

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky

**ANALÝZA SYSTÉMŮ ŘÍZENÍ KVALITY V DLOUHODOBÉ PÉČI
O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE**

**ANALYSIS OF SYSTEMS MANAGEMENT OF QUALITY IN LONG-
TERMED CARE ABOUT SENIORS IN CZECH REPUBLIC**

Magisterská diplomová práce

Bernard Šulák

Vedoucí magisterské diplomové práce: PhDr. Veronika Gigalová

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně a uvedl v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil.

V Olomouci dne.....

vlastnoruční podpis

OBSAH

Seznam zkratk a pojmů	4
Úvod.....	5
1. Dlouhodobá péče o seniory v České republice.....	7
1.1 Vymezení systému dlouhodobé péče o seniory	7
1.2 Situace ve veřejném zdravotnictví	10
1.3 Situace v sociálních službách.....	13
1.3.1 Institut sociálně zdravotního lůžka.....	13
1.4 Integrace sociálních a zdravotních služeb.....	16
2. Identifikace problému v kontextu dlouhodobé péče o seniory v České republice	17
2. 1 Specifické problémy související se zdravotním stavem seniorů	20
2. 2 Strukturální změny ve společnosti	21
2. 3 Demografický vývoj.....	22
2. 4 Neprovázanost potřeb a forem péče, nerovnováha nabídky a poptávky	22
2. 5 Nízké financování sociálního systému	24
2. 6 Mediální obraz seniorů.....	25
3. Nástroje podporující řízení kvality v dlouhodobé péči o seniory	27
3.1 Nástroje zdravotní politiky	28
3.2 Strategické dokumenty z oblasti dlouhodobé péče o seniory v ČR	29
3.3 Legislativní nástroj - zákon o sociálních službách.....	31
3.4 Finanční nástroj - Evropské dotační tituly	35
3.5 Jiné strategické nástroje	39
4. Měřítka kvalitní péče	43
4.1 Indikátory kvality dlouhodobé péče	45
4. 1. 1 Indikátory kvality ošetrovatelské péče.....	46
4. 1. 2 Indikátory evropského integračního fondu	47
4. 1. 3 Příklady volby indikátorů pro tvorbu Operačního programu.....	49
5. Východiska pro andragogickou intervenci	51
5.1 Prevence disability – přijetí strategie aktivního stárnutí	51
5.2 Gerontagogická intervence.....	53
5. 2. 1 Poradenství pro seniory	54
5. 2. 2 Edukace seniorů	55
5. 2. 3 Funkcionální působení	59
5. 2. 4 Aktivizace seniorů jako terapie	60
Závěrem.....	63
Literatura a informační zdroje.....	65
Přílohy	69
Příloha č. 1 Seniorské memorandum pro každého	69
Anotace.....	70

Seznam zkratek a pojmů

ADL	„Activities of Daily Living“ kritérium pro měření samostatnosti v základních činnostech (např. hygiena, příjem potravy, přesuny v bezprostředním okolí)
ČSÚ	Český statistický úřad
ESF	Evropský sociální fond
IADL	„Instrumental Activities of Daily Living“ kritérium pro měření schopnosti pomocné činnosti běžného života (např. domácí práce, nákupy, doprava)
IOP	Integrovaný operační program
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
ISO	„International Organization for Standardization“ – Mezinárodní organizace pro standardizaci
LDN	Léčebny dlouhodobě nemocných
LTC	Long term care (anglická zkratka dlouhodobé péče)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NVF	Národní vzdělávací fond
NNO	Nestátní neziskový sektor
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
SKOK	Spolek oborové konference nestátních neziskových organizací působících v sociální a sociálně zdravotní sféře
TQM	Total Quality Management – Komplexní řízení jakosti
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

Úvod

Česká republika čelí výzvě, jak zajistit kvalitní, dostupnou a ekonomicky únosnou sociální a zdravotní péči pro své občany v situaci, kdy jsou omezené možnosti veřejných finančních zdrojů a zároveň se zvyšuje podíl osob starších 65 let závislých na pomoci druhých osob.

V poskytování zdravotní i sociální péče je trendem zapojování všech jejich aktérů s cílem zajistit pro stárnoucí populaci komplexní rozsah péče v požadované kvalitě. Česká republika již má zkušenost v kontextu dlouhodobé péče o seniory s rozvojem služeb nestátních neziskových organizací, opakovaným tlakem na privatizaci zdravotnických, sociálních zařízení a rozvojem kvality poskytované péče. S každou novou právní úpravou se průběžně přenášejí kompetence na regionální a obecní veřejnou správu. Stát si ponechává při využití tržních mechanismů gesci za kvalitu a dostupnost služeb, aby byla zachována lidská práva občanů.

Legislativa o sociálních službách vymezuje požadavky na řízení kvality služeb, definuje hodnotová východiska kvality a jejich měřítka. Již probíhá systém hodnocení kvality služeb ve formě státních inspekcí. Zároveň dochází po malých krůčcích k propojení sociálních a zdravotních služeb, kdy zdravotnické organizace poskytující sociální služby jsou povinny dodržovat standardy kvality. V důsledku těchto změn vznikají u odborné veřejnosti nové otázky a obavy jak řídit samotný proces kvality dlouhodobé péče o seniory.

I přesto, že mnoho rodin chce, může a umí se postarat o své rodiče s různorodým zdravotním hendikepem, tak dnes potřebují podporu, odborné informace, občasný zástup – respitní péči, dostupné komunitní služby, příspěvek na péči, individuální přístup, kvalitní sdílenou péči. Pokud takovou ochranu naleznou, mají více odhodlání podílet se na péči v domácím prostředí. Společným cílem všech aktérů péče o seniory by mělo být co nejdelší možné setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí.

Péče o seniory je indikátorem kulturní úrovně společnosti. To vyžaduje integraci systémů zdravotně sociálních a edukačních služeb s posílením činností zaměřených na prevenci ve formě aktivního stáří. Téma diplomové práce nebylo vybráno náhodou. Autor vychází z praktických zkušeností sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení poskytující sociálně zdravotní a paliativní péči.

Cíl, metodika, struktura práce

Na základě analýz systémů řízení kvality dlouhodobé péče o seniory v České republice, finančních a legislativních nástrojů, kompetencí a významných aktérů je cílem odhalit, objasnit a definovat co procesu řízení kvality napomáhá a brání a navrhnout možná východiska pro andragogickou intervenci.

Metodika bude založena na obsahové analýze dokumentů, a to právních norem a programových dokumentů, analýze zdrojů obsahujících informace týkajících se zkoumaného problému. Záměrem je shromáždit stávající poznání v oblasti řízení kvality dlouhodobé péče o seniory, vytvořit širší náhled na zkoumané téma a porozumět hlavním problémovým okruhům.

Struktura práce je rozdělena do pěti hlavních částí. *První kapitola* přináší základní principy a cíle dlouhodobé péče o seniory, současnou situaci ve zdravotnictví a v sociálních službách, jednotlivé strategie i zkušenosti s implementací integrované dlouhodobé péče do praxe. *Druhá kapitola* poukazuje na východiska dlouhodobé péče, jejichž objektem je senior se specifickými potřebami a problémy, v prostředí strukturálních změn ve společnosti, s poukázáním na aktuálnost tématu a výzvou se touto problematikou multidisciplinárně zabývat. *Třetí kapitola* je zaměřena na legislativní a finanční nástroje, strategické dokumenty národní a evropské politiky, ale i modely z firemního řízení. Jedná se o vybraný vzorek obligatorních a fakultativních nástrojů, kterými se jednotlivé managementy organizací, potažmo zaměstnanci poskytující péči o seniory musí nebo mohou řídit. Nechybí zde ani konkrétní příklady vybraných oblastí podpory v systému evropských dotačních titulů. *Ve čtvrté kapitole* jsou charakterizovány vybrané měřítka péče, indikátory struktury, procesu a výstupu v kontextu dlouhodobé péče. Celkové naplnění těchto ukazatelů je determinováno angažovaností všech zaměstnanců, za které odpovídá vrcholové vedení instituce. Uvádím zde příklady vybraných indikátorů v rámci strukturálních fondů z období let 2007-2013 zaměřených na podporu zdraví, rozvoj dalšího profesního vzdělávání a rozvoj měst. *Pátá kapitola* vyúsťuje v konkrétní vybrané příklady aktivní gerontagogické intervence v kritických uzlech životní dráhy stárnoucího člověka zahrnující prakticky zaměřené informace.

1. Dlouhodobá péče o seniory v České republice

Tato kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu a definic dlouhodobé péče o seniory, jejími principy a charakteristikami v současné situaci ve zdravotnictví a sociálních službách v České republice. Instituce poskytující tuto péči vykazují různorodá specifika v řízení kvality péče o seniory, jiný druh ochrany a pomoci. Podstatná je jejich návaznost a dostupnost služeb v regionech, multidisciplinární přístup napříč systémem zdravotnictví a sociálních služeb.

Dlouhodobá péče o občany v České republice není zajištěna jedním systémem, ale je částečně zahrnuta v systému zdravotní péče, za který odpovídá Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ) České republiky, a v systému sociálních služeb, který řídí Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) České republiky. Každý z těchto systémů má vlastní právní předpisy, samostatná kritéria dostupnosti a kvality a odlišný způsob financování.¹

Existují dva hlavní proudy a to **zdravotnické pojetí**, kde rozhodující význam má kvalitní primární zdravotní péče, koordinace zdravotní péče o pacienta a její provázání s péčí sociální, a **sociální pojetí**, které se vymezuje v širších souvislostech řešení nepříznivé sociální situace klientů, postupem od potřeb k službám a řízením na komunitní úrovni.

1.1 Vymezení systému dlouhodobé péče o seniory

V rámci Evropské unie existují různé definice dlouhodobé péče. Například OECD definuje dlouhodobou péči jako: „průřezové“ politické téma, které spojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními každodenními aktivitami (ADL). Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přeprava, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňující aktivity. V některých zemích je dlouhodobá péče spojována se zdravotní politikou jako např. preventivní opatření, aktivní stárnutí, podpora samostatnosti, sociální pomoc nebo paliativní péče. Dále se

¹ MPSV 2006, Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování, s. 36

liší názory na hodnocení „závislosti“ a jejího krytí, na způsoby finanční či věcné podpory pro instituce nebo jednotlivce a jeho rodinu.²

Model dlouhodobé péče (long-term care) preferovaný v EU má rozmanité zajištění mezi jednotlivými členskými státy. Společným cílem je však zlepšování koordinace, kooperace a kvality péče zvláště mezi zdravotní a sociální sférou. Obecným trendem v dlouhodobé péči o seniory je přechod od institucionální péče k domácí a komunitní pečovatelské službě.

Systém zdravotní péče v sobě zahrnuje kurativní a rehabilitativní prvky péče s typickou dynamickou trajektorií. Systém dlouhodobé péče kromě zdravotní péče ještě k tomu doplňuje komplex sociálních služeb dle jednotlivých potřeb lidí s omezenou soběstačností. Cílem zdravotní péče je změna, v nejlepším případě zlepšení zdravotního stavu. **Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvalé nesoběstačnosti.**

V této souvislosti vymezuje dlouhodobou péči i Národní program přípravy na stárnutí: *„Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části osob neoddelitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů.“*³

Mezinárodní dokument OECD popisuje dlouhodobou péči následovně: *Dlouhodobá péče je soubor služeb, které potřebuje osoba vzhledem ke své závislosti na pomoci v základních činnostech denního života (ADL). Tato individuální osobní péče je komponentou pravidelného poskytování pomoci v kombinaci se základní zdravotní péčí jako ošetřování ran, léčba bolesti, podávání léků, monitorování a prevence zdraví, rehabilitace nebo paliativní péče.*⁴

Dlouhodobá péče je definována jako odborná zdravotní ošetrovatelská péče poskytovaná kvalifikovaným zdravotnickým personálem a pečovatelská péče

² viz Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008-2010, Česká republika. 1. Vydání, MPSV 2009, Praha, ISBN 978-80-86878-93-5, 112s.

³ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, Česká republika. 1. Vydání, MPSV 2008, Praha, s. 37. ISBN 978-80-86878-65-2, 60s.

⁴ LUNSGAARD, Jens, et al: Consumer Direction and Choice in Long Term Care for Older Persons, OECD, Health Working Papers 20, Paris 2005

zajištěná pomocnými zdravotnickými pracovníky (zejména ve zdravotnických zařízeních), pečovateli (zejména v sociálních službách) nebo i poučenými laiky (osobou z rodiny, dobrovolníkem apod.). Podle předpokladů výdaje za dlouhodobou péči v relaci k hrubému domácímu produktu do roku 2050 vzrostou o 0,4% více, než tomu bylo například v roce 2005. Velmi důležitou roli v poskytování sociálních služeb mají kromě krajů a měst také nevládní organizace, především v ambulantní péči. Zákon o sociálních službách zavedl nový koncept sociálně-zdravotního lůžka, který částečně zlepšuje koordinaci mezi zdravotní a sociální péčí.⁵

Dlouhodobou péči potřebují lidé, kteří nejsou zcela soběstační v základních aktivitách (provádění hygieny, schopnost se obléci, samostatně najíst atd.) a tento stav je dlouhodobě trvalý. Většinou to jsou lidé vyššího věku, závislí senioři tzv. „křehčí geriatričtí pacienti“. Může se však týkat i chronicky nemocných a zdravotně postižených, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný. Bez odpovídající dlouhodobé sociálně zdravotní péče má jejich zdravotní stav tendenci se zhoršovat a bez adekvátní pomoci v soběstačnosti se kvalita jejich života snižuje. Dlouhodobou péči považujeme jak péči v domácím prostředí, tak péči v institucích.

Kvalitu dlouhodobé péče pomáhá zajišťovat zákon o sociálních službách, dle kterého poskytovatelé musí splňovat zvláštní podmínky registrace, včetně prokázání norem kvality a patřičného vzdělání sociálních pracovníků. Prioritou vlády je rozvoj mimoústavní péče, systém plánování sociálních služeb podporující domácí a komunitní péči. Dosud je tento systém málo využíván i přes zavedení příspěvku na péči, který umožňuje občanům svobodnou volbu služby podle svých potřeb, a tak přispět k rozvoji kvalitnějších služeb.⁶

Institucionální i neinstitutcionální formy péče o seniory by měly vycházet z principů, které byly deklarovány již na sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982 ve Vídni:⁷

- demedicinalizace - medicína má samozřejmou povinnost postarat se o staré lidi, ale problém celého stáří vyřešit nemůže. Stáří není nemoc a nemá být tedy léčeno.

⁵ PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. 1.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6, str. 189.

⁶ PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. 1.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6, str. 189.

⁷ KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie.* Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

Akcent je kladen na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na jeho autonomii;

- deinstitucionalizace – pobyt starého člověka na lůžku v nejrůznějších institucích je často nutný, někdy vhodný, jindy však nadbytečný nebo vysloveně zbytečný. Prioritou je ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora integrace seniora do společnosti;
- desektorializace – akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče;
- deprofesionalizace – koordinace nejrůznějších typů pomoci – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví.

1.2 Situace ve veřejném zdravotnictví

Zdravotnická infrastruktura, včetně technického vybavení a používané zdravotnické techniky (zdravotnických prostředků) České republiky trpí dlouhodobým podfinancováním. To se týká prostorů, ve kterých zdravotnická zařízení fungují i technického zázemí a vybavení zdravotnickými prostředky. Současný stav modernizace infrastruktury systému veřejného zdravotnictví inovativními technologiemi je nedostatečný a neodpovídá standardům potřebným pro zajištění rovnoměrné dostupnosti, standardní úrovně kvality, poskytované péče a efektivní prevenci zdravotních rizik. Vybavenost neodpovídá požadavkům pro plošné sledování kvality a nákladovosti poskytované péče a pro zapojení České republiky do mezinárodního sledování.⁸

Tuto situaci se snaží kompenzovat Strukturální fondy 2007-2013 pro oblast zdravotnictví, například Integrovaný operační program, který je podrobněji popsán v kapitole 3.4. Finanční nástroj - Evropské dotační tituly.

Historicky byla zejména chirurgie spojena s dlouhodobými hospitalizacemi po invazivních chirurgických zákrocích. Obdobně například léčba infekčních onemocnění bez antibiotik, pokud byla vůbec úspěšná, byla charakterizována dlouhou dobou neschopnosti k práci a následné rekonvalescence.

⁸ *Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013.* Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s., str. 107

V současné době se šíří medicínou trend zejména z USA spočívající ve zkrácení doby hospitalizace, v extrémní podobě dosahující u vhodných diagnóz tzv. jednodenní hospitalizace (one-day surgery). Jakkoli je nutno vždy na principu předběžné opatrnosti zkracování délky hospitalizace a tím příslušných sociálních služeb souvisejících s primární diagnózou pečlivě analyzovat, makroekonomicky to znamená poměrně výrazné snížení podílu nemocničních lůžek a tlak na jejich přeměnu na lůžka následné péče, kde je větší podíl sociální péče.⁹

Současná medicína si dokáže poradit s nemocemi, které dříve nebyli lékaři schopni stabilizovat. Na druhou stranu však stabilizace těchto onemocnění neznamená vyléčení. Řada diagnóz je doprovázena obdobími, kde jsou lidé staršího věku odkázáni na cizí pomoc. Možnosti následné péče v nemocnicích jsou omezené, zejména kapacitně a časově, rodiny nejsou schopny nebo nemůžou pomoc zabezpečit, poskytovatelé sociálních služeb řadu chronických symptomů odborně nezvládnou. Je to začarovaný kruh, kde se kvalita péče vytrácí.

V léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) nebo podle nového názvu odděleních následné péče v nemocnicích¹⁰ se vyskytuje největší koncentrace osob vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči z důvodu jejich nepříznivého zdravotního stavu. V těchto zdravotnických zařízeních je skladba diagnóz různorodá (viz tabulka č. 1.), zpravidla jsou to nemocní s polymorbiditou, málo pohybliví s častou poruchou chování, ale i lidé sociálně slabí bez potřebného rodinného zázemí.

Tabulka č. 1 - Počet hospitalizovaných osob starších 65 let v nemocnicích podle základních diagnóz v roce 2007 (10 nejčtetnějších diagnóz)

pořadí	diagnóza	název diagnózy	počet hospitalizovaných	ošetrovatelská doba
1	I25	chronická ischemická choroba srdeční	32 831	315 384
2	H25	senilní katarakta	26 270	60 842
3	I50	selhání srdce	23 226	245 145
4	I70	ateroskleróza	19 797	361 528
5	S72	zlomenina kosti stehenní	18 636	326 939
6	I48	fibrilace a flutter síní	16 883	113 572

⁹ MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. 48s. ISBN 978-80-87007-72-3, str. 29.

¹⁰ Oddělení následné péče v nemocnicích vznikla později než zařízení LDN a to v 90. letech podle metodického pokynu tzv. následné péče.

7	M54	dorzalgie	15 978	187 548
8	I63	mozkový infarkt	14 601	206 425
9	I21	akutní infarkt myokardu	13 383	95 499
10	I64	cévní mozková příhoda neurčená	11 947	183 986
celkem			716 634	7 242 813

Zdroj: Holub, J. *Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních*. Praha: ÚZIS, 2009.

Průša konstatuje: „*Problematika léčeben dlouhodobě nemocných je v mnohém podobná situaci v psychiatrických léčebnách na gerontopsychiatrických pracovištích*“.¹¹

Z hlediska efektivnosti celého systému je v oblasti zdravotnictví podstatná institucionální pozice a přístup zdravotních pojišťoven – tedy stručně řečeno, co všechno budou zdravotní pojišťovny ochotny hradit v rámci plnění ze zdravotního pojištění a do jaké míry se podaří propojit zdravotní a sociální péči ve funkční kombinaci péče zdravotně-sociální, aniž by si její jednotlivé složky na sebe navzájem „přehrávaly“ nevýhodné nebo nákladné případy či terapeutické postupy. Současný systém v úhradách zdravotní péče jen obtížně pokrývá náklady ošetrovatelského personálu.¹²

Dlouhodobým trendem by měla být silná provázanost sociálních a zdravotních služeb poskytovaných na principu subsidiarity v přirozeném prostředí. Nemateriálními formám péče by měl být připsán stejný význam jako formám materiálním. Zdravotní péče je ve vyšším věku významným faktorem přispívajícím k prodlužování života ve zdraví. Měla by být proto dostupná (což nemusí nutně znamenat zadarmo), kvalitní a k seniorům přátelská. Jistý dluh lze přitom vystopovat již v samotném systému, který je orientován na nemoc, nikoliv na zdraví, na tzv. indexovanou chorobu, nikoliv komplexně na pacienta.¹³

Členka mezirezortní komise integrované péče paní Čermáková popisuje situaci ve zdravotnictví takto: „*Systém zdravotnictví je celkově označen jako vysoce odborný a profesionální s větší mírou preference normativní kvality. I když systém*

¹¹ PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6, s. 29.

¹² MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. 48s. ISBN 978-80-87007-72-3, str. 32.

¹³ VIDOVIČOVÁ, Lucie. Seniorské desatero aneb několik méně známých faktů. *Kampaň: "Dnešní tabu se jmenuje stáří" : Diakonie ČCE* [online]. 2010, 1, [cit. 2010-12-28]. Dostupný z WWW: <otevrenoseniorum.cz>.

*sociálních služeb si buduje svoji profesionální úroveň, přes to je ve vyšší míře uplatňován tzv. lidský přístup, kdy je třeba jednat vysoce individuálně a komplexně a není možné aplikovat striktní postupy. Tento systém používá převážně kvalitativní metody hodnocení a je v něm velký prostor i pro zapojení péče neformální, pro pomoc rodinných příslušníků a laiků“.*¹⁴

1.3 Situace v sociálních službách

Celkově lze situaci v tomto sektoru označit jako zásadní transformaci sociálních služeb, na kterou se Ministerstvo práce a sociálních věcí připravovalo již před platností sociálního zákona vydáním různých dokumentů, o kterých se zmiňují v kapitole 3. 2. Strategické dokumenty z oblasti dlouhodobé péče o seniory v ČR.

Transformace se týká celé sociální oblasti. Odpovědnost za sociální služby přešla z téměř výhradní pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. Každý z uvedených účastníků má své povinnosti a svůj díl odpovědnosti.¹⁵

Sociální služby vykazují celou řadu specifík shodných s péčí zdravotní. Zdravotní stav člověka má přímý vliv na četnost a charakter sociálních služeb. Situaci v sociálních službách popisují v kontextu služeb sociální péče podle §32, zejména dlouhodobé péče z pohledu jejich poskytovatelů, nestátních neziskových organizací nebo příspěvkových organizací, jejímž zřizovatelem je krajský úřad, ale i zdravotnických zařízení ústavní péče typu nemocnice, hospic a další.

1.3.1 Institut sociálně zdravotního lůžka

Institut sociálně zdravotního lůžka¹⁶ umožňuje financování ošetrovatelské péče v ústavních pobytových zařízeních sociálních služeb z fondu veřejného zdravotního pojištění a naopak umožňuje poskytovat sociální péči/sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče s vícezdrojovým financováním.

¹⁴ Odstavec převzat z dizertační práce: Čermáková Kristýna: *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče*, Praha, UK FSV, Katedra veřejné a sociální politiky, 2009.

¹⁵ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2010. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3, s. 30.

¹⁶ Zakotvený v zákoně o sociálních službách 108/2006Sb.

Zdravotní péče v sociálních službách

Podle §36: je *poskytovatel sociálních služeb povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby uvedený v §34 odst. 1 písm. c) až f). Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu.*¹⁷

- a) *prostřednictvím zdravotnického zařízení*
- b) *jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu*¹⁸; *rozsah péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis.*¹⁹

Skladba klientů v mnoha pobytových sociálních zařízeních by si s ohledem na náročnost a veškeré související problémy zcela jistě zasloužila statut zdravotnického zařízení. I přes uvedenou skutečnost je jich ale většina zaregistrována pouze jako poskytovatel sociálních služeb a povinnost zajistit zdravotní péči splňují smluvně s praktickými a vybranými odbornými lékaři, eventuálně jinými klinickými odborníky například s logopedem či s psychologem. Z odborných lékařů většina pobytových sociálních zařízení spolupracuje s psychiatrem, se stomatologem a s neurologem. Smluvní spolupráce s dalšími odbornými lékaři je samozřejmě možná a v jednotlivých zařízeních se podle konkrétních možností liší.²⁰

Při vzniku závažného akutního stavu musí být pro klienta pobytového zařízení sociálních služeb okamžitě zajištěno jeho přeložení a přijetí do spádového zdravotnického zařízení, nejčastěji nemocnice, která rozhoduje o další intervenci. Po stabilizaci zdravotního stavu se klient může vrátit zpět do stejného pobytového zařízení sociálních služeb, ale nemusí mít již zajištěnou volnou kapacitu lůžka. Tato mnohdy opakovaná rotace prostředí sebou přináší dále prohlubující zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta, problémy v komunikaci mezi institucemi nemocnice x poskytovatel sociálních služeb, a redukuje celkovou provázanost a úroveň kvality dlouhodobé péče.

¹⁷ §22 písm. d) zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

¹⁸ Zákon č.96/2004Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

¹⁹ Vyhláška MZ ČR č. 134/1998Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění.

²⁰ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2010. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3, s. 129.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních

Podle §39 je institut sociálně zdravotního lůžka zakotven jak v pobytových službách v zařízeních sociálních služeb, jako jsou týdenní stacionáře (§47), domovy pro osoby se zdravotním postižením (§48), domovy pro seniory (§49), domovy se zvláštním režimem (§50), tak i ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§52). To znamená sociální péči financovanou MPSV lze realizovat jak v systému zdravotnictví, tak i v systému sociálních služeb. Jako funkční model uvedu příklad ze zařízení typu hospic, které poskytuje komplexní sociálně zdravotní péči cílové skupině nesoběstačných seniorů.

Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče dle §52 zákona č. 108/2006 Sb.

Cílovou skupinou jsou osoby, převážně senioři, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici, ale jsou odkázáni na pravidelnou zdravotní péči a pomoc druhých. Délka pobytu je v těchto zařízeních časově omezena, z pravidla maximálně do 1 roku pobytu. V řadě případů jde o klienty, kteří jsou po ukončení léčby v nemocnici čekateli na umístění do domova pro seniory, kde získávají status trvalého pobytu. Z nemocnic jsou sem překládáni z důvodu nedostatečné kapacity lůžek následné péče, anebo z důvodu již převažující indikace pro pobyt na sociálně zdravotním lůžku. Jde většinou o osoby dlouhodobě ležící, nesoběstačné, vyžadující stálý dohled a ošetrovatelskou péči na lůžku. Největší zastoupení mají starší senioři, u kterých se projevuje řada nepříznivých symptomů chronických onemocnění a snížená soběstačnost, které jsou typické pro pokročilejší věk.

Odlehčovací služby dle § 44 zákona č.108/2006 Sb.

Cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního znevýhodnění, o které v jejich přirozeném sociálním prostředí dlouhodobě pečuje rodina, osoba blízká, přičemž potřebuje nezbytný odpočinek. Jedná se o osoby, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici a pečující osoba z objektivních důvodů potřebuje krátkodobě přerušit

péči. Délka pobytu je u respitní péče časově omezena, z pravidla maximálně do dvou měsíců pobytu. Nejčastějším příkladem je převzetí pacienta do péče s demencí.

Do této odlehčovací služby spadá i cílové skupina osob, u kterých je většinou indikováno nevyléčitelné onemocnění vyžadující stálý dohled a zvýšenou ošetrovatelskou péči. Těmto osobám v terminálním stádiu života je poskytována hospicová paliativní lékařská péče, která poskytuje odborné tišení bolesti a duchovní, psychologické, sociální doprovázení člověka na sklonku života.

1.4 Integrace sociálních a zdravotních služeb

Témata na propojování systémů, resortů, pravidel souvisí s řešením problémů, které mají multidimenziální charakter. Při řešení integrace sociální a zdravotní péče je žádoucí reflektovat rozdílné podmínky pro vstup do systému, rozdílný přístup k příjemcům péče, odlišné cíle.

Česká republika je zemí, kde je institucionálně a finančně oddělený systém zdravotní péče a sociálních služeb. O to více se musí v praxi zabývat otázkami integrace obou systémů, chce-li naplňovat celistvý přístup k řešení zdravotních a sociálních potřeb občanů. Na centrální úrovni vznikla opatření zajišťující narovnání a zefektivnění využívání finančních zdrojů pro zdravotní péči a sociální služby v pobytových zařízeních, kde je současně poskytována zdravotní i sociální péče.²¹

Takovým příkladem je zkušenost našeho státu s integrací sociální a zdravotní péče v podobě institutu sociálně zdravotního lůžka, který je legislativně popsán v kapitole 1.3.1. Takovéto opatření však nevyřešilo situaci osob, které potřebují péči dlouhodobou (LTC). Při opakující se variabilitě zdravotního stavu, která je u starších osob častá, dochází k přesunům mezi zdravotnickým (nemocnice) a sociálním zařízením (pobytové sociální služby), důsledkem je patientská turistika.

Při řešení integrace sociální a zdravotní péče je vždy nutné hledat optimum regulace národní legislativou, zvažovat míru centralizované a decentralizované struktury, využití možností mechanismů trhu, včetně řízení nabídky

²¹ MPSV 2006, Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování, s. 126

či poptávky služeb. Podstatné je vymezení postavení osob v systému, to, jak péče reaguje na potřeby osob, jaké jim dává možnosti rozhodování a řízení péče.²²

Politiky a strategie integrované péče:²³

- integrace národní legislativou – koncept dlouhodobé péče, mechanismy koordinace, zajištění lidských práv;
- integrace odpovědnosti centrální a lokální úrovně – centralizovaná versus decentralizovaná struktura;
- integrace mechanismy trhu – mix poskytovatelů (státní, neziskové, ziskové i neziskové);
- integrace regulací nabídky – garance kvality a dostupnosti služeb;
- integrace řízená zákazníkem – přímé platby občanů za péči (voucher, individuální účet);
- integrace řízená požadavky – individualizace a komplexnost péče, kontrakty o péči;
- integrace reformou institucí – deinstitucionalizace rezidenční péče, posilování péče neformální;

2. Identifikace problému v kontextu dlouhodobé péče o seniory v České republice

Cílem této kapitoly je seznámit se s vybranými problémy v oblasti dlouhodobé péče o seniory. Identifikace problémových okruhů je zacílena na skupinu osob – klientů, pacientů, jejichž zdravotní stav je natolik stabilizován, že nevyžaduje akutní lůžkovou péči ve zdravotnické instituci, ale zároveň jim neumožňuje plnou soběstačnost například z důvodu vysokého věku, zdravotního postižení, chronickou

²² ČERMÁKOVÁ, Kristýna. *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče v ČR* [online]. Praha, 2009. 45 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze.s.38.

²³ LEICHSENRING, K. *Integrated Care System : Briefing paper for the conference in Hague 18-19 November 2004*. Vienna : European Centre for Social Welfare policy and Utrecht: Research and Verwey-Jonker Institute, 2004.

nemoci. Kapitola se věnuje specifickým problémům souvisejícím se zdravotním stavem starších osob a jejím charakteristickým rysům a nápadně podobným obrazům těchto onemocnění, strukturálními změnami v rodině a s tím souvisejícím převzetím odpovědnosti za péči na stát, nevyhnutelným demografickým vývojem obyvatelstva a fenoménem stárnutí, problémem neintegrace sociálně zdravotní péče a nízkým financováním sociálního systému, dále projevujícím se ageismem zejména v médiích.

Národní vlády zkouší různé způsoby, jak řešit očekávaný nárůst poptávky po službách dlouhodobé péče především proto, že počet mužů a žen schopných poskytovat neformální péči se snižuje právě tak, jako se zvyšuje počet závislých starších osob. Současný trend směřuje k menším rodinám a ke zvýšení výskytu osamělých rodičů, a tím redukuje okruh schopných osob poskytovat neformální péči.²⁴

Podle základní zásady a principu subsidiarity v péči o seniory všechny vlády obecně souhlasí s tím, že poskytování dlouhodobé péče v domácím přirozeném prostředí je prioritou než poskytování institucionální péče. Matoušek popisuje tento princip, podle kterého se o problému má rozhodovat a řešit jej na nejnížší možné úrovni v hierarchii společenských institucí: *„Až pokud kompetence a zdroje instituce nedostačují k efektivnímu zásahu, přenáší se rozhodování na vyšší úroveň (například z obce na kraj)“*.²⁵ Krebs dodává: *„Princip subsidiarity zdůrazňuje vedle individuální odpovědnosti každého z nás zároveň význam a nutnost aktů vzájemné pomoci určitých společenství (v rámci rodiny, sousedství, církevního společenství, obce a podobně) pro jištění sociálního bezpečí, tedy význam solidarity. Participuje zde i stát svým zájmem (či lépe povinností) takové aktivity podporovat“*.²⁶ Haškovcová dokresluje: *„Úkolem společnosti je udělat vše pro to, aby rodinní příslušníci neměli objektivní důvod péči o svého blízkého odmítat. Rodina se o starého, zvláště pak nemocného člověka, může postarat jen do určité míry, za jistých možností a v jistém čase. Společnost se zcela musí postarat o ty, kteří nikoho nemají, a v dalších tzv. důvodových případech“*.²⁷ Dále Národní zpráva o rodině klade důraz na domácí péči: *„Snížená soběstačnost seniora je z hlediska rodiny jistě zátěžovou situací, jejíž uspokojivé zvládnutí je závislé*

²⁴ viz Social Protection and social inclusion 2008: EU indicators. Commission Staff Working Document. European Commission, 2009. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978- 92-79-10155-7 také [online] [cit. 2010-08-09] Dostupné z [www: http://ec.europa.eu/social/](http://ec.europa.eu/social/)

²⁵ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9.

²⁶ KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 4. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 80-7357-276-1, s.34.

²⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

*na mnoha faktorech. Situace, kdy stárnoucí rodič ztrácí soběstačnost, je zkouškou kvality vztahu mezi rodičem-seniořem a jeho potomkem či jiným příbuzným. Péče rodiny je pro seniora přijatelnější a lze s její pomocí předejít nutnosti poskytování dlouhodobé péče státem v instituci“.*²⁸

Stát jako instance poslední záchrany musí učinit následující opatření:²⁹

- řešit očekávaný deficit kvalifikovaného personálu,
- počítat s rozvojem a udržitelností veřejných a soukromých zdrojů financování,
- zajistit efektivní koordinaci různých systémů dlouhodobé péče,
- realizovat princip univerzálního přístupu k dlouhodobé péči

Jaké jsou hlavní problémy podle MPSV v současné praxi poskytování zdravotně sociálních služeb?³⁰

- Nerovnováha v rozsahu a struktuře poskytování zdravotně sociálních služeb v jednotlivých krajích i okresech
- Současná „sít' služeb“ nenaplnuje dostatečně principy dostupnosti, spravedlivého přístupu, práva na zdraví.
- Chybí dostatečný rozvoj terénních a ambulantních sociálně zdravotních služeb.
- Rozsah a síť služeb není dostatečně flexibilní a nepřipravuje se na progresivní nárůst počtu obyvatelstva ve věku 65+ tak, aby byly naplňovány závěry a doporučení Evropské unie pro tuto oblast.
- Nereflektuje dostatečně současný trend péče v geriatrii a gerontologii.
- Současný způsob odděleného financování sociální a zdravotní péče je v případě realizace dlouhodobé péče typu „long-term care“ neefektivní a časově neprovázaný; naprosto chybí třetí zdroj financování – klient.
- Chybí legislativní zakotvení tohoto typu péče, včetně prováděcích předpisů – nutnost novelizace stávajících legislativních předpisů pro tuto oblast.

