

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

MUDr. Milena Bretšnajdrová

**Geriatrická a hospicová péče v okrese Olomouc**

Dizertační práce

Školitel doktorského studia: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem dizertační práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

Olomouc, 8. 8. 2011

Podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji paní Doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, pomoc i čas, který mi věnovala. Děkuji také Ing. Michaele Smutné z oddělení regionálních analýz českého statistického úřadu.

# Obsah

Úvod .....	6
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Vymezení pojmů.....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Stáří.....	8
1.1.2 Demografické a sociologické aspekty stáří.....	11
1.1.3 Demografická prognóza (projekce obyvatelstva) .....	17
1.1.4 Zdravé stárnutí .....	20
<b>1.2 Geriatrická péče .....</b>	<b>23</b>
1.2.1 Primární péče o seniory .....	30
1.2.2 Specializovaná péče o seniory .....	32
<b>1.3 Následná péče .....</b>	<b>35</b>
1.3.1 Následná lůžková péče.....	37
1.3.2 Následná péče ambulantní .....	49
1.3.3 Hledisko členění následné péče a dlouhodobé dle zdravotních pojišťoven.....	52
1.3.4 Vnitřní a vnější determinanty seniora ve vztahu k začlenění do systému následné péče .....	54
<b>1.4 Geriatrie ve světě a vybrané zahraniční systémy následné péče .....</b>	<b>65</b>
<b>2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>73</b>
<b>2.1 Metody a techniky výzkumné práce.....</b>	<b>73</b>
<b>2.2 Popis vývoje zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc za posledních 20 let.....</b>	<b>77</b>
2.2.1 Státní zařízení.....	78
2.2.2 Nestátní zařízení.....	79
2.2.3 Zařízení soukromých subjektů .....	84
2.2.4 Agentury domácí péče .....	84
2.2.5 Stacionář a poradenství .....	85
<b>2.3 Popis a třídění aktuálního stavu zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc .....</b>	<b>87</b>
2.3.1 Následná péče poskytována v institucích v okrese Olomouc .....	87
2.3.2 Dlouhodobá péče zdravotně sociální poskytovaná v institucích .....	87
2.3.3 Následná a dlouhodobá péče poskytovaná v domácnosti nemocného.....	89
2.3.4 Zařízení dlouhodobé sociální péče v okrese Olomouc .....	90
<b>2.4 Komparace situace zdravotně sociální péče o seniory v ČR, v Olomouckém kraji a okrese Olomouc.....</b>	<b>93</b>
2.4.1 Demografická data v Olomouckém kraji, okrese Olomouc a městě Olomouc.....	93
2.4.2 Komparace následné péče o seniory Česká republika a okres Olomouc .....	105

2.4.3	Komparace dlouhodobé péče (zdravotně sociální) v České republice a okresu Olomouc.....	107
2.4.4	Zařízení sociální péče o seniory v okrese Olomouc .....	110
2.4.5	Souhrn komparace následné a dlouhodobé péče potřebné dle doporučení pro Českou republiku / stávající stav v okrese a v kraji Olomouc .....	111
2.4.6	Analýza zajištění seniorů ve městě Olomouci .....	115
<b>2.5</b>	<b><i>Případové studie - Plující geront</i></b> .....	<b>117</b>
<b>2.6</b>	<b><i>Diskuse</i></b> .....	<b>122</b>
<b>2.7</b>	<b><i>Závěr</i></b> .....	<b>131</b>
<b>2.8</b>	<b><i>Anotace</i></b> .....	<b>133</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>136</b>
	<b>Seznam grafů.....</b>	<b>139</b>
	<b>Seznam literatury a pramenů .....</b>	<b>140</b>
	<b>Přehled přednáškově a publikační činnosti.....</b>	<b>149</b>
	<b><i>Publikace</i></b> .....	<b>149</b>
	<b><i>Abstrakta přednášek</i></b> .....	<b>149</b>
	<b><i>Seznam přednášek</i></b> .....	<b>149</b>

# Úvod

Česká společnost během posledních dvaceti let prožívala kvalitativní proměnu ve zdravotní a sociální péči o seniory. Od konce roku 1989 dochází k tzv. transformaci, která je spojena s hlubokými strukturálními přeměnami zdravotního systému. Prosazením tržního principu v ekonomice se otevřely příležitosti k soukromému podnikání i v této oblasti. Změna v oblasti legislativy umožnila vznik nových forem zdravotně sociální péče i o seniory, včetně rozvoje oblasti péče o nevléčitelně nemocné, tzv. paliativní péče.

I v regionu Olomouce, který je definován hranicemi bývalého okresu Olomouc, můžeme pozorovat změny v oblasti péče o seniory v průběhu posledních dvaceti let. Cílem dizertační práce je popis a analýza vývoje a současného stavu geriatrické a hospicové péče v regionu Olomouc. Práce zahrnuje popis charakteristiky, struktury a účelu jednotlivých zařízení v péči o seniory v regionu Olomouc, jejich chronologický vývoj včetně domácí péče a péče o nevléčitelně nemocné. Předpokladem je, že potřeba těchto zařízení bude v budoucích letech stoupat, což signalizují demografické výhledy obecně známé pro Českou republiku, tak speciálně pro Olomoucký kraj, okres Olomouc i samotné město Olomouc.

Dizertační práci jsme koncipovaly v širším pojetí a zaměřily jsme se na komplexní zdravotně sociální péči o seniory v okrese Olomouc. Snahou práce bylo objasnění pojmu specializované geriatrické péče, následné péče, hospicové péče, včetně institutu sociální hospitalizace. Práce se zabývá popisem a vznikem ošetrovatelských oddělení v nemocnicích a novými možnostmi poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních. Geriatrická péče je součástí zdravotního systému péče, úzce navazuje na složitý komplex péče o seniory, který v poslední době prodělává významné změny a je obecně zahrnován do pojmu následné a dlouhodobé péče o seniory.

