–251.
 37. Pokorná A, Sukupová M (2014). Naomi Feil validation in geriatric care. *Kontakt* 16(2): e71–e78. DOI: 10.1016/j.kontakt.2014.05.004.
 38. Procházková E (2014). *Práce s biografií a plány péče*. Prague: Mladá fronta.
 39. Průša L, Bareš P, Holub M, Šlapák M (2015). *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. Prague: VÚPSV, v.v.i.
 40. Schmittger RIB, Wherton J, Prendergast D, Lawlor BA (2012). Risk factors and mediating pathways of loneliness and social support in community-dwelling older adults. *Aging Ment Health* 16(3): 335–346. DOI: 10.1080/13607863.2011.629092.
 41. Schorr AV, Khalafat R (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Archiv Gerontol Geriatr* 77: 196–204. DOI: 10.1016/j.archger.2018.04.009.
 42. Schwinghammer Y, Wehner L (2013). *Smyslová aktivizace: V péči o seniory a klienty s demencí*. Prague: Grada.
 43. Špatenková N, Bolomská B (2011). *Reminiscenční terapie*. Prague: Galén.
 44. Suchá J, Jarolímová E (2017). *Trénink paměti pro seniory*. Prague: Edika.
 45. Walsh K, Scharf T, Keating N (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *Eur J Ageing* 14(1): 81–98.
 46. Yen H-Y, Lin L-J (2018). A Systematic Review of Reminiscence Therapy for Older Adults in Taiwan. *J Nurs Res* 26(2): 138–150. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000233.
 47. Železná L (2018). Care-giving to grandchildren and elderly parents: role conflict or family solidarity? *Ageing & Society* 38(5): 974–994. DOI: 10.1017/S0144686X16001434.
 48. Zokaet N, MacKellar C, Čepukattyé G, Patat EZ, Nobre AC (2017). *Cognitive Training in the Elderly: Bottlenecks and New Avenues*. *J Cogn Neurosci* 29(9): 1473–1482. DOI: 10.1162/jocn_a_01080.

Příloha č. 3

Nové trendy v nefarmakologické terapii v péči o seniory s demencí (Procházková E., 2019)

Příloha č. 4

Moderní trendy v bydlení seniorů: tříступňové bydlení (Bešťáková V., 2018)

Příloha č. 5

Ekonomika pobytových sociálních služeb (Moštková Z., 2018)

Příloha č. 6

Sociální služba – Domov se zvláštním režimem (Kropíková J., 2019)

Příloha č. 7

Návrh na implementační plán pro obce

Předložený implementační plán představuje ucelenou nabídku možných aktivit na makro, mezo i mikroúrovni řešení uspokojování potřeb stárnoucí populace na úrovni obce. Jejich využití je na zvážení obce v závislosti na místních podmínkách. Tato doporučení je možné zahrnout jak do střednědobého plánu sociálních služeb, tak i do akčních plánů na jednotlivé roky. Navržené implementační možnosti se liší jak ve své náročnosti věcné, tak i finanční. Některé představují zásadní koncepční rozhodnutí, jiná lze naopak realizovat v současných podmínkách.

<i>Implementační plán</i>		
<i>Koncepční oblasti na makro úrovni</i>		
➤ Aktualizace Akčního plánu sociálních služeb	Zpracovat některé výstupy z projektu TAČR: prvky modelu péče o seniory v souladu s implementačním plánem pro obec	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, úprava Akčního plánu, jednání pracovních skupin, hodnocení potřeb obyvatel</i>
➤ Podpora a participace na tvorbě Koncepce neformální péče o seniory	Zpracovat koncepci zaměřenou na podporu neformálních pečovatelů v dané obci	<i>Způsob ověření: Rozhodnutí zpracovat koncepci, práce na koncepčním dokumentu, koncepce schválená zastupitelstvem, hodnocení potřeb obyvatel</i>
	Podpořit vznik svépomocných skupin pro neformální pečovatele včetně zázemí pro jejich realizaci	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, příprava skupiny, setkávání odborníků, zjišťování potřeb obyvatel</i>
	Realizace a podpora sdílené péče o seniory – zapojení poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb	<i>Způsob ověření: analýza potřebnosti sdílené péče u neformálních pečovatelů a u poskytovatelů</i>
	Poradenství pro neformální pečovatele	<i>Způsob ověření: Počet konzultací, počet neformálních pečovatelů, časová náročnost</i>
	Realizace vzdělávání formou kurzů, seminářů pro neformální pečovatele	<i>Způsob ověření: počet aktivit, zpětná vazba účastníků</i>
	Realizace volnočasových aktivit pro neformální pečovatele	<i>Způsob ověření: počet aktivit, zpětná vazba účastníků</i>