²⁸ *Národní zpráva o rodině*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. 220 s.

²⁹ viz Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16. s. ISBN 978-9279-09572-6.

³⁰ Dlouhodobá péče – minulost, současnost a pohled do budoucnosti – 1. část. MPSV [online]. 2010, 1, [cit. 2010-07-29]. Dostupný z WWW: <mpsv.cz>.

2. 1 Specifické problémy související se zdravotním stavem seniorů

Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související soběstačnost až do vysokého věku. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Cílem jakékoli péče o nesoběstačné osoby by měla být snaha co nejvíce zlepšit jejich zdravotní stav a kompenzovat poruchu tak, aby u nich byla co nejvíce zachována a podporována zejména jejich soběstačnost. Zachování soběstačnosti vede – kromě jiného – i k pocitu udržení lidské důstojnosti. Pokud však starý člověk onemocní, probíhá toto zhoršení zdravotního stavu pod nápadně podobným obrazem. Jeho charakteristickými rysy jsou zejména:³¹

- **poruchy soběstačnosti** – především v neschopnosti se obsloužit při jednoduchých aktivitách v rámci denního režimu, neschopnosti samostatně ulehnout do lůžka;
- **poruchy kognitivních funkcí** – nejčastěji poruchy vědomí, pacient je dezorientován, projevují se poruchy paměti, myšlení, neklid, apatie, halucinace, bludy. Příkladem je Alzheimerova choroba a jiná onemocnění způsobující demenci;
- **sklon ke komplikacím a přechodu do chronicity** - v případě, že byl pacient nesprávným způsobem diagnostikován a léčen. Ve starším věku mohou být příznaky onemocnění nenápadné, zcela chybějící, případně příznaky odpovídající poruše jiného systému;
- **délka léčby je delší** - pokud jim tento čas dopřejeme, mají téměř stejnou šanci navrátit se do původního stavu zdraví a soběstačnosti jako lidé mladší.

Je jednodušší poskytovat seniorům zdravotní péči, těžší je skutečně léčit a vyléčení z nemoci je ve vyšším věku spíše výjimkou než pravidlem. Z výše uvedených rysů vyplývají potřeby přizpůsobení zdravotních a zdravotně sociálních služeb potřebám pacientů staršího věku. Některou z forem intenzivní péče bude v období před smrtí potřebovat každý z nás. V problematice zvláštnosti chorob ve stáří

³¹ BRUTHANSOVÁ, Daniela; ČERVENKOVÁ, Anna; HOLMEROVÁ, Iva. *Sociální Hospitalizace*. Praha: VÚPSV, 2000. s. 48.

je nutné zabezpečit soustavné vzdělávání zdravotnických pracovníků všech oborů, tak i pracovníků v sociálních službách.

2. 2 Strukturální změny ve společnosti

V tradiční společnosti žily rodiny spolu, většina starých lidí dožívala v blízkosti svých příbuzných. Problém nastává s nástupem modernizace, vznikem tzv. nukleární rodiny, která nezahrnuje širší příbuzenstvo, zvyšuje se i vzdálenost obydlí třetí a druhé generace. Zároveň větší mobilita vede k tomu, že spolu širší rodina nejen že nesdílí obydlí, ale často nežije ani ve stejném městě, či vesnici, což dále vede k nižší frekvenci styků a možnému ochlazení vztahů.³²

Pomoc rodiny je tak obtížněji realizovatelná a přestává být brána jako samozřejmost. Ne všechny rodiny si dnes mohou vybrat, zda se o svého blízkého postarají samy v domácím prostředí, nebo ho svěří do institucionální péče. Důležité je rozlišovat mezi neochotou a neschopností rodin dlouhodobě pomoci svému rodiči. Vždy záleží na aktuální situaci, v jaké se celý rodinný systém nachází. Faktory, které ovlivňují vzniklou sociální událost, jsou pro mnohé rodiny dlouhodobě neudržitelné. Příkladem jsou ekonomické tlaky, starost o děti, bytové podmínky rodiny, doprava, vzdálenost od svých rodičů, zdraví, diagnóza nemoci a další. Pokud se rodina dostane do situace, kdy musí o svého rodiče dlouhodobě pečovat, v takovém případě stojí před rozhodnutím, zda využije služeb příslušných institucí v daném regionu nebo zabezpečí potřebnou péči rodinnou, případně zkombinují uvedené možnosti.

Zajištění odpovídajícího bydlení je pro seniory zvlášť důležité, neboť oddaluje či přímo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty. Podpora setrvání starých lidí, včetně těch, kteří jsou z důvodu svého zhoršeného zdravotního stavu trvale závislí na pomoci druhé osoby, v jejich přirozeném prostředí a snaha o jejich stálou integraci v běžné populaci je v evropských zemích v současné době stěžejním prvkem systému sociálních služeb.³³

³² DE SINGLY, Francois. *Sociologie současné rodiny*. 1. Praha: Portál, 1999. 127 s. ISBN 80-7178-249-1.

³³ KUBALČÍKOVÁ, K. Přirozené prostředí jako významný aspekt poskytování sociálních služeb seniorům. In: GLOSOVÁ, D. a kol. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006, 26s. ISBN 80-7366-057-1.

2. 3 Demografický vývoj

Stárnutí populace je jedním z nejvíce diskutovaných fenoménů. Díky změnám v demografické struktuře dojde k zvýšení vzdělanostní úrovně a výraznější příjmové diferenciaci k prohloubení heterogenity potřeb, zájmů a způsobu života ve stáří.³⁴

K zajištění vyšší kvality ve stáří v kontextu demografického stárnutí jsou nezbytné koncepční změny a přijetí opatření v různých oblastech. Co učiníme nyní, významně ovlivní kvalitu života ve stáří budoucích generací a nás všech. Nevyužití příležitostí a nereagování na výzvy, které významná demografická změna přináší, může vést k neefektivním politikám a k nesenzitivním službám, které nevyužívají potenciál a nezohledňují potřeby a aspirace rostoucího podílu a počtu starších lidí. Koncepční a preventivní řešení jsou levnější a efektivnější.³⁵

Přestože bude Česká republika v následujících desetiletích patřit ke starším zemím světa, bude mít dle projekce OSN v roce 2025 stále ještě o 5% osob nad 60 let méně, než například v Japonsku (35%) nebo Itálii (34%). Budeme moci čerpat ze zkušeností ostatních států světa i Evropy, jak se na stárnutí populace vhodně připravit.

2. 4 Neprovázanost potřeb a forem péče, nerovnováha nabídky a poptávky

V České republice je dostatečný počet lůžek zdravotní péče, ale stále existuje nedostatek lůžek sociální péče. V důsledku stárnutí obyvatelstva bude nutné zabývat se stále větší poptávkou po geriatrických službách a hospicích. V posledních letech se značně rozvinula domácí péče, kterou poskytují veřejné agentury, zdravotnická zařízení, soukromí lékaři a nevládní organizace téměř na celém území.³⁶

³⁴ SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří*. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

³⁵ *Národní program přípravy na stárnutí 2008 až 2012 : Kvalita života ve stáří*. 1. vyd. Praha : [s.n.], 2008. 54 s. Dostupný z WWW: <mpsv.cz>. ISBN 978-80-86878-65-2. str. 11

³⁶ PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6, s. 189.

V rámci zákona existuje tzv. sociální hospitalizace – jedná se o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení, která není plně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Nastává v případě, že jedinec nemá zajištěnou sociální péči od poskytovatele sociálních služeb (často kapacitní důvody ústavních sociálních zařízení), kterou ovšem potřebuje. Proto zdravotnické zařízení supluje funkci sociálních služeb. Problémem podle Meziresortní komise integrované péče je, že úhrada za poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení je nedostatečná, a proto zdravotnická zařízení tuto sociální hospitalizaci neoprávněně vykazují jako pobyt z důvodu zdravotního, aby byl hrazen z pojištění.³⁷

V souvislosti s neuspokojenou poptávkou v oblasti sociálních služeb je potřeba zmínit problém dlouhých čekajících dob na místo v domovech pro seniory. Český statistický úřad (dále ČSÚ) uvádí za rok 2008 celkem 52 953 neuspokojených žadatelů o místo v domovech pro seniory [viz přiložená tabulka č.2].

Tabulka č. 2 – Počet neuspokojených žadatelů o vybrané sociální služby

	Poskytovaná sociální služba				
	Domovy pro seniory	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	Domovy se zvláštním režimem	Chráněné bydlení	Týdenní stacionáře
Praha	4143	199	308	94	21
Středočeský kraj	5088	217	359	177	32
Jihočeský kraj	2164	241	338	15	2
Plzeňský kraj	2174	116	711	31	12
Karlovarský kraj	945	55	222	5	9
Ústecký kraj	4146	442	1217	43	23
Liberecký kraj	1926	100	613	33	1
Královehradecký kraj	1842	217	180	14	0
Pardubický kraj	2164	149	83	7	1
Vysočina	1510	34	300	0	4
Jihomoravský kraj	6439	331	1459	54	12
Olomoucký kraj	2810	135	353	1294	5
Zlínský kraj	5251	176	797	1865	7
Moravskoslezský kraj	12 351	461	934	37	4
Celkem ČR	52 953	2873	7874	3669	133

Zdroj: Tabulka ČSÚ 2008 V1 Tabulka 7

³⁷ ČERMÁKOVÁ, Kristýna. *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče v ČR* [online]. Praha, 2009. 45 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze.

2. 5 Nízké financování sociálního systému

Mezi jednotlivé nástroje financování sociálních služeb³⁸ patří příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu a cenová regulace služeb. U vybraných zdravotnických výkonů jsou to zdravotní pojišťovny, které částečně financují ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Příspěvek na péči představuje významný krok ke zvyšování kvality sociálních služeb, a to díky vznikajícímu konkurenčnímu prostředí v této oblasti. Problematickým se však ukazuje administrativní zajištění příspěvku díky nedostatečné kapacitě posudkových lékařů, administrativní náročnosti všech zainteresovaných stran, nejasnému vymezení odpovědných úředníků, dále nejednotnost metodiky jednotlivých sociálních odborů městských úřadů, které vyplácí příspěvky na péči příjemci.

Státní dotace představují zásadní prostředky pro mnohé poskytovatele. Udělování dotací v jednoročních intervalech, však vystavuje poskytovatele existenční nejistotě. Dotace totiž nejsou právně vymahatelné a neexistuje ze zákona povinnost pro obce a kraje se na chodu neziskových organizací podílet. Dle analýzy situace v oblasti sociálních služeb společnosti SKOK: „ *V rozdělení dotací chybí systém. Nevhodné a netransparentní je také přidělování dotací z centrální úrovně. Tento systém byl současně poznamenán nejednotností hodnocení projektů ze strany krajů, chybějící metodikou a kritérii hodnocení. Přestože kraje neměly možnost přímého vstupu do vlastního rozhodnutí o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu, zaměstnanci krajských úřadů se však podíleli na hodnocení žádostí o dotaci a stanovování výše dotace, a to včetně žádostí podaných zařízeními krajů. V procesu hodnocení nebyli využiti externí odborníci, docházelo tak k jasnému střetu zájmů. Poskytovatelé nedostali jednoznačné vysvětlení a nevědí, proč se tak razantně snížily dotace od státu, proč případně neobdrželi dotaci vůbec, nebo čím se výše přidělené dotace řídila. Systém financování služeb se tak stal neprůhledným a nevyváženým.*“³⁹

Cenová regulace výše úhrad za služby je dalším sporným bodem zákona a předmětem mnoha diskusí. Nastavení výše cenových stropů se jeví podle vyjádření řady poskytovatelů jako nevyhovující. Například částka, která je doporučena zákonem na úhradu služby osobní asistence nebo pečovatelské služby činí až 85 Kč na

³⁸ viz. Zákon o sociálních službách č. 108/2006Sb.

³⁹ JABŮRKOVÁ, Milena, et al. *Od paragrafů k lidem: Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. 1. Praha: SKOK, 2007. 76 s. ISBN 978-80-239-9506-0, s. 56.

hodinu. Taková částka však nestačí k pokrytí mzdových prostředků na pracovníky v sociálních službách.

Průměrná mzda v sociálních službách se navzdory náročnosti práce a celkovému přínosu pro společnost pohybuje na velmi nízké úrovni, pokud ho srovnáme s celkovou průměrnou mzdou, zjistíme, že zdaleka nedosahuje její výše. Průměrný plat v sociálních službách je 14.000 Kč, což je téměř o třetinu méně než obecný průměrný plat. Tento fakt představuje problém především v souvislosti s hledáním dostatečně kvalitních a kvalifikovaných pracovních sil, protože přispívá k menšímu zájmu o uplatnění v této sféře.⁴⁰

Mezi nejzávažnější problémy ve financování dlouhodobé péče v sociálních službách je systém financování zdravotních pojišťoven. Tak jak popisuje Bruthansová: *„Poskytovatelům sociální péče hradí zdravotní pojišťovny na základě uzavřených smluv pouze část poskytované zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny, tak využívají nedostatečného definičního rozhraničení mezi zdravotní a sociální péčí. Vzhledem k tomu, že poskytovatelé jsou povinni svým klientům zdravotní péči zajistit, financují ji z běžných provozních (neinvestičních) nákladů“*.⁴¹

Příkladem neproplácení takových úkonů od zdravotních pojišťoven může být u ležících pacientů polohování nebo cvičení s pacientem na lůžku, jako preventivní výkon předcházející dekubitům, jejichž léčba je drahá a dlouhá., ale i léčebná rehabilitační péče jako klíčový faktor zmírňující průběh a následky post akutních stavů, přičemž úhrada z vlastních prostředků klientů je nepatrná.

2. 6 Mediální obraz seniorů

Senioři představují velmi různorodou věkovou skupinu, která se výrazně liší svými zájmy, vzděláním, sociálním statutem, ekonomickou a rodinnou situací, zdravím, funkční zdatností, životním postojem i samotným věkem.⁴²

V české společnosti je však podoba „typického seniora“ často negativní, ageistická. Vidovičová s Rabušicem popisují ageismus takto: „ *Ageismus*

⁴⁰ BALÁŽOVÁ, Jarmila. Český rozhlas 6: Služby pro zdravotně postižené v Evropě [online]. 2008 [cit. 2010-08-25]. Dostupné z WWW:< rozhlas.cz>.

⁴¹ BRUTHANSOVÁ, Daniela. Otázky financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních sociální péče. In *Teoretické a praktické aspekty veřejných financí : XIV. ročník mezinárodní odborné konference*. Praha : Oeconomica, 2009. s. 15. ISBN 978-80-245-1513-7, s.4.

⁴² Bydlení seniorů z pohledu lékaře: Senioři a jejich postavení ve společnosti. In KALVACH, Zdeněk. *Bydlení seniorů*. Praha: Diakonie ČCE, 2009. s. 71

*neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“.*⁴³

Převládají stereotypy, předsudky a tabuizace stáří. Stereotypizací se ve společnosti vytváří společný názor, že členové jiné skupiny jsou v nějakém ohledu všichni stejní. Mimořádnou a v České republice nejasnou a diskutabilní roli ve stereotypizaci stáří sehrávají média, a to zjednodušením, zúžením, minimalizací potřeb, problémů, horizontů života ve stáří. Samotní senioři tak mnohdy přijímají deformované představy o sobě samých. Jakoby se jim média neuměla vyhnout, stereotypy nemizí. Přičemž média mohou mít potřebnou edukativní funkci, najdou se však jen ty veřejnoprávní? V příloze č. 1 „Seniorské memorandum pro každého“ lze najít kampaň, která se snaží jít proti proudu zkreslených stereotypů.

Zkratkovitý mediální obraz seniora prezentovaný na základě libovolného předsudku vede k nepochopení jednotlivce, nerespektování jeho potřeb, pocitů, zkušeností, práv, ponižování, postupné degradaci osobnosti.

Haškovcová uvádí několik základních mýtů o stáří a seniorech:

Mýtus falešných představ – spokojenost seniora je podmíněna dostatečným materiálním zajištěním, obecně hmotným dostatkem. Splnění této podmínky má vést k dosažení spokojenosti seniora. *Mýtus zjednodušené demografie* – za starého člověka je považován již ten, kdo právě přestal pracovat a odešel do penze a tímto mu skončil život. *Mýtus homogeneity* – senioři vypadají všichni stejně a ztratili svou osobní identitu, mají stejné vlastnosti a potřeby. *Mýtus neužitečného času* – staří lidé nepracují, nejsou pro společnost přínosem, ale naopak přítěží, jsou tedy neužiteční. *Mýtus ignorace* – staří lidé jsou neužiteční, nemají žádnou hodnotu, cenu, jsou ekonomickou zátěží pro společnost. Nejsou pro ostatní partnerem k diskusi, není podstatný ani jejich názor. *Mýtus o arterioskleróze nebo o senilitě* – všichni staří lidé jsou sklerotičtí, nic si nepamatují, vždy přítomný projev stáří.⁴⁴

⁴³ VIDOVIČOVÁ, Lucie - RABUŠIC, Ladislav. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005. 54 s. Výzkumné zprávy, s. 5.