Dizertační práce je rozčleněna do dvou částí - teoretického úvodu a východisek týkajících se stáří jako životní etapy člověka, demografické problematiky, definování jednotlivých forem péče o seniory. Výzkumná část, deskribuje jednotlivá zařízení, které využívají senioři z města Olomouce a z okresu Olomouce, ukazuje jejich proměnu v průběhu času, definuje demografické faktory ovlivňující potřebnost péče o seniory a snaží se o vyjádření potřebnosti následné a dlouhodobé péče. Další část výzkumu je komparace současného stavu zajištění seniorů v regionu Olomouc v intencích potřebnosti celé České

republiky. V poslední části práce je identifikován problém dostupnosti a dostatečného zdravotně sociálního zajištění seniorů pomocí metody případových studií u vybraného souboru pacientů oddělení geriatric. Výsledkem je identifikování deficitu ve zdravotně sociálním zajištění seniorů. Jedná se sice o vyčíslení počtu nedostatku lůžek v určité sféře zajištění, ale za tímto numerickým počtem je třeba vidět nemocného starého člověka na konci svého života, který si zaslouží adekvátní zajištění dle jeho zdravotně sociální situace.

Zájem prostudování problematiky zajištění seniorů vychází z mé denní praxe, lékaře na standardním oddělení (geriatrické oddělení) Fakultní nemocnice Olomouc. Denně se setkávám se situací, že po vyřešení akutní exacerbace chronického onemocnění u seniora je nutné zajištění tzv. doléčení (následné eventuelně dlouhodobé péče). Proto ve výzkumné části práce ukazují přehled možného zajištění seniora v případě nutnosti doléčení v systému následné zdravotnické péče.

Domníváme se, že získané výsledky lze využít pro komunitní plánování Magistrátu města Olomouce a také jako model pro zjišťování potřeb geriatrické péče v ostatních regionech v ČR.

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## 1.1 Vymezení pojmů

### 1.1.1 Stáří

Stáří jako životní etapa je obdobím mnoha změn, které se člověka dotýkají ve všech oblastech a postihují komplexně celou jeho osobnost. Každý člověk má určitý kalendářní věk. Jeho specifikem je jednoznačnost, lze jej přesně určit, je-li známo datum narození. Jednoznačnost není u biologického a funkčního věku stejně kalendářně starých jedinců. Biologický věk je výslednicí spolupůsobení geneticky řízeného programu, vlivů vnějšího prostředí, způsobu života vlivu chorob na lidský organismus. Další možností posouzení je funkční věk. Ten je souhrnem biologických, sociálních, psychologických a spirituálních charakteristik jedince, je důležitým hodnotícím prvkem v medicíně. K jeho posouzení je užíváno různých funkční testů, které ukazují stav jednotlivých funkcí, ale také funkční stav jako celku.<sup>1</sup>

Jak je vlastně stáří vymezeno? **Definice stáří** se různí, je jich doloženo asi tři sta, avšak žádná z nich není definitivní. Předkládáme k porovnání několik definic stáří od různých autorů. Topinková a Neuwirt uvádějí, že stárnutí je specifickým a nevratným biologickým procesem, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazván životem.<sup>2</sup> Podle Haškovcové je stáří přirozeným obdobím života a je vztahováno k předchozím životním etapám. Tato autorka upozorňuje na to, že stáří není nemoc a tedy by tak nemělo být vnímáno. Je to přirozený pochod, který trvá celý život, ale změny, které nastávají jsou nejpatrnější až v průběhu pozdějšího věku.<sup>3</sup>

### *Vymezení a periodizace období stáří*

Při hledání odpovědi na otázku, ve kterém okamžiku života začíná stáří, lze postupovat více cestami, nikdy však nezískáme odpověď jednoznačnou a univerzálně platnou. Celý život člověka je totiž mnohem více kontinuem vzájemně se podmiňujících změn, než sledem přesně ohraničených úseků. Ve skutečnosti lidská bytost stárne od chvíle, kdy přijede na svět –

---

<sup>1</sup> Srov. POLEDNÍKOVÁ, I., *Geriatrické a gerontologické ošetřovatelství*, s. 52.

<sup>2</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, s. 12.

<sup>3</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, s. 72.



stárnutí je přirozeným a nezvratným celoživotním procesem a samotné stáří je pouze jeho poslední etapou.<sup>4</sup>

Většinou bývá období stáří vymežováno a dále členěno na základě *kalendářního (chronologického, matričního)* věku. Světová zdravotnická organizace navrhuje dělit je na následující etapy:

<i>ranné stáří</i>	60 – 74 let
vlastní stáří	75 – 89 let
<i>dlouhověkost</i>	90 a více let. <sup>5</sup>

Vzhledem k měnící se demografické situaci bývá v posledních letech stále častěji uváděno nové členění období stáří, které nejen že lépe odráží objektivní i subjektivní vnímání stáří ve vyspělých zemích, ale také více koreluje s proměnami v sociální politice, zejména v oblasti penzionování. Podle tohoto novějšího pojetí, ke kterému se přikláníme, začíná stáří teprve šedesátým pátým, rokem a lidé v této věkové kategorii jsou dále rozděleni na:

mladé seniory	65 – 74 let
staré seniory	75 – 84 let
velmi staré seniory	85 a více let. <sup>6</sup>

Zatímco mladé seniory většinou charakterizuje dobrý zdravotní stav, soběstačnost, vyšší míra aktivity a participace na společenském životě, staří a velmi staří senioři bývají hojněji zasaženi negativními stránkami stáří: polymorbiditou, poklesem výkonnosti, nesoběstačností a z ní plynoucí odkázaností na péči druhé osoby.<sup>7</sup>

Snahy vymežit a charakterizovat stáří prostřednictvím kalendářního věku v sobě skrývají některá vážná úskalí. Tento časový údaj je obecně považován za jednu z podstatných

---

<sup>4</sup> Srov. GOLDMANN, R. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*, s.57.