	Vytvořit pozici case managera (sociální pracovníka) pro koordinaci neformální a formální péče na obce a realizaci sociální práce	<i>Způsob ověření: rozhodnutí o vytvoření pozice, aktivita case manažera</i>
	Vytvořit podpůrný program pro rodiny pečující o seniora v domácím prostředí – např. příměstské nebo pobytové tábory pro děti pečujících rodin za sníženou finanční úhradu	<i>Způsob ověření: počet aktivit, zpětná vazba účastníků</i>
➤ Podpora a participace obcí na tvorbě Koncepce dlouhodobé péče o seniory	Zpracovat koncepci dlouhodobé péče pro obec s důrazem na integrativní charakter zdravotně-sociální problematiky	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, zpracovaná</i>
	Vytvořit konsorcium všech poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb v obci	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, zpracovaná koncepce, smlouva o spolupráci</i>
	Pořádat pravidelné Kulaté stoly se zaměřením dlouhodobou péči o seniory v obci	<i>Způsob ověření: počet aktivit, zpětná vazba účastníků</i>
Koncepční oblast na mezo úrovni		
➤ Rozvoj komunitní sociální práce na obcích	Podpora vzniku komunitního centra – realizace mezigenerační solidarity aj.	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, příprava centra, setkávání odborníků, zjišťování potřeb obyvatel</i>
	Vznik pozice komunitního sociálního pracovníka na obci se zaměřením na seniory	<i>Způsob ověření: rozhodnutí o zřízení pozice, existence pozice, výkony sociální pracovníka</i>

	Podpora vzniku komunitních domů v obci	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, příprava projektu, setkávání odborníků, zjišťování potřeb obyvatel</i>
	Informovanost občanů o komunitní sociální práci	<i>Způsob ověření: zpracované informační a propagační materiály – tištěné, on-line, analýzy míry informovanosti občanů města</i>
	Zapojení seniorů jako účastníků komunitního plánování sociálních služeb	<i>Způsob ověření: zápisy z jednání pracovních skupin, zpětná vazba od zapojených seniorů</i>
➤ Podpora dalších forem bydlení pro seniory	Podpora vzniku senior cohousingu v obci	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, příprava projektu, setkávání odborníků, zjišťování potřeb obyvatel</i>
	Podpora vzniku komunitních domů v obci	<i>Způsob ověření: rozhodnutí zastupitelstva, příprava projektu, setkávání odborníků, zjišťování potřeb obyvatel</i>
➤ Důstojné stárnutí seniorů v místě	Podpora vzniku malých akčních skupin (MAS) v mikroregionu se zaměřením na aktivity pro aktivní stárnutí: podpora aktivní participace seniorů v MAS	<i>Způsob ověření: počet vzniklých skupin, činnost skupin</i>
	Podpora vzniku zájmových spolků zaměřených na volnočasové aktivity pro seniory	<i>Způsob ověření: seznam zájmových spolků, zpětná vazba účastníků</i>

Koncepční oblast na mikro úrovni		
<p>➤ Posílení mezioborové spolupráce a multidisciplinarity</p>	<p>Vytváření multidisciplinárních týmů odborníků v pobytových sociálních službách obce v souladu s výstupy projektu</p>	<p><i>Způsob ověření: rozhodnutí o vytvoření týmu, koncepce týmu, fungování a aktivity týmu</i></p>
	<p>Podpora Kulatých stolů: zapojení všech poskytovatelů sociálních i zdravotních služeb v obci a jejich mezioborová spolupráce s case managerem (sociálním pracovníkem) na obci</p>	<p><i>Způsob ověření: počet realizovaných kulatých stolů, výstupy kulatých stolů</i></p>
<p>➤ Personální posílení v pobytových sociálních službách</p>	<p>Vytvořit strategii posílení stávajícího personálu na základě analýzy personální situace a doplnit multidisciplinární týmy o chybějící odborníky</p>	<p><i>Způsob ověření: zpracovaná analýza, počet nově zaměstnaných pracovníků</i></p>
	<p>Zapojení dobrovolníků</p>	<p><i>Způsob ověření: počet zapojených dobrovolníků, seznam dobrovolnických aktivit</i></p>
<p>➤ Realizace intenzivních forem seminářů a školení se zaměřením na individuální přístup ke klientům a rozvoj komunikačních dovedností pečujícího personálu</p>	<p>Podpořit celoživotní vzdělávání členů multidisciplinárních týmů nad rámec povinného vzdělávání dle zákona</p>	<p><i>Způsob ověření: účast na vzdělávacích kurzech, získaná osvědčení a certifikáty, individuální plány vzdělávání pracovníků/pracovníků</i></p>
	<p>Zaměřit se aplikaci prvků modelu péče o seniory – vzdělávání a semináře zaměřené na přístupy doporučené v příkladech dobré praxe (např. koncept bazální stimulace, validační terapie aj.)</p>	<p><i>Způsob ověření: počet zavedených prvků modelu péče o seniory, zpětná vazba</i></p>
	<p>Realizace supervize u všech poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb</p>	<p><i>Způsob ověření: počet realizovaných supervizních setkání, zpětná vazba účastníků</i></p>