⁴⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2, s. 28-29.

Za posledních 25 let proti negativní stereotypizaci vznikaly koncepty aktivního stáří formulované Světovou zdravotnickou organizací, o kterých se podrobněji zmiňuje kapitola 5.1 Prevence disability – přijetí strategie aktivního stárnutí.

3. Nástroje podporující řízení kvality v dlouhodobé péči o seniory

Významným aktérem v řízení kvality dlouhodobé péče o seniory je stát. Na jeho politiky, strategické dokumenty a aktuální legislativu, která je ovlivněna Evropskou unií zaměřuji v první části této kapitoly pozornost. V České republice za posledních dvacet let prošel segment péče o seniory v praxi mnoha významnými změnami. Politika kvality sociální péče, respektive sociálních služeb řízená Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky má zaveden právní rámec, který zajišťuje kvalitu zejména registrací poskytovatelů, kontrolou ve formě státních inspekcí, kvalifikačními předpoklady a požadavky na vzdělávání pracovníků. Při implementaci národní politiky kvality sociální péče a zaváděním těchto instrumentů do praxe odehráli významnou úlohu kraje a jednotliví poskytovatelé služeb. Více v kapitole 3.3 *Legislativní nástroj – zákon o sociálních službách*.

Důležitými finančními nástroji podporující dlouhodobou péči o seniory v České republice jsou jednotlivé operační programy Evropské unie, které mohou posunout kvalitu na ještě vyšší úroveň. Jsou jimi například Integrovaný operační fond, program švýcarsko české spolupráce a další. Podrobněji viz kapitola 3.4 *Finanční nástroj – Evropské dotační tituly*.

Systémy standardizace nejsou jediným nástrojem k dosažení kvality. Dalšími strategickými modely jsou ty, které se využívají ve firemním prostředí, a mohou být důležitým prvkem pro soustavné zvyšování kvality i v organizacích poskytujících podporu seniorům, podrobněji v části 3.5 *Jiné strategické nástroje*.

3.1 Nástroje zdravotní politiky

Vláda si ve svém národním programovém prohlášení⁴⁵ stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života ve stáří. Politika kvality sociální péče je však v České republice oddělena od politiky zdravotní péče.

Politika ve zdravotní péči je do značné míry založena na bázi dobrovolnosti. Národní politika je určována pracovní skupinou Ministerstva zdravotnictví ke kvalitě ve zdravotnictví, která se věnuje standardizaci lékařských postupů, programům jakosti, klinické klasifikaci a dostupnosti péče na regionální úrovni. Významnou úlohu při tvorbě politiky v této oblasti hrají medicínské a profesní organizace. Nicméně je třeba akcentovat, že v národní politice kvality zdravotní péče není uplatňován žádný ucelený mechanismus, který by zahrnul široké spektrum poskytovatelů péče do vlastní tvorby politiky.⁴⁶

K nástrojům zdravotní politiky patří⁴⁷:

- **legislativa, právní dokumenty** (zákony a vyhlášky, které se týkají základních podmínek poskytování zdravotní péče, práv a povinností poskytovatelů, plátců i uživatelů zdravotní péče apod.);
- **financování zdravotní péče** (definování zdravotních výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, regulace rozsahu hrazené zdravotní péče stanovením péče standardní, na jejíž úhradu z veřejného zdravotního pojištění má nárok každý občan, a nadstandardní, kterou si hradí lidé z vlastních zdrojů, zavedení spoluúčasti pacientů například formou regulačních poplatků apod.);
- **tvorba sítě zdravotnických zařízení**, řízení zdravotnictví (udělování licencí a registrace zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče, koncentrace špičkové specializované zdravotní péče, vzdělávání a výzkumu do specializovaných center apod.);
- **vzdělávání zdravotnických pracovníků** (pregraduální a postgraduální);

⁴⁵ Viz *Národní program přípravy na stárnutí 2008 až 2012 : Kvalita života ve stáří*. 1. vyd. Praha: [s. n.], 2008. 54 s. Dostupný z WWW: <mpsv.cz>. ISBN 978-80-86878-65-2, str. 10; bod 1.8.

⁴⁶ MÁTL, Ondřej, JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: [s. n.], 2007. 178 s. ISBN 978-80-7262-499-7, s. 17.

⁴⁷ JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9, s. 118.

- **sběr informací a zacházení s nimi** (Národní zdravotnický informační systém, Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR);
- **podpora vědy a výzkumu** (Interní grantová agentura – IGA MZ ČR, Grantová agentura České republiky – GA ČR);
- **léková politika** (regulace cen léků, kontrola a transparentnost průběhu tvorby cen léků).

Z uvedených nástrojů zdravotní politiky se zaměřím na současné možnosti vzdělávání zdravotnických pracovníků v pregraduálním a postgraduálním stupni v kontextu dlouhodobé péče.

Výchova lékařských odborníků kvalifikovaných pro specifickou problematiku postakutní a dlouhodobé péče je požadavkem vyplývajícím z mnoha dokumentů zdravotní politiky. V České republice existuje obor geriatrické již od roku 1983 a v současné době u nás jsou dvě stovky kvalifikovaných geriatrů, tento počet však zdaleka nepokrývá potřebu zajistit odbornou péči na geriatrických odděleních a v ambulancích, v léčebnách dlouhodobě nemocných a na odděleních následné péče. Proto jsme se opakovaně setkávali v rámci výběrových řízení na lůžka následné péče a léčebny pro dlouhodobě nemocné, kdy zařízení nedisponovalo žádným geriatrickým.⁴⁸

Aktuálně otevřel Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) nový obor pro lékaře se specializovanou způsobilostí z většiny klinických odvětví s názvem „Medicína dlouhodobé péče“, který zahrnuje kromě specifík chronických onemocnění dospělého věku a vědomostí z gerontologie a geriatrické, také potřebné přístupy kvality péče, manažerské dovednosti, které se dají následně aplikovat na odděleních následné péče, v dlouhodobé péči i v komunitních službách. Zájemci o tuto rekvalifikaci v oboru nebo pracoviště se zájmem o akreditaci⁴⁹ mohou získat podporu z evropských fondů.

3.2 Strategické dokumenty z oblasti dlouhodobé péče o seniory v ČR

⁴⁸ HOLMEROVÁ, Iva. Péče o seniory a nový obor "Medicína dlouhodobé péče". *Lékařské listy*. 2010, 2010, 18, s. 8, ISSN 1214-7664.

⁴⁹ Dle IPVZ k lednu 2011 jsou takto akreditovány jen 2 instituce a to ve Středočeském kraji.

Poskytovatelé dlouhodobé péče, zavádějící systémy řízení kvality se mohou opřít o celou řadu dostupných dokumentů, ať už to jsou právní předpisy, politiky institucí veřejné správy či metodické manuály.

Vedle těchto zdrojů, které existují především v písemné podobě, se v České republice podporou zavádění kvality věnují Rada MZČR pro kvalitu ve zdravotnictví, Rada MZ pro akreditaci zdravotnických zařízení, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, Národní rada pro ošetrovatelské standardy, z občanských sdružení například SKOK apod.

Čáslava však argumentuje, že: „*Neexistuje státní informační politika – kampaň za kvalitu služeb na centrální úrovni. Poskytovatelé tak nemají rovný přístup k informacím, ale i ke kvalitnímu akreditovanému vzdělávání.*”⁵⁰

Tabulka č. 3. – **Příklady dokumentů podporujících řízení kvality v péči o seniory**

Typ	Příklad nástroje
Legislativa	- Zákon č.108/2006 o sociálních službách (§97 a následující) - Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách
Politiky	- Národní politika podpory jakosti ČR - Strategie podpory dostupnosti a kvality veřejných služeb - Národní program přípravy na stárnutí pro období 2003-2007 - Národní program přípravy na stárnutí pro období let 2008-2012 - Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004-2006 - Program zdraví 21 - Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009: Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví - Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v ČR - Bílá kniha o sociálních službách - Koncepce celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků a výchovy k lidským právům - Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti - Podpora poskytovatelům sociálních služeb v odstraňování prostředků omezujících pohyb uživatelů, vzdělávání průvodců dobrou praxí

⁵⁰ ČÁSLAVA, Pavel. *Zpráva o výsledcích ankety mezi členy AÚSP k tématu zvyšování kvality sociálních služeb*. Sokolov: Asociace ústavů sociální péče, 2003.

Metodiky	- Hodnocení kvality služeb poskytovaných v ústavech přímo řízených MPSV (ve spolupráci s Národním vzdělávacím fondem) - Hodnocení kvality služeb poskytovaných v komplexu služeb chráněného bydlení (ve spolupráci s NVF) - Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele - Audit pro sebehodnocení – k posouzení naplně plnění národních standardů kvality
----------	--

Zdroj: MÁTL, Ondřej, JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: [s. n.], 2007. 178 s. ISBN 978-80-7262-499-7.

Politiky představují především teoretická východiska a podporu při implementaci jednotlivých nástrojů řízení kvality.

3.3 Legislativní nástroj - zákon o sociálních službách

Smysl zákona

Zákon má napomoci tomu, aby sociální služby byly bezpečné, poskytovaly znevýhodněným osobám dostatečnou ochranu, byly dostupné a především pomáhaly těm, kdo je užívají, aby dosáhli nezávislosti a dokázali využít běžných příležitostí, které nám život v naší společnosti nabízí. Nástroje, které k těmto cílům využívá, jsou: plánování služeb proto, aby služby byly dostupné; registrace, povinnost poskytovatelů projít inspekcemi k zajištění kvality služeb a ochrany práv uživatelů; příspěvek na péči k posílení postavení některých starších občanů a občanů se zdravotním pojištěním; dotace jako finanční podpora pro rozvoj služeb.⁵¹

Kvalita sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb je novým prvkem, který zákon 108/2006 Sb. zavádí. Reaguje tím na politiku jakosti, která je již zavedena ve většině oborů, a na potřebu jej zavést v oblasti poskytování sociálních služeb. Za kvalitní služby lze

⁵¹ JABŮRKOVÁ, Milena, et al. *Od paragrafů k lidem: Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. 1. Praha: SKOK, 2007. 76 s. ISBN 978-80-239-9506-0, s. 69.

považovat ty, které pomáhají uživatelům žít běžným životem (inkluzivní), naplňovat jejich vlastní cíle (individualizované) a chránit jejich práva a zájmy (bezpečné).

Mezi současné nástroje, které zajišťují kvalitu sociálních služeb, patří registrace poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb a odborná způsobilost pracovníků v sociálních službách.

Každý poskytovatel sociálních služeb, kromě zdravotnických zařízení, která poskytují sociální služby, se musí registrovat na příslušném krajském úřadě, který spolu s MPSV zřizuje elektronický veřejně přístupný registr. Zákon stanoví podmínky **registrace**, mezi které například patří: prokázání bezúhonnosti a odborné způsobilosti pracovníků v sociálních službách, zajištění hygienických podmínek, vlastnické nebo jiné právo k objektu, zajištění materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb a další.

Od doby, kdy byly vytvořeny **standardy kvality sociálních služeb** je rozvoj kvality podporován nejen u poskytovatelů sociálních služeb, ale také na úrovni zřizovatelů a zastřešujících organizací, například Diakonie ČCE, Charita a další. Samotné Ministerstvo práce a sociálních věcí realizovalo řadu projektů, které přispěly k rozvoji kvality, a také byla vyhlášena řada dotačních programů, jejímž příkladem jsou dnes projekty ve spolupráci s Evropským sociálním fondem (dále ESF). Samotné standardy kvality sociálních služeb se staly jedním z hlavních výstupů projektu, který MPSV realizovalo s Velkou Británií v letech 2000 až 2002, a spolu se standardy začalo připravovat i jejich kontrolní systém, tzv. inspekci. V letech 2004 až 2005 MPSV pokračovalo ve vyškolení odborníků – inspektorů kvality sociálních služeb a realizovalo na vlastní žádost poskytovatelů přípravné inspekce. Standardy kvality a jejich kritéria jako příloha vyhlášky č. 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách se staly závazným pravidlem pro všechny poskytovatele sociálních služeb.

Při plošném celonárodním použití je možné porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb a poskytovatelů se stejným druhem sociální služby. Kromě možností srovnání sociální standardy by měli garantovat úroveň a kvalitu poskytované služby. Standardy jsou rozděleny do tří základních kategorií:

- **procedurální standardy** – vymezují poskytovatelům přesný rámec kvality sociálních služeb a vytvářejí uživatelům podmínky k zajištění ochrany jejich práv;
- **personální standardy** – stanovují podmínky pro personální obsazení sociálních služeb;

- **provozní standardy** – ustanovují podmínky poskytování služeb a určují situace k rozvoji kvality sociálních služeb.

Každý poskytovatel sociálních služeb by měl mít ve svých standardech dle platné legislativy zakotveny tyto kritéria:

- cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- ochrana práv osob
- jednání se zájemcem o službu
- smlouva o poskytování sociální služby
- individuální plánování průběhu sociální služby
- dokumentace o poskytování sociální služby
- stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- personální a organizační zajištění sociální služby
- profesní rozvoj zaměstnanců
- místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- informovanost o poskytované sociální službě
- prostředí a podmínky
- nouzové a havarijní situace
- zvyšování kvality sociální služby

Stát si ponechal dohled nad kvalitou a jejím naplňováním a tím i roli garanta nad ochranou práv uživatelů sociálních služeb a nad profesní úrovní pracovníků. Inspekce realizované podle zákona o sociálních službách již nejsou nástrojem podpory zavádění standardů kvality, ale plní funkci státní kontroly. Podpora rozvoje kvality sociálních služeb prostřednictvím zavádění standardů kvality je a zůstává soustavným procesem, který na cestě k cíli vyžaduje aktivní nasazení všech aktérů. Při plošném celonárodním použití je možné porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb a poskytovatelů se stejným druhem sociální služby.

Zákon upravuje jednotlivé činnosti a **podmínky odborné způsobilosti pracovníků** a stanovuje také **povinnost dalšího vzdělávání**. Dle důvodové zprávy má tato právní úprava „*umožnit kontrolu kvality vzdělávacích programů sociálních pracovníků, posílit přiměřenost jejich obsahu a tím splnit očekávání, která pro*

*sociální práci plynou ze standardů veřejných služeb obvyklých v Evropské unii. Činnost sociálních pracovníků má směřovat k předcházení sociálnímu vyloučení a k začleňování znevýhodněných a zranitelných skupin obyvatel do společnosti“.*⁵²

Efektivita a financování sociálních služeb

Je zřejmé, že při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb je nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivnosti služeb sociální péče, jiné pohledy na služby sociální prevence i na poradenské služby. Současně je nutno mít na zřeteli, že jiná hlediska je nutno uplatňovat při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska při hodnocení efektivnosti uplatňují i klienti jako uživatelé sociální služeb.⁵³

Financování sociálních služeb je možné z různých zdrojů, jako například státní rozpočet, rozpočty zřizovatelů, platby klientů, příjmy a dary. Evropské sociální fondy se podílejí na strategickém plánování, vzdělávání a některých službách. Příspěvek na péči se stal důležitým finančním nástrojem, a to jak pro profesionální služby, tak i pro rodinné příslušníky pečující o své blízké. Tento příspěvek však vyžaduje více finančních prostředků, než se předpokládalo a lze jej snadno použít mimo systém sociálních služeb, takže poskytovatelům je vypláceno méně peněžních prostředků. V horší finanční situaci se nachází především ambulantní služby, nedošlo k odpovídajícímu snížení ústavní péče a zvýšení rodinné péče. Nově přijatá změna má omezit příspěvek pouze na skutečné pořízení sociální služby, stále je potřeba zvýšit podporu neformálních pečovatelů a programů aktivního stárnutí a dále prohlubovat koordinaci zdravotní a sociální péče.⁵⁴

⁵² Důvodová zpráva k zákonu č.108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, str. 8

⁵³ MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. s. 48 ISBN 978-80-87007-72-3.

⁵⁴ PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. 1.* Praha: Výkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6, str. 190.

3.4 Finanční nástroj - Evropské dotační tituly

Dalšími nástroji podporující řízení kvality a rozvoj v dlouhodobé péči o seniory patří strukturální fondy Evropské unie na období let 2007-2013 pro oblast zdravotnictví, kde jednotlivé subjekty mají možnost získat nemalé finanční zdroje pro rozvoj kvality poskytované péče. Představím zde vybrané operační programy, které souvisí s pojetím dlouhodobé péče o seniory a byly již uzavřeny nebo teprve budou zahájeny.

3.4.1 Integrovaný operační program

Integrovaný operační program (dále jen IOP) má rozsáhlou strukturu. Zprostředkujícími subjekty jsou Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo kultury, Centrum pro regionální rozvoj. IOP je realizován prostřednictvím devíti prioritních os a umožňuje podporu v regionech spadajících do cíle Konvergence⁵⁵ (KONV).

Zaměřím se na prioritní osu 3 s názvem **Zvýšení kvality a dostupnosti veřejných služeb** a oblast intervence **3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví**, která zahrnuje kontext řízení kvality v dlouhodobé péči o seniory. Globálním cílem je zajištění dostupnosti a kvality standardizované zdravotní péče včetně rozvoje efektivního systému prevence rizik a modernizace procesů řízení kvality a nákladovosti v systému poskytování služeb veřejného zdraví.