<sup>5</sup> Srov. ZAVAZALOVÁ, H. et al., *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 11-13.

Srov. JEDLIČKA, V. et al., *Praktická gerontologie*, s. 7.

<sup>6</sup> Srov. KALVACH, Z. et al., *Úvod do gerontologie a geriatrie*, s. 22.; GOLDMANN, R., *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*, s. 57.; WITTERSTATTER, K., *Sociologie für die Altenarbeit*, s. 21.

<sup>7</sup> Srov. KALVACH, Z. et al., *Úvod do gerontologie a geriatrie*, s. 22, WAHL, H. – HEYL, V. *Gerontologie – Erfahrung und Geschichte*, s. 52-53.

charakteristik lidského jedince, sám o sobě by však nenesl žádný sociální význam, pokud by mu tento nebyl nejprve připsán.<sup>8</sup> Striktně vzato je tedy vymezení stáří pomocí chronologického věku pojetím, které téměř vůbec nezohledňuje existenci individuálních rozdílů mezi lidmi. Z tohoto důvodu se zavádí ještě další kategorie – *funkční věk*, který „odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka“ a „má charakteristiky biologické, psychologické a sociální.“<sup>9</sup> Všechny komponenty funkčního věku (morfologické změny, funkční kapacita orgánů, adaptabilita, psychické změny, sociální vztahy, životní styl a další)<sup>10</sup> jsou vzájemně úzce provázány změny v nich však nastupují v různou dobu a různou rychlostí. Stárnutí je tedy procesem multidimenzionálním, dezintegrovaným, asynchronním a vysoce individualizovaným. Na jeho průběh působí řada vlivů – dědičnost, fyzická konstituce, výživa, sociální situace, povolání, místo bydliště a další.<sup>11</sup>

75 – 84 **staří senioři**. V této etapě člověk běžně řeší záležitosti spojené s problémy v adaptabilitě, sníženou tolerancí zátěže, často akceleraci chronických chorob, ale osamělost atd.

85 let a více **velmi staří senioři**. Toto období je většinou spojeno s progresivním snižováním soběstačnosti, vzniku závislosti.

**Dlouhověkost** je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let. Dlouhověcí tvoří nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá.

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria- nejčastěji penzionování. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.<sup>12</sup>

Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si kladení důrazu na rozvoj jako dospělost a mládí. Období stáří trvá 30-40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost.<sup>13</sup> Starý člověk má ve společnosti své místo, je pro ni užitečný a zůstává plně jejím platným členem a je povolán, aby přispíval svými zkušenostmi, prožitky a svědectvím „své“ doby. Z hlediska demografie a prognóz existuje ne zcela filozofický pohled na starého

---

<sup>8</sup> Srov. BABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*, s. 141-143.

<sup>9</sup> Srov. PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ, D., *Gerontologie*, s. 15.

<sup>10</sup> Srov. PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ, D. *Gerontologie*, s. 15.

<sup>11</sup> Srov. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, s. 33-34.

<sup>12</sup> Srov. LUŽNÝ, J. *Kvalita života seniorů jako jedna z výzev zdravotně-sociální politiky 21 století.*, s. 12.

<sup>13</sup> Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABAČOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 11.

člověka, hovoří se v extrémním pohledu o demografické hrozbě stárnoucí populace v obavě nárůstu seniorů v populaci a s ním souvisejícím ekonomickým zajištěním, řeší se zdravotně sociálního dopad související s prodlužováním lidského věku. Hovoří se také o inflaci stáří.<sup>14</sup>

V souvislosti se stářím se zejména v ekonomické asociální oblasti často používají také pojmy *produktivní a postproduktivní věk*. Ztotožnění vstupu do důchodu s počátkem stáří je vhodné z hlediska sociální politiky, avšak dosti problematické z hlediska psychologického. Jak správně upozorňují například Holzer a Hausher, penzionování dnešního člověk obvykle zastihuje v plné síle, takže takové interpretace mohou být v rozporu s jeho vnitřním sebepojetím.<sup>15</sup> Pravdou zůstává, že vstup do důchodu v životě člověka většinou startuje výrazné sociální změny, které spadají mimo jiné do zájmu gerontologie.

### 1.1.2 Demografické a sociologické aspekty stáří

Vývoj civilizace je spojen se změnami reprodukčního chování, které se odrážejí ve změnách porodnosti a úmrtnosti.<sup>16</sup> Počet, strukturu a pohyb obyvatelstva zkoumá vědní disciplína **demografie**. A právě demografové upozornili na základě rozborů populačních údajů již koncem 70. let 20. století na to, že se začalo veřejně hovořit o celospolečenské starosti o stárnoucí obyvatelstvo planety. Podle kritérii Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7 % osob starších 65 let.<sup>17</sup> Jednou ze základních metod demografie je demografická statistika. Jejím úkolem je poskytnout číselné údaje o obyvatelstvu, struktuře a vývoji. **Demografická statistika** bývá dělena na demografickou statiku (statistika stavu obyvatelstva – registruje a hodnotí počet obyvatelstva, jeho rozmístění a strukturu) a demografickou dynamiku (statistika pohybu, čili změny obyvatelstva – zaznamenává a vyhodnocuje počet porodů a úmrtí, sňatků a rozvodů a stěhování).<sup>18</sup>

Stárnutí populace bude i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích **Evropské unie**, jejíž populace do roku 2060 mírně vzroste, ale významně zestárne.

---

<sup>14</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří* s. 19.

<sup>15</sup> Srov. HOLZER, D., HAUSER, V. Bildung im Alter – Neue Möglichkeiten oder doch unausweichlich lebenslang? In SIMON, G., HARING, S. et al., *Alten als Herausforderung* s. 62.