	Realizace intervize ve všech multidisciplinárních týmech	<i>Způsob ověření: realizované intervize, zpětná vazba účastníků</i>
➤ Inovace v oblasti standardů kvality sociálních služeb - SQSS	Inovace těchto standardů č. 8 Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje č. 9 Personální a organizační zajištění služby č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců č. 13 Prostředí a podmínky č. 15 Zvyšování kvality sociálních služeb	<i>Způsob ověření: revidované standardy</i>

Příloha č. 8

Grafický model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení

Navržený model představuje určitý ideál organizace a vzájemného provázání stárnoucí populace, neformálních pečovatелů, komunity a systému sociálních a zdravotních služeb. Model je založen na respektování významných principů a hodnot, které zaručují zajištění lidské důstojnosti na straně jedné a účelnosti a efektivity poskytované péče na straně druhé, při respektování principu vlastního rozhodování seniorů a jejich autonomie.

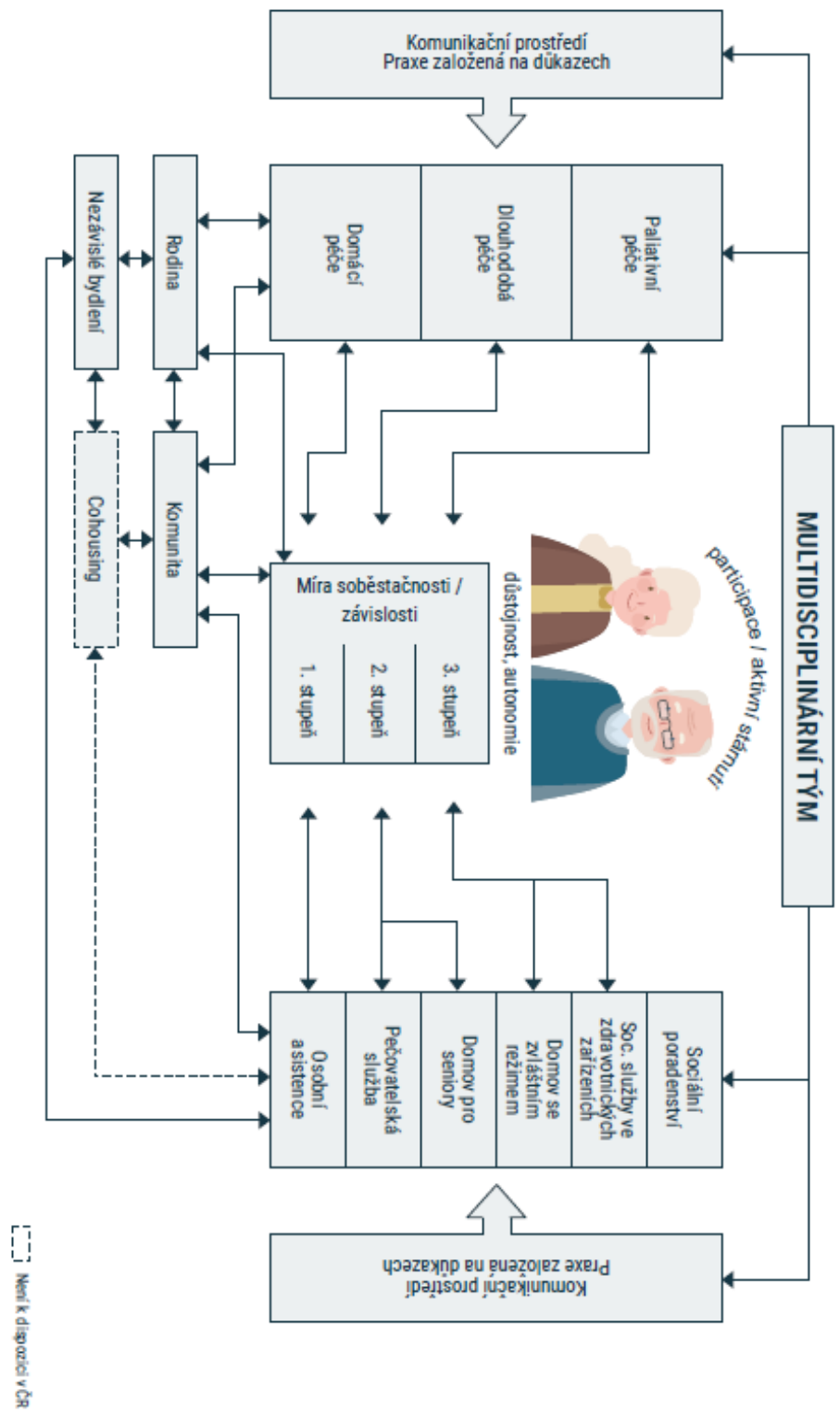
KOMPLEXNOST, OTEVŘENOST

MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA

MULTIDISCIPLINARITA

AKTIVNÍ STÁRNUTÍ

► ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ POMEZÍ ◄



Neřík k dispozici v ČR