Příjemci podpory:⁵⁶

- organizační složky státu a jimi zřizované příspěvkové organizace (Ministerstvo zdravotnictví a jím zřizované příspěvkové organizace),
- organizace zřizované a zakládané kraji a obcemi (zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů),

⁵⁵ Do cíle Konvergence (KONV) spadá v ČR sedm regionů NUTS 2: Střední Čechy, Jihozápad, Severozápad, Severovýchod, Jihovýchod, Střední Morava a Moravskoslezsko. Do cíle Konvergence nespadá v ČR jediný region – Praha, který je zařazen pod cíl Regionální konkurenceschopnost a zaměstnanost-

⁵⁶ *Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s., str. 115.

- nestátní neziskové organizace (obecně prospěšné společnosti podle zákona č.248/1995 Sb. o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů, občanská sdružení podle zákona č.83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů, a církevní právnické osoby podle zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech, ve znění pozdějších předpisů),
- fyzické a právnické osoby poskytující veřejnou službu v oblasti zdravotní péče podle zákona č. 20/1996 Sb., ve znění pozdějších předpisů, anebo zákona č.258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Indikátorům výstupů, výsledků a jejich kvantifikace v rámci prioritní osy „Služby v oblasti veřejného zdraví“ se bude věnovat kapitola 4.1.2 Indikátory Evropského integračního fondu.

Tabulka č. 4. – Podporované aktivity/operace v rámci IOP – oblast intervence 3.2. Služby v oblasti veřejného zdraví

3.2.b) <i>Systémová opatření v oblasti prevence zdravotních rizik obyvatelstva a prevence sociálního vyloučení osob znevýhodněných jejich zdravotním stavem nebo věkem</i> 7 výzva 3.2.b) - 1 Rozvoj celonárodního, plošného systému implementace a koordinace primární prevence zdravotních rizik a trvalých poškození zdraví v důsledku neinfekčních invalidizujících chronických onemocnění, s návazností v projektech realizovaných v rámci regionálních operačních programů, včetně projektů strategie Zdraví 21. 7 výzva 3.2.b) - 2 Modernizace a inovace stávající infrastruktury zdravotnických zařízení (zdravotnické prostředky a technické zázemí) pro sekundární prevenci a dočasně nebo trvale zdravotně postižené a chronicky nemocné osoby včetně zvýšení kvality systému následné a dlouhodobé péče (ucelený systém pro rehabilitaci a rekondici v rámci zdravotnických zařízení MZ ČR) s cílem minimalizace následků akutních poškození zdraví.
Termín výzvy: duben/květen 2010 Alokovaná částka: 650 mil.

3.2.c) Řízení kvality a nákladovosti systému veřejného zdraví (inovativní zařízení pro měření, hodnocení kvality a nákladovosti péče)

6. Výzva – 3.2.c) zařízení pro měření, hodnocení kvality a nákladovosti péče), zajištění racionálního využívání vynaložených prostředků v systému veřejného zdraví a zvýšení kvality poskytované péče a nástroje sledování efektivity řízení zdravotnických zařízení. Podpora zahrne projekty zaměřené na zavádění procesů hodnocení zdravotnických intervencí „Health Technology Assessment“ (HTA) v rámci sítě zdravotnických zařízení a projekty zaměřené na efektivitu a standardy řízení zdravotnických zařízení. Projekty modernizace infrastruktury pracovišť pro vyhodnocování zdravotnických intervencí (kvalita a nákladovost zdravotní péče). Projekty zajištění „know-how“, patentů, licencí pro pracoviště zaměřené na vyhodnocování zdravotnických intervencí (kvalita a nákladovost zdravotní péče) a projekty k zajištění implementace nejlepších zkušeností „best practices“ a inovativních metod do praxe (výstupy výzkumu a vývoje, pilotní studie a projekty) v oblasti hodnocení zdravotnických intervencí.

Termín výzvy: 15. 2. 2010 – 2. 4. 2010

Alokovaná částka: 250mil. Kč

Zdroj: MZ ČR, *Podpora zdraví v projektech EU, Strukturální fondy ve zdravotnictví*, Seminář 8. 12. 2010 Státní zdravotní ústav.

Bilance IOP, oblasti podpory 3.2

Dle informací Ministerstva zdravotnictví z prosince 2010 je celková alokace oblasti intervence 3.2. Služby v oblasti veřejného zdraví - 6,46 mld. Kč (zdroje EU) a celkem bylo podpořeno 109 projektů v rozsahu 5,5 mld. Kč včetně dofinancování.

3.4.2 Program švýcarsko české spolupráce 2007 - 2012

Dle rámcové dohody, která byla podepsána mezi ČR a Švýcarskem v roce 2007 bude minimálně 40% celkové alokace určeno do prioritních regionů –

Moravskoslezského, Olomouckého, Zlínského kraje, zbytek alokace je určeno pro ostatní kraje ČR. Program obsahuje čtyři možnosti financování:

- bezpečnost, stabilita a podpora reforem
- životní prostředí a infrastruktura
- podpora soukromého sektoru
- rozvoj lidských zdrojů a sociální rozvoj

Jedním ze zprostředkujících subjektů tohoto programu je i Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Kontextu dlouhodobé péče o seniory, a souvisejícího vzdělávání se nejvíce týká prioritní oblast „rozvoj lidských zdrojů a sociální rozvoj“ a „životní prostředí a infrastruktura“, která definuje oblast podpory pod názvem „**Zdraví**“. Patří sem například modernizace nemocnic, reforma systému zdravotního pojištění, preventivní měření, výzkum a rozvoj a další.

Cíl oblasti podpory Zdraví: „*Posílit primární a sekundární zdravotní péči na regionální a národní úrovni se zvláštním důrazem na seniory, handicapované a znevýhodněné občany*“.⁵⁷

Tabulka č. 5 – **Oblasti podpory programu švýcarsko české spolupráce**

Operační program	Oblasti podpory
Program švýcarsko české spolupráce	1) Modernizace a obnova infrastruktury potřebné k zajištění dostupnosti a kvality péče o osoby dlouhodobě nemocné, v oblasti paliativní a geriatrické péče. 2) Modernizace a obnova terapeutických zdravotnických prostředků včetně vybudování technického zázemí pro jejich instalaci a používání za účelem podpory rozvoje domácí ošetrovatelské péče. 3) Podpora institucionálního zajištění NNO v ČR v oblasti zdravotní dlouhodobé péče o nemocné a umírající. 4) Podpora udržitelnosti zdravotních systémů na národní a regionální úrovni.
Předpokládané zahájení realizace programu – první ½ roku 2011 Příspěvek Švýcarska 11,8 mil CHF (cca 200mil Kč)	

Zdroj: MZ ČR, *Podpora zdraví v projektech EU, Strukturální fondy ve zdravotnictví*, Seminář 8. 12. 2010 Státní zdravotní ústav.

⁵⁷ *Koncepční rámec programu švýcarsko české spolupráce*, MF ČR 2009, s. 9.

V gesci MPSV je oblast „Bezpečnost, stabilita a podpora reforem“, která v sobě zahrnuje cíl: „Zavádění nových metod sociální práce se seniory a nových metod přímé práce se seniory, zlepšování kvality v oblasti poskytování sociálních služeb na základě zákona č. 108/2006Sb, o sociálních službách“.⁵⁸

3.5 Jiné strategické nástroje

Existuje několik modelů, strategií a technik jak řídit kvalitu v systému dlouhodobé péče. Zaměřím se jen na nejvíce známé a používané modely, které se uplatňují v praxi, zejména ve firemním prostředí, a které lze implementovat i do koncepce sociálních služeb a zdravotní péče. Mezi ně patří:

- Supervize;
- Systém managementu jakosti ISO 9000;
- Total quality management (TQM);
- E-Qalin;
- Controlling;
- Balanced ScoreCard;
- Benchmarking;
- Complaints management.

Supervize

Supervize je vhodným prostředkem k získání zpětné vazby nejen v oblasti kvality a úrovně péče, ale vede k soustavnému zlepšování kvality. Supervize se člení podle různých kritérií. Nejčastěji na interní a externí, individuální, skupinové a týmové, krátkodobé a dlouhodobé. Podle zaměření pak na supervize případové, poradenské, programové. Dále se dělí na administrativní, výukové a podpůrné. Supervizi by měl objednávat management organizace, a to po dohodě s pracovníky konkrétního pracoviště, aby byli připraveni na aktivní interakci. Úspěch je však

⁵⁸ Koncepční rámec programu švýcarsko české spolupráce, MF ČR 2009, s. 5.

podmíněn pravidelnou účastí všech členů skupiny a dodržováním dohodnutých opatření, ochotou řešit problémy, upřímností, asertivitou. Průběh supervize vede specializovaný odborník, který anonymně pracuje se skupinou nebo jednotlivci na řešení problému a podává informaci o výsledku supervize managementu organizace pouze rámcově. Odborně realizovaná supervize a aktivní zapojení všech aktérů zvyšuje celkovou kvalitu poskytovaných služeb.

Systém managementu jakosti ISO 9000

Systém managementu jakosti ISO 9000 patří k nejvíce známým a úspěšným standardům a stal se respektovanou mezinárodní uznávanou normou. Přestože zásady pro řízení jakosti uvedené v aktualizovaných normách ISO 9001:2000 jsou aplikovány zejména v průmyslu a souvisejících službách, je možné základní principy a pravidla orientovat i do oblasti poskytování sociálních a zdravotních služeb. Nosným znakem norem ISO je skutečnost, že důsledně vycházejí z analýzy všech procesů, u kterých pak definují indikátory kvality. Termín „jakost“ je užíván spíše v souvislosti s výrobky, pro procesy v oblasti služeb je vhodnější užívat termínu „kvalita“. V systému zdravotnictví a jednotlivých nemocnic je řízení kvality prováděno v návaznosti na požadavky systému managementu kvality dle normy ISO a nových akreditačních standardů SAK ČR⁵⁹. V systému sociálních služeb je systematické zavádění kvality managementu, tak jak je známa v ostatních evropských zemích pod aktuální revidovanou verzí EN ISO 9001:2008 teprve na začátku.

Total quality management (TQM)

Total quality management (TQM) je manažerský přístup určený pro organizaci, soustředěný na kvalitu, založený na zapojení všech jejích členů a zaměřený na dlouhodobý úspěch dosahovaný prostřednictvím uspokojení zákazníka a prospěšnosti pro všechny členy organizace i společnost.⁶⁰

TQM modul je označován za komplexní systém řízení kvality, technika, která klade důraz na řízení kvality ve všech dimenzích života organizace. Překračuje

⁵⁹ SAK ČR – Spojená akreditační komise, o.p.s. – jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Více informací na <http://www.sakcr.cz/cz/>

⁶⁰ Zdroj: ISO – International Organization for Standardization

tak rámec řízení kvality a stává se metodou strategického řízení a manažerskou filosofií pro veškeré konání organizace. Japonské pojetí zahrnuje čtyři základní principy: *Kaizen* – idea, že je nutné kontinuálně zlepšovat procesy, jasně je popsat, změřit a zajistit jejich opakovatelnost; *Altarimae Hinshitsu* – idea, že věci budou fungovat, tak jak se předpokládá; *Kansei* – idea, že zkoumání, jak zákazník používá produkt, vede ke zlepšení produktu; *Myriokuteki Hinshitsu* – idea, že věci musí mít estetickou kvalitu. V ČR a celé Evropě je pojetí v podobě dosažení shody s požadavky ISO 9000 a postupným rozšířením o některé prvky TQM.

E-Qalin

E-Qalin je model měření a zvyšování kvality, který byl vyvinut speciálně pro oblast sociálních služeb – konkrétně pro domovy pro seniory. Je takto jediným existujícím modelem měření kvality, který je orientován pouze na úzký a specifický segment sociálních služeb. Model E-Qalin je založen na 3 pilířích: procesy, struktury a výsledky. Poskytovatel si sám definuje, jaká kritéria jsou pro něj důležitá a jaké bude hodnotit.⁶¹

Výhradním vlastníkem a dodavatelem metody řízení a měření kvality je společnost E-Qalin GmbH v Rakousku. Pro získání a implementaci této metody v českých podmínkách, je nutné, splnit podmínky stanovené kooperační smlouvou uzavřenou mezi E-Qalin GmbH a Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Controlling

Controlling je nástrojem řízení v organizaci, který slouží řídicím pracovníkům pro zvyšování efektivnosti jejich rozhodování. Jedná se ve své podstatě o informační systém, nikoli metodu řízení a rozhodování. Hlavním úkolem controllingu je integrovat nejrůznější dílčí informace z účetnictví, z normativní základny organizace do formy komplexních informací a ukazatelů, nutných pro ekonomicko-strategické rozhodování firmy.

⁶¹ Zdroj: Evropský sociální fond v ČR

Balanced Scorecard

Balanced Scorecard propojuje veškeré aktivity firmy se strategií. Vize a strategie firmy jsou převedeny do souboru měřítek výkonnosti, který tvoří rámec pro posuzování jejich kvality. Zároveň slouží i k objasnění strategie. Vztahuje se k cílům a sleduje tak výkonnost organizace ze čtyř perspektiv: finanční, zákaznické, interních procesů, učení se a růstu.⁶²

Pro každou ze čtyř perspektiv určuje management organizace tzv. klíčové faktory úspěchu, které tvoří strategickou mapu. Česky bývá tato metodika označována někdy také jako „systém vyvážených ukazatelů“.

Benchmarking

Benchmarking znamená učit se a zlepšovat oddělení nebo zařízení tím, že si legálně vypůjčíme to nejlepší od těch nejlepších a adaptujeme, přizpůsobujeme a dále zlepšujeme jejich vyzkoušené metody, nástroje, inovace a nápady.⁶³

Benchmarking je proces, který není jen pouhým jednoduchým měřením a porovnáváním údajů, kopírováním konkurence, reengineeringem v podnikovém prostředí.

Pro praktické využití doporučuje Horecký dodržet správný postup:⁶⁴

1. Poznejte důkladně svoji pozici na trhu, svoji činnost, sebe, své přednosti i slabiny a usilujte o jejich kvantifikaci.
2. Sledujte, jak si vede jiný poskytovatel (jak konkrétně dosahuje svých výsledků a jaké má on přednosti a slabiny). Srovnávejte se jen s těmi nejlepšími!
3. Na základě zjištěných informací definujte faktory úspěchu – převezměte vhodným způsobem (napodobením, modifikací) to nejlepší od svých konkurentů.
4. Získejte převahu – napravte své nedostatky a využijte své přednosti. Tento postup neustále opakujte. Nikdy nebuďte spokojeni s dosaženými výsledky a neustále se zdokonalujte.

⁶² ŠMÍDA, F. *Strategie v podnikové praxi*. 1. Praha: Professional Publishing, 2003. 219 s. ISBN 80-8641-939-8, s. 63.

⁶³ ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7142-841-1, s. 86.

⁶⁴ HORECKÝ, J. *Marketing sociálních služeb*. [online]. [cit:2011-01-30]. Dostupné z http://www.horecky.cz/download/clanky/marketing_socialnich_sluzeb.pdf

Stížnosti – complaints management

Stížnosti jsou dalším prostředkem k získání zpětné vazby a k následnému zvyšování kvality. Vhodné je stížnosti pro přehlednost tematicky segmentovat a v přiměřeném termínu vyřizovat. Jednotlivé oblasti a předměty stížností by měly být dále monitorovány a prověřovány, zda se neopakují či nedochází k jiným chybám. Stížnost může podat uživatel, zákonný zástupce, rodinní příslušníci, kterýkoliv občan, a to ústně, písemně, elektronicky, anonymně.

Poskytovatel dle standardů kvality sociálních služeb⁶⁵ musí mít v některém dokumentu vnitřní pravidlo pro zaměstnance, kde jsou přesně popsány všechny náležitosti související s efektivním vyřizováním podané žádosti. Pro řízení kvality v instituci je vhodné vyhodnocovat stížnosti minimálně jedenkrát ročně. Vyhodnocení obsahuje analýzu stížností, přehled o přijatých podáních a způsobech jejího řešení. Výstupem jsou upozornění na nejzávažnější případy a označení systémových rizik, s kterými management dále pracuje pro kontinuální zvyšování kvality.

4. Měřítko kvalitní péče

Kvalita se měří plněním indikátorů. V této kapitole jsou v souvislosti s dlouhodobou péčí o seniory uvedeny vybrané indikátory, které pokud jsou v jednotlivých systémech zdravotní péče a sociálních služeb naplňovány, měly by dle mezinárodních norem určovat kvalitní koncepci služeb a péče.

V rámci evropských operačních programů například Evropského sociálního fondu (dále jen ESF) nebo na základě jednotlivých národních programů jsou schváleny seznamy monitorovacích indikátorů (ukazatelů), které si žadatelé vybírají pro naplnění projektu. Tím se aktéři projektu zavazují, že zajistí potřebnou efektivitu a kvalitu daného programu. Důležité je však odpovědně volit hodnotu indikátoru, tak aby byla zajištěna splnitelnost, kvalita a výsledné naplnění závazku.