<sup>16</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. s. 50.

<sup>17</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*, s. 14.

<sup>18</sup> Srov. GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 81.

Z celkového počtu obyvatel EU dojde do roku 2035 k vzestupu o 5 % na 520,1 mil. Poté nastane pokles o cca 3 % (na 505,7 mil.) do roku 2060. V současné době je polovina obyvatel EU starších 40 let a v roce 2060 bude polovina obyvatel EU starší 48 let. Počet 65letých a starších již v roce 2008 převyšoval počet dětí, ale toto nebylo příliš významné, avšak v roce 2060 bude počet starších lidí převyšovat počet dětí již dvojnásobně. Zatímco v roce 2008 byl počet dětí třiapůlkrát vyšší než počet velmi starých lidí (starších 80let), v roce 2060 bude tento počet již téměř vyrovnaný (počet velmi starých lidí bude představovat 80 % počtu dětí). Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale především populace seniorů, kdy bude zejména narůstat skupina tzv. velmi starých, tedy 80letých a starších, kteří již mají své specifické potřeby. Počet seniorů v zemích EU významně vzroste, a to z 85 milionů v roce 2008 na 151 milionů v roce 2060. Počet velmi starých lidí, 80letých a starších se zvýší z 22 milionů v roce 2008 na 61 milionů v roce 2060. Do roku 2050 budou osmdesátiletí a starší lidé představovat významnou část seniorské populace. Toto stárnutí je důležitým aspektem stárnutí populace. Bude mít nemalý vliv na nárůst finančních prostředků k zabezpečení sociálně zdravotní péče o tuto skupinu obyvatelstva.<sup>19</sup> Kalvach hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověkosti.<sup>20</sup>

### ***Demografická situace v České republice***

V roce 1950 žilo v tehdejším Československu 7,8 % osob starších 65 let, v roce 1970 přesáhl jejich počet 11%. V současné době u nás počet osob starších 65 let činil 14,6 %.<sup>21</sup> Jak již bylo uvedeno, podle kritérií Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7% osob starších 65 let. Znamená to, že na území České republiky lze hovořit o „starém obyvatelstvu“ již od roku 1950.

Počet obyvatel České republiky poprvé po 13 letech vzrostl v roce 2006, avšak tento jev je pouze jevem přechodovým, který je dán zejména odloženou porodností relativně silných ročníků žen a dalším snížením mortality. Populace České republiky však bude nadále ubývat a velmi rychle stárnout. Jak ukazuje následující tabulka, bude patřit mezi země s nejrychleji

---

<sup>19</sup> <http://www.who.int>. Světová zdravotnická organizace

<sup>20</sup> Srov. KALVACH, Z., ZADÁK Z., JIRÁK, R., et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, s. 21.

<sup>21</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství, praktická příručka pro seniory*, s.14.

stárnoucí populací.<sup>22</sup> Podíl osob starších 80 ti roků v roce 2010 činil 3,5 %. Nárůst v roce 2030 by pravděpodobně měl dosáhnout 6,9 % a v roce 2060 v populaci by dle prognózy měl činit 14.1 %.

Tab. 1 Česká republika:<sup>23</sup>

**Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, csepriam (K1.1) - rizikavarianta**

	Počet obyvatel celkem	ve věku		Podíl 80+ (v%)
		65+	80+	
2009	10467542	1556152	361866	35
2010	10490631	1597486	371614	35
2020	10613188	2137631	442707	42
2030	10490588	2434401	728051	69
2040	10186695	2750837	917555	90
2050	9837300	3119252	981260	100
2060	9337843	3177656	1327041	14,1
2065	9111235	3004967	1365400	150

**Rozložení věkových skupin v rámci celkové skupiny seniorů**

Jedná se o poměr lidí 65letých a starších vůči lidem ekonomicky aktivních (15 – 64 let). V období 2008 – 2060 se tento poměr zvýší z 25,4 % na 53,5 %, nejrychlejší nárůst tohoto poměru bude v letech 2015 - 2035. Bude to znamenat, že místo čtyř ekonomicky aktivních lidí na jednoho seniora budou připadat pouze dva.<sup>24</sup>

**Demografický historický vývoj** podle počtu obyvatel v letech 1980 – 2008 blíže znázorňuje tabulka 2.

<sup>22</sup> <http://czso.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

<sup>23</sup> <http://czso.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

<sup>24</sup> Srov. *Diskusní materiál MPSV*, s. 8

Tab. 2 Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji<sup>25</sup>

Senioři	1950	1975	2000	2005
Zastoupení osob nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	14,2 %
Zastoupení osob nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	3,2%

V demografickém vývoji je patrný nárůst počtu obyvatel do roku 1990 a pak následuje prudký pokles obyvatelstva v roce 1991. Situace se vysvětluje historickým milníkem, kdy rokem 1989 končí socialistický model společnosti. Další úbytek je dán rokem 1993, kdy vzniká samostatná Česká republika ČR. Od roku 2002 zaznamenává demografický vývoj v České republice značného přírůstku.<sup>26</sup>