⁶⁵ Viz standard 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Zajištění kvality péče je jedna ze základních součástí moderní zdravotní a dlouhodobé péče, pomocí níž se snaží členské státy zlepšit efektivnost výdajů, užívání moderních technologií a zajištění bezpečnosti zaměstnanců i pacientů. Kvalita zdravotní péče v EU se posuzuje také podle účinnosti preventivních programů, jako jsou vakcinace a screening maligních onemocnění. Ve všech členských zemích EU je zdarma poskytované očkování proti obrně, záškrtu, černému kašli a tetanu. Dalším měřítkem kvalitní péče v EU je screening rakoviny děložního čípku, prsu či jiných maligních onemocnění, které lze při včasné diagnostice úspěšně léčit. Mezi ukazatele kvalitní zdravotnické péče patří nejen pre- a postnatální péče, ale také bezpečnost pacientů v institucích.⁶⁶

Úloha managementu při zlepšování kvality

Pro iniciaci a řízení systému soustavného zlepšování kvality v instituci mají zásadní význam vrcholoví manažeři, ale také pracovníci, kteří významně ovlivňují strukturní prvky péče. Rozhodující úlohu pro zlepšující se chod a funkčnost jednotlivých oddělení a pro řízení kvality na těchto pracovištích mají vedoucí pracovníci a jejich kvalifikační a osobnostní úroveň. Jsou jimi lékaři, staniční sestry, sociální pracovníci a ostatní zdravotničtí pracovníci těch pracovišť, kteří jsou v přímé péči s pacienty, klienty. Jejich nezastupitelným úkolem je šířit participaci na programech soustavného zlepšování kvality na všech pracovištích. Je třeba v každém případě počítat s tím, že jak management, tak vysoce odborní pracovníci budou implementovat systémy kvality jen tehdy, jestliže to bude zvyšovat nebo přinejmenším udržovat jejich zájmy a moc v institucích.

Nikdy nebude dost slov k vyjádření, jak důležitá je angažovanost vrcholového vedení instituce pro úspěch implementace a řízení kvality. Management musí být tím, kdo otvírá dveře příležitostem, upravuje způsoby intervence a koordinuje použití zdrojů. Management také obvykle činí konečná rozhodnutí a musí vyjadřovat hluboké vnitřní přesvědčení o správnosti zamýšlených změn. Ovšem účinná angažovanost je nemožná bez dokonalého porozumění, v čem je třeba se angažovat. Angažovanost vedoucích pracovníků se také zvyšuje jen tehdy, přináší-li

⁶⁶ PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.

implementace řízení kvality skutečné výsledky. Proto musí být implementace zvyšování kvality založena na validních informacích a vedena dosaženými výsledky.⁶⁷

I v případě, že různí aktéři sdílí společnou definici a samotný cíl řízení kvality, názory a způsoby, jak tohoto cíle dosáhnout, se mohou velmi lišit. Lidé, kteří o kvalitě rozhodují, mají různé životní zkušenosti, jiné odborné kompetence, názory a také často odlišné priority. Existují tak rozdílné přístupy ke kvalitě z pohledu pracovníků sociální péče a z pohledu zdravotnického personálu. Z těchto důvodů je zapotřebí velkého množství vyjednávání a kompromisů při definování cílů řízení kvality i při stanovování vlastních nástrojů. Překážkou úspěšného zavádění systémů kvality služeb je také často nerespektování potřeby postupného přijímání procesu změny všemi partnery, od uživatelů a jejich rodin počínaje, přes pracovníky přímé péče, vedoucí pracovníky, až po zástupce zřizovatele.⁶⁸

4.1 Indikátory kvality dlouhodobé péče

Indikátor je "signál", kterého se užívá ke srovnání rozdílů numerických dat za určitou dobu nebo mezi několika místy. Indikátory se užívají k hodnocení, monitorování a porovnávání kvality. Indikátory se mohou týkat struktury (kvalifikace sester), procesu (úroveň zdravotnické dokumentace) nebo výsledků (mobilita při propuštění při porovnání s přijetím).⁶⁹

OECD vymezuje dimenze a aspekty kvality dlouhodobé péče pomocí indikátorů takto:⁷⁰

Ukazatele struktury

- kvalita a bezpečnost budov, požární bezpečnost, sanita;
- příjemné prostředí;
- velikost pokojů;
- počet a kvalifikace personálu;

⁶⁷ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. 384 s. ISBN 80-7226-996-8, str. 330.

⁶⁸ MÁTL, Ondřej, JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: [s. n.], 2007. 178 s. ISBN 978-80-7262-499-7, str. 20.

⁶⁹ Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, slovníček pojmů

⁷⁰ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Ukazatele procesů

- způsoby ochrany práv klientů/pacientů;
- fungující mechanismy přijetí, překladu, propuštění;
- postupy posuzování potřeb a plánování péče;
- dostupnost služeb potřebných k dosažení optimálního funkčního stavu;
- nepřetržitá dostupnost kvalifikovaného personálu;
- kvalitní strava;
- dostupnost dalších služeb (rehabilitace, farmaceutická péče, hygienický dohled);
- adekvátní dokumentace o péči a klinické záznamy;
- orgán, který dohlíží v zařízení nad kvalitou péče;

Ukazatele výstupů

- prevalence proleženin, incidence nových proleženin;
- prevalence malnutrice, dehydratace, adekvátnost používání enterální výživy (sondy);
- udržování soběstačnosti v ADL a IADL;

4. 1. 1 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Úroveň kvality ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k pacientům a organizaci práce ošetrovatelského personálu průběžně hodnotíme a analyzujeme pomocí indikátorů kvality. Jedním ze systémů hodnocení kvality péče je hodnocení podle Donabediana. Tento systém zjišťuje kvalitu ve třech oblastech. Jednak je to oblast strukturální (počet personálu, kvalifikační struktura, vybavení pomůckami a přístroji), oblast procesuální (provozní a hygienický režim, diagnostické, léčebné a ošetrovatelské výkony) a v poslední řadě oblast hodnocení kvality péče zaměřená na výsledek. V oblasti výsledku se jedná například o statistiku incidence a prevalence dekubitů, managementu bolesti, výskytu nozokomiálních nákaz, incidenci pádů, spokojenosti klientů a zaměstnanců.⁷¹

Sledování indikátoru bezpečí pacienta a jeho porovnávání s jinými zdravotnickými zařízeními lze považovat za velmi účinný nástroj ke zjištění kvality

⁷¹ CHARVÁTOVÁ, P., aj., Pád pacienta jako indikátor kvality péče, *Lékařské listy*, 2004, č. 4, s. 21-25.

služeb ve zdravotnickém zařízení. S ohledem například na prevenci pádů je velmi důležité včas identifikovat rizikového pacienta a co nejdříve naplánovat preventivní opatření tak, aby k mimořádné události buď vůbec nedošlo, nebo abychom alespoň minimalizovali její následky.⁷²

4. 1. 2 Indikátory evropského integračního fondu

V souvislosti s projektovým managementem jsou indikátory rozděleny do třech skupin:

- **výstupy** – jedná se o přehled činností realizovaných v projektu, počet cílových skupin nebo počet zapojených subjektů v projektu;
- **výsledky** – ukazují, čeho bylo dosaženo realizací výstupů;
- **dopady** – ukazují, co přinesou výstupy a výsledky projektu;

V programovém cyklu 2007 – 2013 je kladen ze strany Evropské komise velký důraz na úspornost a přehlednost indikátorového systému a maximální propojení indikátorů na střednědobé a dlouhodobé strategické cíle. Dalším žádoucím hlediskem volby indikátorů je konzistence s hlavními cíli politiky Evropské unie v oblasti strukturální pomoci, zejména konzistence s koncepcí udržitelného rozvoje, se záměry Lisabonské strategie a politikou EU v oblasti zaměstnanosti. Pro naplnění těchto metodických principů připravila Evropská komise kategorizaci oblastí intervence v programovém období 2007-2013.⁷³

Zde jsou vybrané příklady indikátorů Evropského integračního fondu:

⁷² CHARVÁTOVÁ, P., aj., Pád pacienta jako indikátor kvality péče, *Lékařské listy*, 2004, č. 4, s. 21-25.

⁷³ *Zásady tvorby indikátorů pro monitoring a evaluaci*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj, 2006. 24 s.

Tabulka č. 6. - **Indikátory výstupu**

Kód nár. číselníku	Indikátor	Měrná jednotka	Zdroj	Hodnota 2005	Indikativ. cíl 2015 – Cíl Konvergence
080100 Core 38	Projekty na podporu zdraví – celkem (3.2.)	Počet	ŘO IOP	0	110
080102	Počet projektů na podporu zdraví – pro modernizaci přístrojového vybavení (3.2.a)	Počet	ŘO IOP	0	50
080101	Počet projektů na podporu zdraví – prevenci zdravotních rizik (3.2.b)	Počet	ŘO IOP	0	45
080702	Počet projektů zaměřených na zavádění standardů a standardních postupů řízení kvality a nákladovosti (3.2.c)	Počet	ŘO IOP	0	15

Zdroj: *Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s., str. 113

Tabulka č. 7. - **Indikátory výsledku**

Kód nár. číselníku	Indikátor	Měrná jednotka	Zdroj	Hodnota 2005	Indikativ. cíl 2015 – Cíl Konvergence
080721	Zvýšení vybavenosti specializovaných pracovišť v národních sítích (3.2.a)	%	ŘO IOP	0	60
080712	Počet dostupných programů prevence pro obyvatele (3.2.b)	Počet	ŘO IOP	0	45
080704	Počet programů zavádějících standardy a standardní postupy řízení kvality a nákladovosti (3.2.c)	Počet	ŘO IOP	0	40

Zdroj: *Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s., str. 113

Vysvětlující popis vybraných indikátorů

080712 Počet dostupných programů prevence pro obyvatele (3.2.b) – indikátor vyjadřuje počet programů prevence zdravotních rizik a programů zaměřených na

prosazení zdravého životního stylu v rámci dostupnosti pro celou populaci ČR a také pro specifické ohrožené cílové skupiny. Cílová hodnota je odvozena od počtu potencionálních možných předkladatelů, kterými jsou jednak zařízení v rámci Ministerstva zdravotnictví poskytující rehabilitační péči, dále krajské hygienické stanice, Státní zdravotní ústav, a eventuálně zdravotní pojišťovny v oblasti marketingové podpory a propagace zdravého životního stylu a NNO. Odhadovaný počet nově vytvořených programů je v návaznosti na odhady počtu možných příjemců 45.⁷⁴

080704 Počet programů zavádějících standardy a standardní postupy řízení kvality a nákladovosti (3.2.c) – indikátor ukazuje počet realizovaných programů v rámci zdravotnických zařízení, která v rámci řízení kvality a optimalizace nákladovosti poskytované péče budou implementovat postupy hodnocení „Health technology Assessment“, vytvářet projekty „best practices“ pro zvyšování kvality vstupů v rámci tohoto systému hodnocení a zavádět postupy k řízení nákladovosti zdravotních služeb. V rámci této oblasti podpory se předpokládají projekty zařízení národní sítě zdravotnických zařízení Ministerstva zdravotnictví v oblasti zavádění systému sledování standardů kvality a zavádění efektivních postupů řízení. Vzhledem k možné diferenciaci programů v dané oblasti do třech rovin podpory (sledování efektivnosti řízení – systémy provozního řízení, sledování systému kvality poskytování péče a sledování personálního systému) se předpokládá předložení více projektů.⁷⁵

4. 1. 3 Příklady volby indikátorů pro tvorbu Operačního programu

Nastavení systému indikátorů vychází z potřeb programování, monitorování a hodnocení. Indikátory musí vyjadřovat kvantifikované cíle a umožňovat měření pokroku. Uvádím příklady volby indikátorů pro tvorbu Operačního programu a pro zajištění monitorování a evaluace:

⁷⁴ *Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013.* Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s., str. 114

⁷⁵ *Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013.* Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s., str. 114

Tabulka č. 8 - Rozvoj dalšího profesního vzdělávání

Charakter intervence	Cílové skupiny	Indikátory		
		Výstupu	Výsledku	Dopadu
Rozvoj dalšího profesního vzdělávání: Zvýšení odborné a pedagogické způsobilosti lektorů, učitelů a řídicích pracovníků ve sféře dalšího profesního vzdělávání Vytvoření podmínek pro systém ověřování kvalifikací získaných v systému dalšího profesního vzdělávání	Orgány státní správy Vzdělávací a poradenské instituce Profesní sdružení Neziskové organizace poskytující další profesní vzdělávání	Počet podpořených projektů Počet podpořených osob poskytujících vzdělávací služby nebo podporujících poskytování těchto služeb Počet podpořených organizací	Počet nově vzniklých nebo inovovaných vzdělávacích kurzů Počet vzdělávacích institucí podílejících se na dalším profesním vzdělávání Počet podpořených studentů v programech dalšího profesního vzdělávání Počet účastníků kurzů	Počet absolventů kurzů v programech dalšího profesního vzdělávání Podíl studujících v programech dalšího vzdělávání na celkové zaměstnanosti

Zdroj: Zásady tvorby indikátorů pro monitoring a evaluaci. In *Podpora zpracování indikátorů pro programovací období 2007-13*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2006, 24 s., str. 17.

Tabulka č. 9. - Rozvoj měst

Charakter intervence	Cílové skupiny	Indikátory		
		Výstupu	Výsledku	Dopadu
Rozvoj měst: Regenerace vzhledu města a životního prostředí	Orgány veřejné správy Firmy, které získaly finanční podporu na projekty	Počet podpořených projektů	Výměra nově zalesněných ploch veřejné zeleně v ha Délka vybudovaných nebo rekonstr. dopravních komunikací v km Délka separovaných cyklistických stezek v km Podíl počtu spojů veřejné linkové dopravy provozovaných v režimu závazku veřejné služby	Zvýšení počtu návštěvníků města Snížení počtu nehod v % v silničním provozu, při kterých došlo ke zranění nebo usmrcení osob Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva Zvýšení počtu obyvatel přistěhovalých do města

Zdroj: Zásady tvorby indikátorů pro monitoring a evaluaci. In *Podpora zpracování indikátorů pro programovací období 2007-13*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2006, 24 s., str. 13.

5. Východiska pro andragogickou intervenci

Východiska pro andragogickou intervenci ukotvují v legitimní výchově ke stáří a ve stáří tedy v gerontagogice, která je vymezena jako vědní disciplína mezi andragogikou a gerontologií. Taková intervence je prakticky orientovaná a naplňuje prvky strategie aktivního stárnutí. Jedná se především o edukaci seniorů, vyžadující specifický respekt a ohled na limity v postproduktivním věku. V současné době se jedná o společenskou zakázku nejen v České republice.

5.1 Prevence disability – přijetí strategie aktivního stárnutí

Systém dlouhodobé péče, který je podporován v rámci zmíněných strategických dokumentů Evropské unie, potažmo České republiky si klade za cíl **kompensaci trvalé nesoběstačnosti seniorů**. Stačí samotná kompenzace?

Světová zdravotnická organizace však jde ještě dál a zaměřuje se na **prevenci disability**. Ve své strategii Aktivního stárnutí se neomezuje jen na pouhé zdravé stárnutí, kvalitní dlouhodobou péči o zdraví. WHO vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, která vymezuje pojem aktivní stárnutí takto: *„Nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života. Koncept aktivního stárnutí respektuje, že starší lidé nejsou homogenní skupinou a že tato rozmanitost s věkem narůstá. Proto je velmi důležité s narůstajícím věkem obyvatel vytvořit takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život.“*⁷⁶

Zhoršování soběstačnosti v důsledku stárnutí či chronického onemocnění je ovšem také možno zabránit. Tento trend byl sledován v posledních 20 letech v některých rozvinutých zemích (USA, Anglie, Švédsko). Tento trend je především výsledkem lepší úrovně vzdělání, zlepšení úrovně bydlení a celkové zlepšení úrovně zdraví populace. Svou roli sehrálo také zlepšení životního stylu,

⁷⁶ World Health Organization. Growing older – staying well: ageing and physical activity in every-day life. Ageing and Health Programme. Geneva: WHO 1998.

zlepšení včasné diagnostiky a managementu chronických onemocnění a podobně. Je také vědecky dokázáno, že používání kompenzačních pomůcek, a to počínaje jednoduchými pomůckami, jako jsou hole, chodítka, úchytná madla, až po různé složitější technologie, významným způsobem zlepšují soběstačnost lidí s disabilitou. V USA se užívání těchto pomůcek u disaptibilních seniorů zvýšilo z 76% v roce 1984 na více než 90% v roce 1999. V souvislosti s výše uvedenými změnami je třeba změnit také uvažování lidí. Světová zdravotnická organizace doporučuje, aby se všichni politici na všech úrovních a všichni další, kdož mají rozhodovací pravomoci, zabývali spíše tím, jak využít a posilovat schopnosti seniorů a lidí se zdravotním postižením než pouze kompenzovat disabilitu (**enablement místo disablement**).⁷⁷

Světová zdravotnická organizace uvádí následující příklady opatření ve veřejném životě.⁷⁸

- vytvoření bezbariérových pracovních míst, flexibilních pracovních hodin pro seniory, částečné úvazky, modifikované pracovní prostředí, a to jak ve veřejném, tak i soukromém sektoru
- lepší bezpečnost na ulicích, zejména bezpečné chodníky pro chůzi, dostupné veřejné toalety, dobré dopravní značení, světelné značení na přechodech, které bude respektovat skutečnost, že senioři potřebují delší čas na přejetí vozovky
- pohybové programy pro seniory, které přispějí ke zlepšení mobility, rekonvalescenci, zachování svalové síly
- **celoživotní vzdělávací programy**
- dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami v případě smyslových poruch
- bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních, možnost účasti na rehabilitačních programech

⁷⁷ HOLMEROVÁ, Iva, et al. Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue*. 2006, 2006, 3, s. 6. Dostupný také z WWW: <geriatricarevue.cz>. ISSN 1214-0732.

⁷⁸ HOLMEROVÁ, Iva, et al. Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue*. 2006, s. 6. Dostupný také z WWW: <geriatricarevue.cz>. ISSN 1214-0732.

5.2 Gerontagogická intervence

Gerontagogická intervence v sobě zahrnuje různé podoby aktivní, prakticky zaměřené pomoci seniorům především v kritických uzlech jejich životní dráhy. Úkolem je při nezvratném procesu stárnutí navrátit, udržet, posílit kvalitu života, která je v důsledku fyziologických, psychických a sociálních změn narušena.