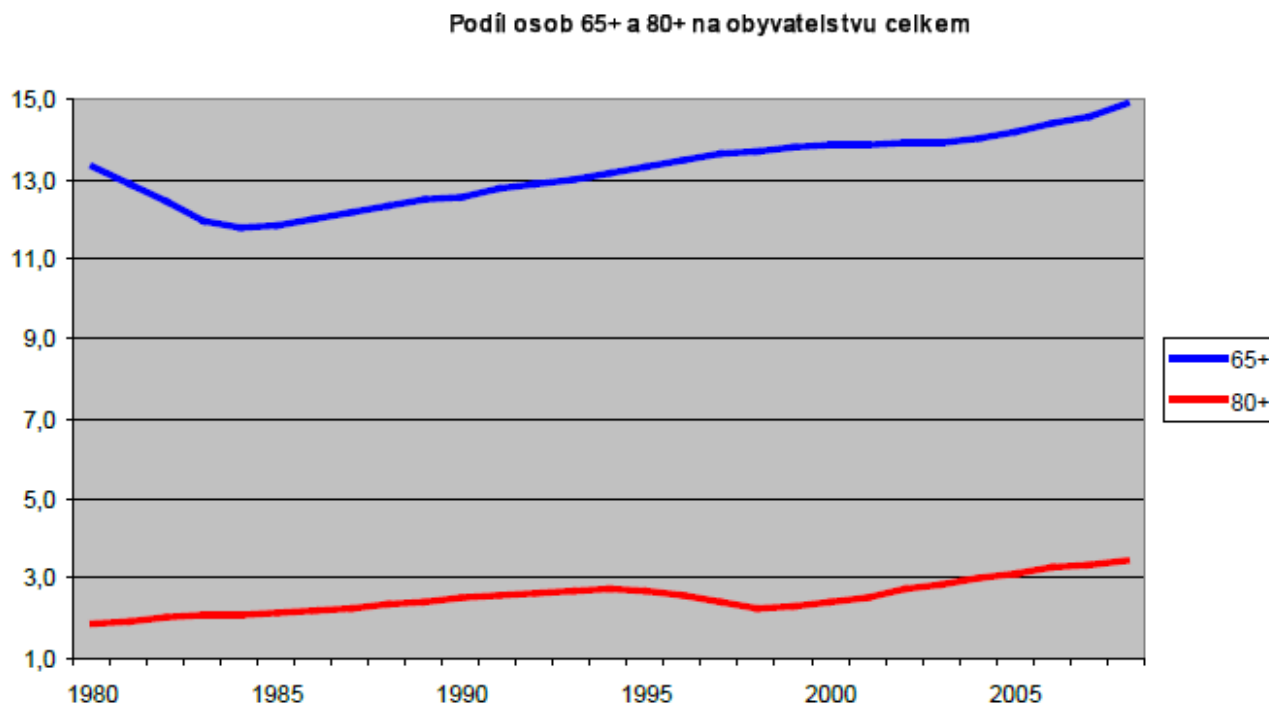
V populaci seniorů je zřejmé, a z následujícího graf (č.1) patrné, že podíl osob 65+ byl 13,3% (v roce 1980), 11,9 (v roce 1985), 12,6% (v roce 1990) 13,3% (v roce 1995) 13,9% (v roce 2000), 14,2% (roce 2005), a 14,9% (v roce 2008). Procentuální nárůst v populaci jeví i obyvatelé nad 80 roků. Patrný je nárůst zvláště po roce 2000 a má vzrůstající tendenci. Podíl osob 80+ byl 1,7% (v roce 1980), 2,5 % (v roce 2000) 3,2% (v r.2005).

---

<sup>25</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, s.4

<sup>26</sup> Srov. IVANOVÁ, K. et.al. *ADEL Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe*, s. 18

Graf. č. 1 Podíl osob 65+ a 80+ na obyvatelstvu celkem<sup>27</sup>



Zvyšování absolutního počtu starých lidí i jejich procentuálního zastoupení v populaci v historické pohledu patří mezi základní demografické charakteristiky české populace.<sup>28</sup>

Jako **Index stáří** se označuje poměr seniorů k dětem, nebo-li osob ve věku nad 65 let na 100 osob ve věku 0-14 let. V ČR činil v r. 1991 84,4, v r. 1997 poprvé překročil 100 (více seniorů než dětí) v r. 200 činil 113,9<sup>29</sup>. Topinková uvádí index stáří od roku 1950 (tabulka č. 3), kdy činil 51,7 v roce 1975 činil index stáří 82,3, v r. 2000 index stáří byl 111, 8 a v roce 2005 a i nadále je zřejmá vzestupná tendence.<sup>30</sup>

Tab. 3 Index stáří i populace ČR v historickém vývoji<sup>31</sup>

Senioři	1950	1975	2000	2005
Index stáří	51,7	82,3	111,8	112,5

<sup>27</sup> IVANOVÁ, K et.al. *ADEL Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe*, s.19

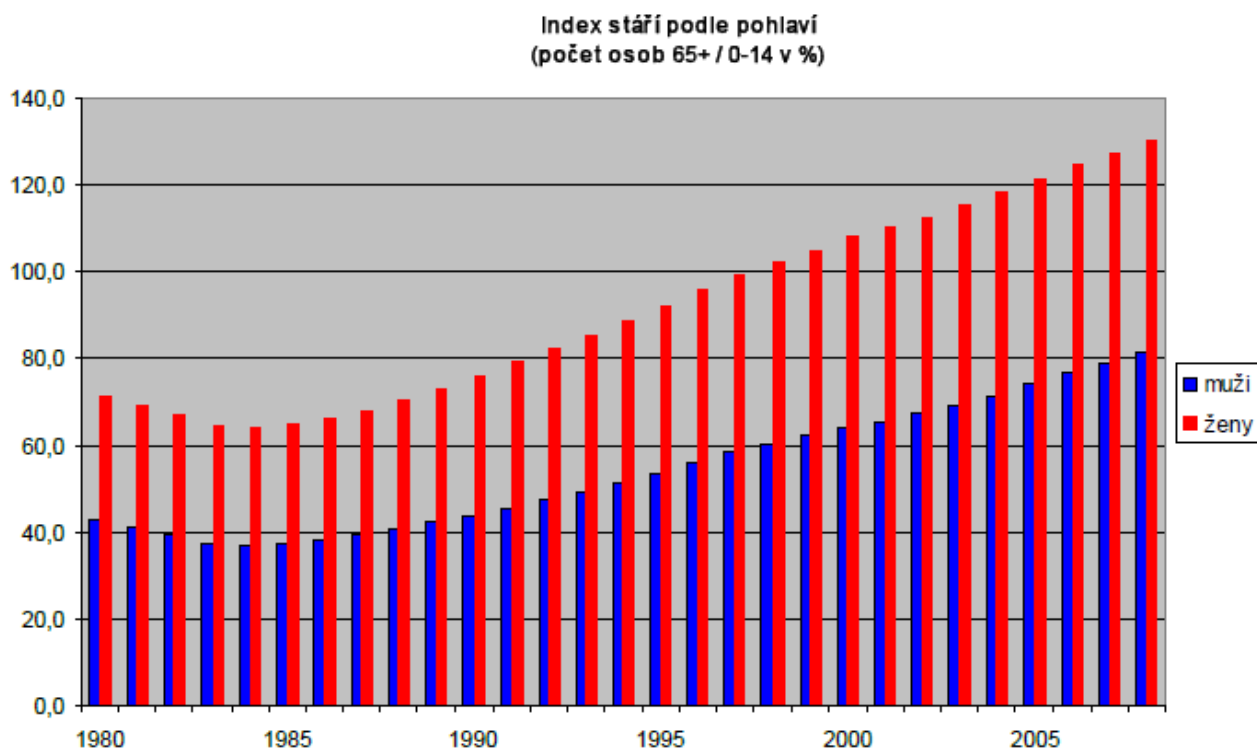
<sup>28</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*, s.4.

<sup>29</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatricie a gerontologie*, s. 53

<sup>30</sup> TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*, s.4

<sup>31</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Geriatricie pro praxi*, s.4

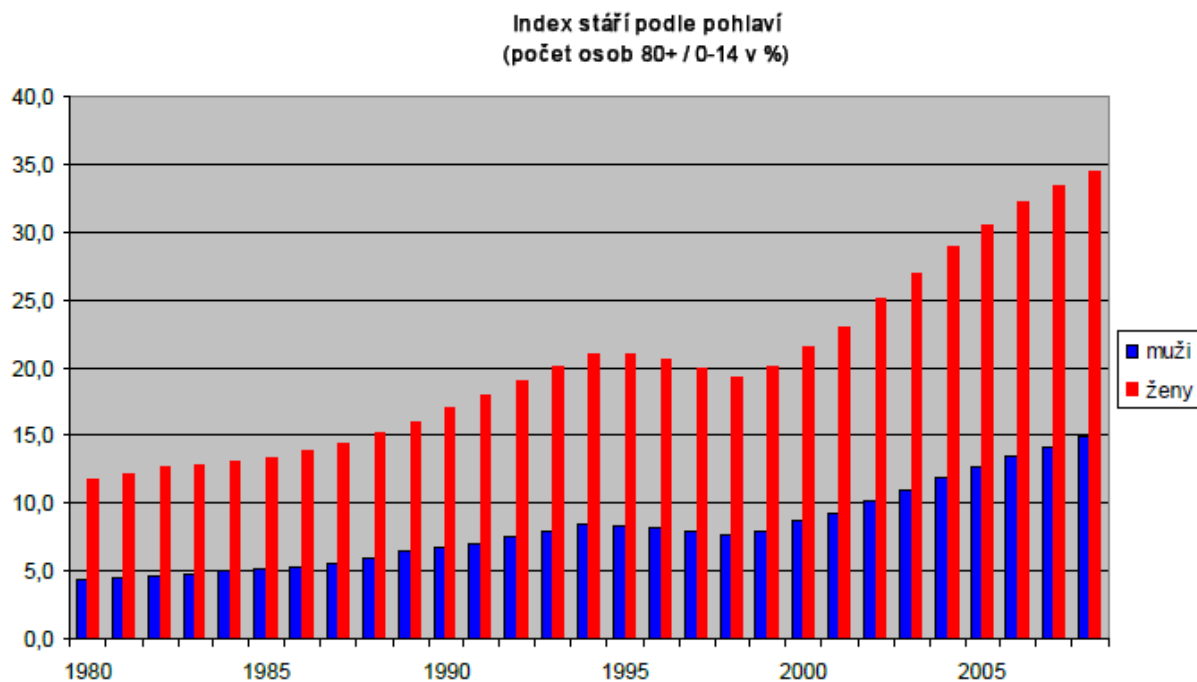
Nárůst indexu stáří podle pohlaví od roku 1980 – 2005, obě pohlaví (počet osob 65+/0-14 v %) znázorňuje následující graf.<sup>32</sup>



Níže uvedený graf znázorňuje vývoj indexů stáří od roku 1980 – 2005 podle pohlaví (počet osob 80+/0-14 %). I v tomto pohledu patrný nárůst indexu stáří.

<sup>32</sup> IVANOVÁ, K. et.al. *ADEL Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe*, s.22, s23.





### 1.1.3 Demografická prognóza (projekce obyvatelstva)

Cílem projekce obyvatelstva je nastínit směr budoucího populačního vývoje České republiky a ukázat na změny ve věkovém složení, které jsou neodvratitelné a které budou velmi výrazné. Projekce nemůže předvídat náhlé působení vnějších vlivů, které mohou mít z krátkodobého hlediska silné důsledky, výrazné ekonomické krize, výrazné změny v systému sociálních opatření či epidemie nemoci, kterou mohou ovlivnit úroveň úmrtnosti. Projekce obyvatelstva Olomouckého kraje navazuje na projekci obyvatelstva České republiky do roku 2065.<sup>33</sup>

Níže uvedené tabulky popisují současný a také budoucí demografický vývoj populace. V procentuálním podílu velmi starých seniorů je zřejmý nárůst z 3,4% (v roce 2008) na 10,0% v roce (2060). V absolutních číslech (uvedeno v milionech) je patrný celkový úbytek populace z 10 345 (v roce 2008) na 9 514 (v roce 2060), zřejmý je nárůst v segmentu seniorů, kdy v roce 2008 činil počet starších 65 let