Cíle gerontagogické intervence jsou:⁷⁹

- adaptovat seniora na involuční změny organismu;
- adaptovat seniora na další snížení schopností a psychických výkonů;
- adaptovat seniora na možnou postupně omezenou soběstačnost v základních potřebách;
- adaptovat seniora na změnu životní role
- adaptovat seniora na umírání.

Pro starší věk jsou typické změny v nemocnosti, kdy se častěji vyskytuje více nemocí současně, které mnohdy spouštějí řetězovou reakci, příznaky jsou méně nápadné, nemoc i léčba trvají déle a onemocnění podstatně mění sociální situaci staršího člověka. Světová zdravotnická organizace v této souvislosti poukazuje na tzv. rizikové geronty, kteří nejsou schopni se adaptovat na změny a je jim nutno z tohoto důvodu poskytnout intervenci zvenčí.

Jedlička za rizikové geronty považuje zejména:⁸⁰

- osoby starší 80 let;
- osamělé, sociálně izolované jedince staršího věku;
- geronty žijící v ústavních zařízeních;
- jednočlenné domácnosti gerontů;
- starší osoby se zdravotním postižením;
- starší osoby s nízkým sociálním zabezpečením.

Gerontagogická intervence v sobě zahrnuje akční pole sociální práce pro seniory se specifickými postupy s jednotlivci, se skupinou, ale i práci komunitní, kde se všechny tyto složky vzájemně prolínají. V praxi taková intervence zahrnuje:

- poradenství;

⁷⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontagogické intervence*. Olomouc, 2009.

⁸⁰ JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 8070131098, s. 171.

- péči; (viz kapitola 1)
- edukaci,
- funkcionální působení;
- aktivizaci.

5. 2. 1 Poradenství pro seniory

Poradenství pro seniory je důležitou gerontagogickou kategorií s výrazným preventivním účinkem. Zahrnuje široké spektrum pomoci přes samotnou přípravu na stáří, sociální práci k udržení nezávislosti a samostatnosti seniora, jak v jeho přirozeném prostředí, tak i v pobytových sociálních či zdravotních zařízeních, poradnách. Hlavním smyslem poradenství pro seniory je individuální přístup s poskytnutím potřebné pomoci, kolik si vyžaduje aktuální sociální situace a zdravotní stav. V kontextu andragogiky se může jednat o subjekt – subjektové schéma, subjekt-objektový vztah, vše záleží na konkrétní situaci.

Žižlavská kromě preventivní funkce vymezuje řadu dalších edukačních funkcí např.: „*funkci anticipační, rehabilitační, adaptační či posilující. Při plnění anticipační funkce se poradenství zaměřuje na pozitivní vyladění stárnoucího dospělého člověka v jeho budoucích změnách struktury života, s nimiž je spojen důchodový věk, přispívá k pozitivní připravenosti na změny v životním stylu, na klesající výkonnost v určitých oblastech života apod. V rámci rehabilitační funkce jde především o znovuoobnovení a udržení fyzických a duševních sil a celkově vyváženého stavu. Současně je spojeno s přípravou na další existenci člověka, s plánováním určitých kompenzačních strategií apod. S adaptační funkcí je spojeno poradenství prostřednictvím intervencí zabezpečujících rovnováhu mezi prostředím a organismem seniora. Funkce posilující (stimulační) pak zastává poradenství zaměřené na udržování příznivé kvality života ve stáří. Podněcuje například k rozvoji zájmů, potřeb a schopností starších lidí, k podpoře jejich aktivity, ke kultivaci, plnohodnotnému, smysluplnému a užitečnému prožívání volného času atd.*“⁸¹

Při samotném poradenském procesu je důležité reflektovat nejen zdravotní stránku člověka, ale hledat i jiné atributy jako je aktuální sociální status,

⁸¹ ŽIŽLAVSKÁ, J. *Gerontagogické souvislosti poradenství pro seniory*. Olomouc, 2006. Rigorózní práce. FF UP Olomouc.

začleněnost do přirozených vazeb rodiny a přátel, spokojenost s dosavadním životem, smíření a přijetí stárnutí za své, prostředí a zázemí atd.

V souvislosti se změnami, které probíhají ve stáří zejména v oblasti psychické, a sociální adaptace Haškovcová rozeznává u člověka různé *strategie adjustace na stáří*:⁸²

- strategie konstruktivnosti – ideální forma adaptace, reálné cíle a plány, spokojenost se životem, tolerantní, začleněnost do sociálních vztahů;
- strategie závislosti – pasivita, spoléhá na druhé a věří, že se o něho postarají jak po stránce hmotné, tak i citové. Preferuje klidné rodinné zázemí, pohodu a pohodlí všeho druhu a možnost odpočinku v ústraní vítá;
- strategie obranného postoje – lidé, kteří žili především pro práci a v práci, odmítají se podrobit diktátu stáří, vysoká míra hrdé soběstačnosti. Bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí až poté, co je k tomu okolnosti přinutí. Stáří pro ně znamená ztrátu nejen prestiže, ale i sebevědomí;
- strategie nepřátelství – je zhoubná, a to jak pro jejího reprezentanta, tak i pro okolí. Bývají primárně podezíraví a současně agresivní, mrzutí, zlí, závidí mladým. Lidé, kteří ve svém životě nebyli příliš úspěšní, mají tendenci svalovat vinu na druhé;
- sebenenávist – nemají se rádi, jsou lítostiví, depresivní, nevidí za sebou nic dobrého, cítí se osamělí a zbyteční. Ze všech svých i domnělých problémů viní sebe sama.

5. 2. 2 Edukace seniorů

Vzdělávání a výchova ke stáří jsou v současnosti novým společenským fenoménem. To je oblast zájmu gerontagogiky stejně jako andragogiky, které se zaměřují na širší okruh působnosti. Čornaničová člení předmět gerontagogiky takto:⁸³

A. Z hlediska generačně - cílové orientace edukačních aktivit:

- vlastní seniorská edukace – tedy samotná výchova vzdělávání seniorů,
- preseniorská edukace – příprava na stáří,

⁸² HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2, s 114.

⁸³ ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Edukácia seniorov : vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. 2. dopl.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 156 s. ISBN 978-80-223-2287-4.

- proseniorská edukace – podpora společnosti a mezigenerační porozumění seniorů.

B. Z hlediska specializačních aspektů andragogiky pak předmět gerontagogiky zahrnuje:

- kulturně – osvětově orientovanou edukaci,
- sociálně zaměřené edukační programy pro seniory,
- profesně orientované edukační aktivity.

Mezi nejznámější podoby vzdělávání seniorů patří:

- *Kurzy* – PC kurzy, jazykové kurzy, kurzy trénování paměti, kurzy plavání, kurzy zájmových činností, letní univerzitní kurzy pro seniory apod.
- *Kluby aktivního stáří (KLAS)*
- *Univerzity volného času*
- *Rozhlasová akademie třetího věku*
- *Akademie třetího věku*
- *Univerzity třetího věku*

Vzdělání má ve stáří jiný cíl: nevybavuje studenta seniora informacemi pro dobývání světa, ale stává se procesem, který smysluplně kultivuje čas stárnoucích dní. My jsme v dnešním světě redukovali vzdělání pouze nebo převážně na profesní přípravu a tím jsme mu odepřeli hodnotu vysoké lidské prestiže. Nehledě k tomu, že i pojetí „ekonomická návratnost“ pro nás reprezentuje jen určité charakteristiky. Dodejme, že frekventanti studia zahlceni svým zájmem a nezvyklou činností „zapomínají“ na své obtíže. Je prokázáno, že vyhledávají méně často služby zdravotnické a sociální. V tom je možné hledat a především spatřit skutečný ekonomický přínos. Nemluvě o tom, že nejvyšší devizou je spokojenost a radost starších lidí, kterou ovšem vyčíslit nelze.⁸⁴

Nezanedbatelným důvodem, proč je další vzdělávání tak důležitým momentem ve stárnoucí společnosti, je i skutečnost, že v české společnosti, jako ve všech vyspělých zemích, dochází z různorodých důvodů k individualizaci sociálního státu. To v konečném efektu znamená, že jedinci se mohou ve stále menší míře spoléhat na stát a že budou naopak stále více individuálně odpovědní za svou životní úroveň a za svou kvalitu života ve všech fázích své životní dráhy, především však ve stáří. Před sociology, psychology a pedagogy proto stojí jasný úkol: naučit člověka

⁸⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2, s. 152.

stárnout. Vštípit mu poznání, že tak, jako se v mládí připravuje na svou profesní dráhu, tak je potřeba se ve starším středním věku začít připravovat na dlouhé období života seniora. Vnuknout mu ideu, že život ve stáří, život v důchodu, může být velmi aktivní fází jeho životní dráhy. „Vnutit“ mu koncept aktivního stárnutí. V kontextu vzdělávání vzniká jako součást tohoto „učení se stárnout“ také potřeba naučit populaci, aby ani ve vyšším středním věku a v předseniorském věku nepřestala věnovat pozornost svému vzdělávání, které ji pomůže udržet se v hlavním proudu dynamicky se vyvíjející společnosti založené na vědění.⁸⁵

Výzkumný projekt „Vzdělávání dospělých v různých fázích životního cyklu: priority, příležitosti a možnosti rozvoje“ však popisuje skutečnost a realitu takto:⁸⁶

- naprostá většina osob ve věku 50 – 65let již neplánuje žádné studium v rámci formálního vzdělávání, celková účast na neformálních vzdělávacích aktivitách se s věkem snižuje a v seniorské věkové skupině (60-65 let) je již minimální;
- na druhé straně, ale téměř polovina (44%) souhlasila s názorem, že je dnes stále obtížnější porozumět tomu, co se ve společnosti děje a plných 70% respondentů odpovědělo, že se snaží dění ve společnosti porozumět – k tomuto porozumění však očividně hledají jiné kanály než vzdělávací.

Učení v dospělosti je silně spojeno s identitou jednotlivce. Pokud chce dospělý participovat na vzdělání, musí mu to dávat smysl v kontextu jeho života, musí to být součástí jeho životního projektu.⁸⁷

*„Lékařské výzkumy prokazují, že pasivita a vyvazování se ze společenských aktivit zvyšuje riziko chronických zdravotních problémů“.*⁸⁸ Účast na vzdělávacích kurzech by tak mohla být prvkem, který bude zprostředkovaně posilovat zdravotní stav starší populace a mohla by tak přispívat k naplňování konceptu aktivního stárnutí a především rozvíjet funkční gramotnost i ve starším věku.

⁸⁵ RABUŠICOVÁ, Milada, et al. *Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice*. 1. Praha: Masarykova univerzita, 2009. 340 s. ISBN 978-80-210-4779-2, s. 273.

⁸⁶ RABUŠICOVÁ, Milada, et al. *Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice*. 1. Praha: Masarykova univerzita, 2009. 340 s. ISBN 978-80-210-4779-2, s. 275.

⁸⁷ ILLERIS, K. What is special about adult learning? In SUTHERLAND, P., CROWTHER, J. (eds.) *Lifelong Learning. Concepts and Contexts*. London-New York: Routledge, 2006. s. 15.

⁸⁸ OANCEA, Alis. The promise of Lifelong Learning. *Ageing Horizons*. 2008, č.8, s.1-3

Při projektování vzdělávacích akcí pro seniory je nutné respektovat určitá specifika⁸⁹, která jsou daná věkem a odlišností jejich motivace vyplývajících z jejich sociálního postavení, zdravotního stavu. Jiný bude projekt ve formálním, jiný v neformálním vzdělávání, odlišná bude edukace v pobytových zařízeních sociální péče, jiná ve zdravotnických zařízeních. Význam proto má i osobnost vzdělavatele a jeho schopnosti vnímat a reagovat na individuální rozdíly např. v soustředění seniorů, ale i různou mírou životních zkušeností starších osob. Vzdělávání seniorů plní funkci všeobecně vzdělávací, kulturně umělecké, poradenské, zdravotní, právní a jiné.

Edukace v pobytových zařízeních

Edukace je důležitý způsob komunikace, při němž jsou všichni zúčastnění seznámeni s určitým okruhem potřebných informací, které souvisejí se sociálně zdravotní intervencí a všemi náležitostmi, které jsou významné pro poskytování dlouhodobé péče, ať už v pobytových sociálních zařízeních, nemocnicích, terénních a komunitních aktivitách, v domácím prostředí.

Edukace klientů v pobytových sociálních zařízeních má své specifikum a je soustředěna především na výchovu klientů v daném prostředí a na vše, co souvisí s poskytováním sociální služby a prováděním jednotlivých činností při péči o seniory. Obsahově se výrazně odlišuje od edukace prováděné ve zdravotnických zařízeních, kde je prioritně orientovaná na výkony, léčebné a ošetrovatelské postupy spojené s pacientovou chorobou. Princip edukace ale zůstává stejný – zajištění potřebné informovanosti klienta a výchova směřující ke konkrétnímu řešení. Edukaci v pobytových sociálních zařízeních je nutné chápat spíše jako kontinuální proces, který má svá specifika a prolíná všemi oblastmi péče a činností při poskytování sociální služby. Spektrum témat edukace je jen částečně zastoupeno odbornou zdravotní a ošetrovatelskou tematikou.⁹⁰

⁸⁹ Některé programy na podporu zdraví by měly být plánovány a realizovány společně se seniory a ne „shora dolů“ experty a úřady, což je metoda, která často omezuje právo starších lidí na sebezpečení.

⁹⁰ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2010. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3, s. 257.

5. 2. 3 Funkcionální působení

Budoucnost stárnutí se v Evropě bude odehrávat ve většině případů ve městech. Určující pro kvalitu života staršího člověka je proto prostor, životní prostředí, celková urbanizace lokality, dostupnost služeb, bezbariérovost.

Řešení bytové otázky ve vyšším věku a zejména při omezení či ztrátě soběstačnosti je tématem, na které česká společnost dosud není dostatečně připravena. Je třeba, aby média přinášela potřebné informace zaměřené cíleně na problematiku bydlení seniorů.⁹¹

Východiskem toho, aby starší člověk mohl žít v bezpečném prostředí a s udržení kvality a smyslu života po celé období svého seniorského věku, je začít myslet na stáří včas a hledat způsoby jak se připravit na možné životní situace, které sebou stáří přináší. Taková sebereflexe je individuální, každý má jiné priority, přání, zvyky, možnosti, podmínky, zdraví, víru, hodnoty. Přesto je včasné výchovné působení na požadavky bydlení seniorů a přípravu člověka na stáří žádoucí.

V souvislosti s technickým rozvojem a vznikem nových technologií a produktů si lze povšimnout to, že dochází na jedné straně k překotnému zastarávání znalostí, snížení funkční gramotnosti starého člověka, strachem z neznámého. Na druhé straně rozvoj může přinášet pomoc, sociální inkluzi a participaci navzdory limitujícím zdravotním problémům.

V rámci gerontologických aspektů technického rozvoje (tzv. gerontotechnology) lze dle Kalvacha identifikovat několik priorit, k nimž patří zvláště:⁹²

- **Respektování involučních limitací a potřeb křehkých seniorů při vývoji nových výrobků a technologií, prevence zavádění a instalování takových produktů, které by starým lidem komplikovaly život, které by zvyšovaly riziko jejich poranění či izolování, které by zhoršovaly přístupnost objektů, použitelnost dopravních prostředků apod.**
- **Cílený vývoj kompenzačních produktů** překonávajících limitace, disabilitu a handicap starých lidí či obecně lidí se zdravotním postižením. Jde o produkci

⁹¹ Bydlení seniorů v průběhu času. In ČERNÁ, Jana. *Bydlení seniorů*. Praha: Diakonie ČCE, 2009. s. 71

⁹² KALVACH, Zdeněk. Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc. *Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované"*. 2007, s. 7.

age-oriented technology (např. elektrické skútry a jiná vozítka), které nezbytně musí předcházet výzkum geriatrické disability.

- **Edukace seniorů ke zvládání nových technologií** (viz kapitola 5.2.2)

5. 2. 4 Aktivizace seniorů jako terapie

Aktivizace může být naplňována prostřednictvím aktivizačních programů. Podle Rheinwaldové:

*Aktivizační program je nejen doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich fyzický i duševní stav. Poskytuje klientům nutnou fyzickou činnost, přiměřenou duševní stimulaci a příležitost k navázání vzájemných společenských vztahů. Terapeuticko-zábavné činnosti se zaměřují především na silné stránky klienta a snaží se je podporovat a využívat. Aktivizační program může snižovat úzkost, depresi a nespokojenost s životní situací.*⁹³

V ošetrovatelském procesu na standardních lůžkových odděleních, na jednotkách intenzivní péče, v paliativní péči, při dlouhodobé péči a dalších je využíván **koncept bazální stimulace**, který při systematickém používání vede k podpoře vnímání, komunikace a hybnosti. Součástí konceptu je používání několika druhů koupelí a specifické druhy polohování s využitím stimulačních polohovacích pomůcek k tomu určených. Podmínkou úspěchu je přesné dodržování postupu a pravidelnost.

Jednotlivé prvky bazální stimulace popisuje Friedlová:⁹⁴

- Somatická – zklidňující, povzbuzující, neurofyzilogická, symetrická, rozvíjející, diametrální, polohování „hnízdo“, polohování „mumie“, kontaktní dýchání, masáž stimulující dýchání.
- Vestibulární – podporuje to, aby si klient uvědomil své lineární, rotační i statické pohyby hlavy. To je velmi důležité u klientů s minimem pohybu.
- Vibrační – ke stimulaci se používají různé vibrační předměty: hudební nástroje, vibrující lehátka, lidský hlas aj.