<sup>33</sup> <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/4020-09>

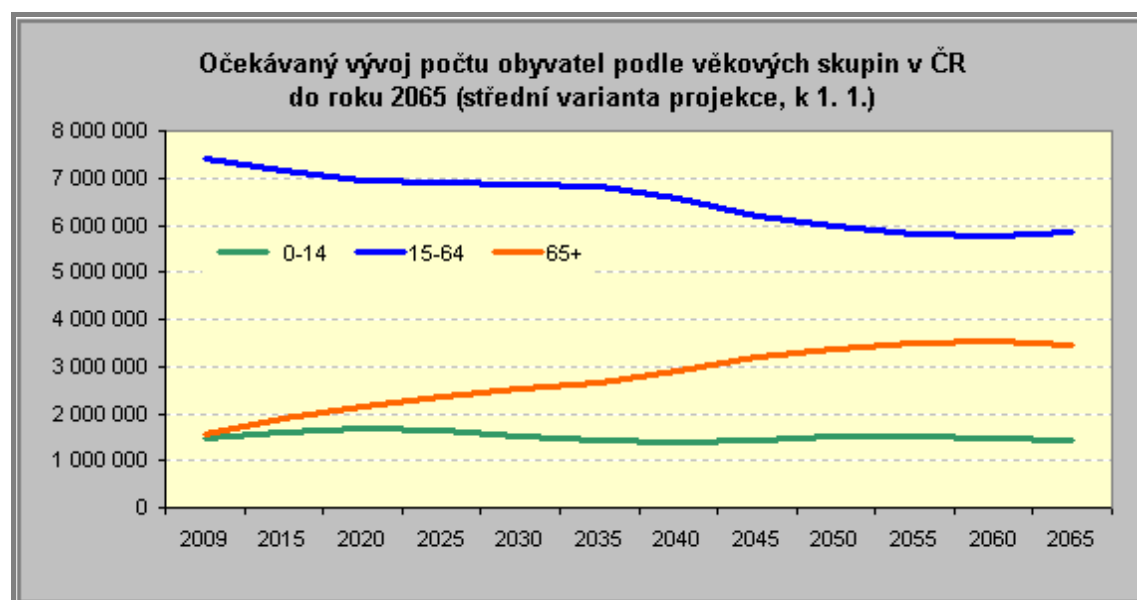
1 315, pravděpodobně v roce 2060 bude činit 3 175 osob. Také v segmentu populace starších 80 let, kdy v roce 2008 činil počet seniorů nad 80 roků 349 a v roce 2060 je pravděpodobný nárůst na počet 1 274.

Tab. 4 Předpokládané stárnutí populace v letech 2008-2060 Česká republika<sup>34</sup>

	<b>Celkem populace</b>	<b>65 plus</b>	<b>80 plus</b>	<b>% 80 plus</b>
<b>2008</b>	10 345.mil.	1 315	349	3,4
<b>2010</b>	10 394	1 600	373	3,6
<b>2020</b>	10 543	2 132	432	4,1
<b>2030</b>	10 429	2 391	791	6,6
<b>2040</b>	10 158	2 674	853	8,4
<b>2050</b>	9 892	3 060	921	9,3
<b>2060</b>	9 514	3 175	1 574	10,0

Tab. 5 Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, obě pohlaví (k 1.1) bez migrace Česká republika

	<b>2009</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>	<b>2040</b>	<b>2050</b>	<b>2060</b>
<b>0 -14</b>	1 480 000	1 682 797	1 509 161	1 398 991	1 500 915	1 460 710
<b>15 – 64</b>	7 431 383	6 948 298	6 882 301	6 560 685	5 965 878	5 761 223
<b>65+</b>	1 556 152	2 166 389	2 546 957	2 913 984	3 375 527	3 554 579



<sup>34</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. Medicína dlouhodobé péče, *Zdravotnické noviny*, příloha Lékařské listy 18/2009, s. 3.

Na rozdíl od republikové projekce však do zpracování projekce za nižší územní celky nevstupovala migrace, neboť její vývoj je naprosto nepředvídatelný. Presentované projekce tedy vypovídají o hypotetickém vývoji počtu obyvatel a věkovém složení daného kraje.(oblasti).<sup>35</sup>

### ***Základní demografické charakteristiky České republiky:***

*Základní demografickou charakteristikou je zvyšování absolutního počtu starých lidí i jejich procentuálního zastoupení v populaci. Nápadným vývojovým rysem je značný přírůstek osob ve vyšších věkových kategoriích, zejména velmi starých lidí (nad 80 let), což se promítá zejména do zdravotnické a sociální oblasti (lidé starší osmdesáti let bývají většinou zařazováni mezi rizikové skupiny seniorů).<sup>36</sup>*

*Zřejmé je vyšší zastoupení žen v důsledku vyšší úmrtnosti mužů (nad 80 let připadá na jednoho muže 2,39 žen).<sup>37</sup> Tato výrazná převaha žen je rovněž závažné demografické hledisko. Osamělá stará žena je typickým starším člověkem, ve značné míře je ohrožena izolací, nesoběstačností a chudobou, starší ženy také tvoří většinu uživatelů sociálních služeb.<sup>38</sup>*

Populace seniorů je značně heterogenní. Wahl a Heyl uvádějí, že starší lidé jsou nejrozmanitější skupinou obyvatelstva vůbec. Tato různorodost úzce souvisí s vysokou variabilitou podmínek působících v průběhu života každého jednotlivého člověka a s výše zmiňovaným individualizovaným průběhem stárnutí.<sup>39</sup>

Trend populačního stárnutí bude v ČR dále pokračovat.<sup>40</sup> Weber upozorňuje ve své práci na současné demografické struktury a na potřebu analyzovat příčiny a vyvozovat záměry pro klinickou praxi s rozvojem lékařských, ale i sociálních služeb, pro seniory. S prodlužováním střední délky života a zvyšujícím se počtem seniorů (včetně těch multimorbidních) se nutnost

---

<sup>35</sup> <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/4020-09>

<sup>36</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ,H. *Manuálek sociální gerontologie*. s. 14.