⁹³ RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8, s. 12.

⁹⁴ FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4, s. 32.

- Optická – vložení známého předmětu (tzv. integrace) a změna polohy pro sledování dění pomáhá klientovi navodit zklidnění, protože předmět poznává.
- Auditivní – jedná se o stimulaci s využitím sluchu pomocí jakýchkoliv zvukových podnětů známých klientovi z minulosti. Používá se řeč, hudba a zpěv.
- Orální – prostřednictvím chuťového média navazujeme kontakt s klientem a vyjadřujeme empatii (u umírajících).
- Olfaktorická – využívá vůní a pachů pro lidský organismus jako výrazných provokatérů vzpomínek. Olfaktorické podněty se klientovi nenabízejí pořád, aby si na ně nezvykl a nesnížil se jejich efekt.
- Taktilně haptická – ruce jsou velmi činnou částí našeho těla. Vkládáme klientovi do rukou jeho oblíbené předměty, talismany, běžné osobní předměty aj.

Kraniosakrální terapie – je jemnou metodou naslouchání tělu a podporování změny. Řádně vyškolený terapeut provádí aktivizaci na masážním lehátku a aplikuje techniky přes oděv, ošetřovaný leží v poloze vleže na zádech, nemusí se svlékat. Kraniosakrální systém se nachází v oblasti mezi lebkou a křížovou kostí až kostrčí a zahrnuje mozek, páteřní míchu a související struktury.

Kraniosakrální terapie působí přímo na centrální nervový systém a dle Landeweera se v praxi uplatňují čtyři možnosti terapeutického postupu:⁹⁵

- ošetření kraniosakrálního systému;
- ošetření energetických cyst;
- somato-emocionální uvolnění;
- práce s terapeutickými obrazy a s terapeutickým pohovorem.

Reminiscenční terapie je specifický přístupem ke klientům, který působí terapeuticky. Má nezastupitelné místo v gerontologii a využívá se především u osob s demencí, ale je i prospěšná při aktivizaci imobilních, dlouhodobě ležících a nesoběstačných osob. U této terapie podporujeme u klienta vzpomínky na minulost, které jsou spojeny s příjemnými pocity a zážitky ze života a to individuální nebo skupinovou formou (výstavy, diskuse). Vhodnými prostředky jsou např. staré fotografie, časopisy, filmy, ale i hudba, tanec, sepsání knihy vzpomínek a další.

Validační terapie je vhodná pro osoby velmi staré, dezorientované v důsledku kombinace tělesných, psychických a sociálních změn. Cílem validace není

⁹⁵ LANDEWEER, Gert Groot. *Kraniosakrální terapie*. Olomouc: Fontána, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7336-538-7, s. 56.

vracet bezradné osoby do reality, ale jen je doprovázet, aby se necítili být sami a měli možnost se vyjádřit, co cítí, co potřebují ještě na sklonku života sdělit.

Rheinwaldová poukazuje na důležitý fakt, že: *pracovníci v sociální péči si často myslí, že senioři chtějí pozornost, ale oni potřebují potvrzení sebe samých. Je to jejich konečné stádium boje o integritu. Je důležité si tuto velmi důležitou skutečnost uvědomit a podle toho k seniorům přistupovat.*⁹⁶

Validační terapie vyžaduje bio-psycho-sociální a spirituální podporu, na základě uznání potřeb a pravdivosti pocitů starého člověka, která není možná bez změny postoje pracovníků a celkového přístupu k osobám s demencí, což sebou přináší nejen efekt pro samotného klienta, ale se i odráží v mezilidských vztazích na pracovišti.

⁹⁶ RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8, s. 46.

Závěrem

Česká republika aktuálně stojí před výzvou rekonceptualizovat dlouhodobou péči o seniory z důvodu dlouhodobé neudržitelnosti současného systému. Přestože senioři v budoucnu u nás budou tvořit asi třetinu populace, nebudou chtít být pouhými pasivními příjemci služeb, budou skupinou více vzdělanou, aktivní, s většími nároky na životní úroveň, bydlení a celkové kulturní a sociálního vyžití. Před společenskými vědami se tak otevírá rozsáhlé akční pole působnosti, zejména pro výchovu k harmonickému soužití více generací, k úctě ke starším lidem, a celkové integraci starých občanů v rodině a společnosti.

Východiskem pro andragogickou intervenci je přijetí strategie aktivního stárnutí, která byla koncipována Světovou zdravotnickou organizací a je výsledkem konsenzu mnoha odborníků. V současném systému vzdělávání, které je orientováno především na profesní přípravu, již mají své místo programy zaměřené na edukaci seniorů, jejich aktivizaci, přípravu na stáří, adaptaci seniora na změnu životní role, nového programu. Péče o staršího člověka je tak záležitostí nejen rodinnou, ale také celospolečenskou.

I přestože jednotliví aktéři poskytující dlouhodobou péči starším nesoběstačným lidem, sdílí společné poslání, vize, cíle v řízení kvality, legislativní rámec, liší se samotný přístup ke kvalitní péči. Je to dáno různorodými zkušenostmi, odbornými kompetencemi, postoji, hodnotami participujících. Kvalita je tak subjektivní kategorií, která se vyvíjí v čase. Podstatný je v procesu řízení kvality individuální přístup, vztah mezi uživatelem a poskytovatelem, klientem a andragogem, který se nemusí certifikovat.

V dlouhodobé péči o staršího člověka, který je již odkázán z různorodých důvodů na lůžko a rodina již nechce, nemůže, neumí se postarat, komunitní služby v rámci obce jsou nedostupné nebo z důvodu aktuální diagnózy nereálné, pokračováním je institucionální péče. Tato častá trajektorie, i když je bolestná, si vyžaduje důstojné podmínky, multidisciplinární přístup, služby odrážející respekt k celistvosti člověka v jeho bio-psycho-sociálně-spirituálních potřebách. Takovou úroveň kvality nelze zajistit jen ze strany státu, ale formou vícezdrojového financování tedy i za finanční spoluúčasti klienta, rodiny.

Aktuálně roste poptávka po institucionálních formách péče zejména po domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a dalších pobytových zařízeních následné péče. Zároveň však rostou pracovní příležitosti, rozvíjí se trh sociálních služeb. Samotný proces řízení kvality začíná u stárnoucího člověka daleko dříve a to preventivními kroky, které spočívají v edukaci seniorů, participující rodině a společnosti. Východiskem je integrovaná dlouhodobá péče o seniory, kde je potřebné hledat optimální formy legislativních nástrojů, míru decentralizace, mechanismů trhu, legitimních andragogických intervencí, zmíněných systémů řízení kvality. Opodstatněné je vymezit postavení stárnoucího člověka v našem systému, to, jak jednotliví aktéři dlouhodobé péče reagují na specifické potřeby seniorů, jak jim dávají možnost a šanci rozhodovat se a spolupodílet se na aktivním smysluplném stárnutí.

Literatura a informační zdroje

BRUTHANSOVÁ, Daniela. Otázky financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v rezidenčních zařízeních sociální péče. In *Teoretické a praktické aspekty veřejných financí: XIV. ročník mezinárodní odborné konference*. Praha: Oeconomica, 2009. s. 15. ISBN 978-80-245-1513-7.

BRUTHANSOVÁ, Daniela; ČERVENKOVÁ, Anna; HOLMEROVÁ, Iva. *Sociální Hospitalizace*. Praha: VÚPSV, 2000. s. 48.

ČÁSLAVA, Pavel. *Zpráva o výsledcích ankety mezi členy AÚSP k tématu zvyšování kvality sociálních služeb*. Sokolov: Asociace ústavů sociální péče, 2003.

ČERMÁKOVÁ, Kristýna. *Možnosti integrace sociální a zdravotní péče v ČR* [online]. Praha, 2009. 45 s. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze.

ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Edukácia seniorov : vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. 2. dopl.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 156 s. ISBN 978-80-223-2287-4.

DE SINGLY, Francois. *Sociologie současné rodiny*. 1. Praha: Portál, 1999. 127 s. ISBN 80-7178-249-1.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. 384 s. ISBN 80-7226-996-8.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

HOLMEROVÁ, Iva, et al. Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue*. 2006, 2006, 3, s. 6. Dostupný také z WWW: <geriatrickarevue.cz>. ISSN 1214-0732.

HOLMEROVÁ, Iva. Péče o seniory a nový obor "Medicína dlouhodobé péče". *Lékařské listy*. 2010, 2010, 3, s. 8. ISSN 1214-7664.

HOLUB, J. *Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních*. Praha: ÚZIS, 2009.

CHARVÁTOVÁ, P., aj., Pád pacienta jako indikátor kvality péče, *Lékařské listy*, 2004, č. 4, s. 21-25.

ILLERIS, K. What is special about adult learning? In SUTHERLAND, P., CROWTHER, J. (eds.) *Lifelong Learning. Concepts and Contexts*. London-New York: Routledge, 2006.

JABŮRKOVÁ, Milena, et al. *Od paragrafů k lidem: Analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. 1. Praha: SKOK, 2007. 76 s. ISBN 978-80-239-9506-0

JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 8070131098.

KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc. *Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované"*. 2007.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. 4. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 80-7357-276-1.

KUBALČÍKOVÁ, K. Přirozené prostředí jako významný aspekt poskytování sociálních služeb seniorům. In: GLOSOVÁ, D. a kol. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006, 26s. ISBN 80-7366-057-1.

LANDEWEER, Gert Groot. *Kraniosakrální terapie*. Olomouc: Fontána, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7336-538-7.

LEICHSENRING, K. *Integrated Care System : Briefing paper for the conference in Hague 18-19 November 2004*. Vienna : European Centre for Social Welfare policy and Utrecht: Research and Verwey-Jonker Institute, 2004.

LUNSGAARD, Jens, et al: Consumer Direction and Choice in Long Term Care for Olders Persons, OECD, Health Working Papers 20, Paris 2005.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2010. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory: Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: [s. n.], 2007. 178 s. ISBN 978-80-7262-499-7.

MERTL, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. 48 s. ISBN 978-80-87007-72-3.

OANCEA, Alis. The promise of Lifelong Learning. *Ageing Horizons*. 2008, č. 8.

PRŮŠA, Ladislav, et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.

RABUŠICOVÁ, Milada, et al. *Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice*. 1. Praha: Masarykova univerzita, 2009. 340 s. ISBN 978-80-210-4779-2.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80- 7169-828-8, s. 12.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří*. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7142-841-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Gerontagogické intervence*. Olomouc, 2009.

ŠMÍDA, F. *Strategie v podnikové praxi*. 1. Praha: Professional Publishing, 2003. 219 s. ISBN 80-8641-939-8.

VIDOVIČOVÁ, Lucie - RABUŠIC, Ladislav. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005. 54 s. Výzkumné zprávy.

ŽIŽLAVSKÁ, J. *Gerontagogické souvislosti poradenství pro seniory*. Olomouc, 2006. Rigorózní práce. FF UP Olomouc.

STRATEGICKÉ A KONCEPČNÍ DOKUMENTY ČR A EU

Koncepční rámec programu švýcarsko české spolupráce, MF ČR. Praha, 2009.

Long-term Care for Older People. OECD. Paris, 2005.

MZ ČR, *Podpora zdraví v projektech EU, Strukturální fondy ve zdravotnictví*, Seminář 8. 12. 2010 Státní zdravotní ústav.

Národní program přípravy na stárnutí 2008 až 2012 : Kvalita života ve stáří. 1. vyd. Praha: [s. n.], 2008. 54 s. Dostupný z WWW: <mpsv.cz>. ISBN 978-80-86878-65-2. str. 11

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008-2010, Česká republika. MPSV 2009, Praha, 1. vydání, ISBN 978-80-86878-93-5, 112s.

Prováděcí dokument: Integrovaný operační program pro období let 2007-2013. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky, 2009. 194 s.

Zásady tvorby indikátorů pro monitoring a evaluaci. In *Podpora zpracování indikátorů pro programovací období 2007-13*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2006, 24 s.

Přílohy

Příloha č. 1 Seniorské memorandum pro každého⁹⁷

1. *I přes to, co si o nás lidé často myslí, nejsme všichni stejní, nepodobáme se jeden druhému a velmi se lišíme ve svých zkušenostech, zážitcích, postavení, materiální situaci, tím co máme rádi a tím, co nás trápí. Jsme mladší i starší, bohatí i chudí, zdraví i nemocní, pěkní i ne tolik sympatičtí, trpěliví i netrpěliví, moudří i ne zas tak zkušení, hodní i ne vždy milí, upovídaní i velmi tiší. Jsme vlastně stejní ve své různosti jako lidé mladí, a možná ještě trochu více, podle toho, jak se na nás podepsaly naše životní zkušenosti.*
2. *Nepropadejte panice, že nás bude postupně v naší společnosti přibývat. Potřebujeme si jen všichni společně promyslet, jak se podílet na ekonomickém udržitelném rozvoji, přeorientovat se na zdravý životní styl a kvalitní životní prostředí, což nám prodlouží roky zdraví a zajistíme bezpečné investice pro financování penzí. Některé věci mohou být jednodušší, než se na první pohled zdá, pokud se na nich podílíme rukou společnou.*
3. *Stáří není nemoc, ale je pravdou, že můžeme být někdy častěji nemocní. Je to jednoduchý (logický) důsledek toho, že lidské tělo je „na jedno použití“ a opotřebovává se. To ovšem nesnižuje hodnotu našeho života. Nemoc nás nesmí zbavovat lidskosti.*
4. *Zdraví nezískáváme v nemocnicích, u lékaře nebo pilulkou, ale zdravým životním stylem ve zdravém životním prostředí. Nepotřebujeme více lůžek v nemocnicích a domovech důchodců, budeme-li mít podporu v našem domácím prostředí s dostupnými sociálními i zdravotními službami a následnou péčí.*
5. *Ti z nás, kdo se na stáří začali včas připravovat (finančně, v otázkách bydlení, pěstováním dobrých mezilidských vztahů, aktivním společenským životem apod.), prožívají svůj život až do vysokého věku velmi kvalitně a jsou dobrým příkladem pro své okolí.*
6. *I když jsme v důchodu, tak pracujeme. Snažíme se být ještě užiteční, nějak si přilepšit v placené práci, pečujeme o vnoučata i svoje vlastní staré rodiče, pomáháme v komunitě a podílíme se na projektech občanské společnosti. Baví nás se vzdělávat, jen abychom měli kde a vzdělání bylo poskytováno takovým způsobem, aby nás to bavilo. Někdy se nám zdá, že máme mnohem méně času, než když jsme byli „opravdu“ zaměstnaní. A to je dobře – když pracujeme, nemáme čas stárnout nebo být nemocní či v depresi.*
7. *I když možná nemáme peněz tak zcela nazbyt, rádi nakupujeme a investujeme do hezkých věcí. Pociťujeme ale nedostatek zájmu okolí o naše potřeby a přání. Není kde třeba koupit seniorskou módu, obaly na výrobcích jsou nečitelné, police ve velkých obchodech jsou moc vysoko, tlačítka a písma na elektronických médiích (např. mobilních telefonech) jsou malá. Reklama na nás zapomíná nebo nám nabízí takové věci, které nelze považovat za doplněk aktivního životního stylu. Nechceme, aby pojem „služby pro seniory“ představoval (jen) pečovatelku nesoucí oběd, ale třeba i cestovní kancelář, bankovní služby a kosmetický salón.*
8. *Pro nás, stejně jako pro maminky s kočárky, sportovce se zlomenou nohou nebo mladého teenagera s tělesným postižením, představují bariéry v prostředí kolem nás handicap. Investice do stáří je investice do kvality každého života.*
9. *Nemáme rádi, když se k nám chováte jako k dětem nebo křehkému porcelánu. Nepotřebujeme nevyžádanou vtíravou pozornost a ochranné postoj. Jsme schopni o svém osudu rozhodovat sami, chceme být vnímáni takoví, jací jsme – jako rovnocenní partneři.*
10. *Chceme být aktivními členy společnosti, ne její přítěží. Dejte nám šanci, my ji využijeme!*

⁹⁷ Zpracováno z veřejných průzkumů Mgr. Lucií Vidovičovou, PhD. A prezentováno v rámci kampaně Diakonie ČCE „Otevřeno seniorům“.

Anotace

Příjmení a jméno autora: Šulák Bernard

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky FF UP

Název práce: Analýza systémů řízení kvality v dlouhodobé péči o seniory v České republice

Počet znaků: 138 878

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova: dlouhodobá péče, disabilita, senior, řízení kvality, aktivní stáří, indikátor, gerontagogická intervence

Krátká a výstižná charakteristika práce

Systém dlouhodobé péče vychází z integrace zdravotních, sociálních a edukačních služeb. Objektem intervence je senior se specifickými potřebami a problémy. Všichni aktéři dlouhodobé péče v České republice vykazují různé pojetí v řízení kvality, jiný druh ochrany a pomoci, jinou aktivizaci, jiné legislativní a finanční nástroje. Základním předpokladem optimálního rozvoje je sdílená péče, koordinace, návaznost a multidisciplinární přístup napříč systémy řízenými Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí. V kontextu dlouhodobé péče jsou v textu vybrány ty indikátory, které definují mezinárodní instituce, zejména ukazatele zaměřené na podporu zdraví, rozvoj dalšího profesního vzdělávání, rozvoj měst. Východiskem andragogické intervence v rámci dlouhodobé péče je prevence disability a přijetí konceptu aktivního stáří, aktivizace ve formě přiměřené fyzické činnosti, duševní stimulace, edukace a prakticky zaměřená pomoc seniorům.