<sup>37</sup> Srov. WEBER,P., New interventional gerontology in the geriatrization aera of medicine, *Vnitřní lékařství*,47(21:106-10, 2001 Feb.

<sup>38</sup> Srov. WAHL,H.-W., HEYL,V. *Gerontologie- Einführung ung Geschichte*, s. 43.

<sup>39</sup> Srov. MUHLPACHR,P. Gerontologie – sociální nutnost postmoderní společnosti. In MUHLPACHR,P. (ed.).*Schola gerontologica*, s.12.

<sup>40</sup> Srov. Topinková,E,*Geriatric pro praxi*, s.4.

znalostí lékařů včetně non-geriatrů ohledně diagnostiky, léčby nemocní seniorů se bude zvyšovat. Z demografické projekce je zřejmé narůstající procento seniorů v populaci, které bude vyžadovat dostatečné zdravotní zázemí, zařízení následné péče i sociální péče, a také apel na zdravé stárnutí a udržení maximální fyzické i psychické kondice do pozdního věku.<sup>41</sup>

#### 1.1.4 Zdravé stárnutí

V mnoha oblastech Evropského regionu se u starších lidí klade hlavní důraz na zajištění klidu i pohodlí. Což je velmi dobré, ale senioři velmi intenzivně vnímají pocit klesající společenské potřebnosti a dá se říci, že jsou nedostatečně připraveni na odchod do důchodu a na projevy stárnutí organismu a vznik některých zdravotních rizik (deprese, demence, pády, úrazy...). Je nutná včasná příprava na stáří, aktivita, ochota využít mnoha příležitostí, jak zůstat aktivní a zajímat se o život i ve vyšším věku. Pojetí úspěšného stárnutí počítá s pozitivními dopady na zlepšení kvality života, snížení závislosti na aktivitách každodenního života a na požadavky na zdravotně sociální péči ve stáří.<sup>42</sup>

Cílem zdravého stárnutí do roku 2020 by měla být možnost u seniorů nad 65 let plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti. Celková střední délka života a střední délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65 osob alespoň o 20 %. Nejméně o 50 % by se měl zvýšit počet osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.<sup>43</sup>

Důsledky stárnutí obyvatelstva se projevují v oblasti ekonomické, sociálně zdravotní i sociologické.<sup>44</sup> Sociologický charakter má i v poslední době často diskutovaná problematika postojů ke starším lidem. Haškovcová poukazuje na značnou rozporuplnost v této oblasti – ačkoliv vnitřně jistě souhlasíme s imperativem úcty a lásky ke starším lidem, můžeme mít

---

<sup>41</sup> [www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nst/4020-09](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nst/4020-09).

<sup>42</sup> Srov. KALVACH, Z. The phenomenon of rectangularization of the surf oval curve in the Czech population as a result of the concepts of successful aging and geriatric medicine. *Časopis lékařů českých*, 139/23ú:715-21.2000 Nov.22.

<sup>43</sup> Srov. *Zdraví 21- zdraví do 21. století Evropská řada Zdraví pro všechny* č. 6 s. 36.

<sup>44</sup> Srov. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, s. 25.

tendenci podvědomě starší lidí odmítat jako připomínku naší vlastní perspektivy a ztělesněnou relativizaci v mládí vysoce ceněných hodnot krásy, výkonnosti a úspěchu.<sup>45</sup>

Tato rozporuplnost v osobních postojích má svou analogii i v rovině celospolečenské. Většina lidí se ztotožňuje s konstatováním, že je třeba vytvořit podmínky pro kvalitní a spokojený život seniorů a jejich integraci do společnosti, zároveň však zneklidněně sleduje mediální prognózy sociálních důsledků vývoje poměru mezi ekonomicky aktivní a neaktivní částí obyvatelstva, jíž jsou lidé staršího věku významnou složkou. Na základě negativních stereotypů zkreslených představ a obav zaujímají někdy mladší generace vůči seniorům nepřátelské postoje.<sup>46</sup>

Postavení starých lidí v České společnosti v současné době reaguje na problémy a prognózy, které souvisejí se stárnutím populace. Jednou z tendencí může být snaha omezovat jim vědomě či nevědomě přístup k různým stránkám sociálního života, vnímat stáří jako stigma, vytěšňovat problém stárnutí z vědomí mladších generací i z povědomí politické reprezentace. Rizikovým faktorem toho, že se staří lidé mohou ocitnout na okraji společnosti, je nejen jejich přibývajícím množstvím a objevující se funkční limity související s věkem, ale i deformity v hodnotové orientaci společnosti, kdy se nezájem o hodnoty rovnosti, sociální soudržnosti, mezigenerační solidarity, úcty ke stáří spolu s předsudky a stigmatizací stáří, se stávají podhoubím pro tzv. **ageismus**, který je spojen s vytěšňováním starých lidí ze společnosti.<sup>47</sup>

Existují v České republice studie, které popisují zkušenosti se zneužíváním seniorů. Jedna ze studií byla provedena ve čtyřech domovech pro seniory v Ostravě s výsledkem zjištění finančního zneužívání, psychického, fyzického týrání a zanedbávání. Příčiny zneužívání seniorů zahrnovaly instituce, zaměstnance a povahy klientů. Je nutné vytvoření preventivní politiky v obytném prostředí, které se zaměří na dohled nad právy starších lidí i nad dodržováním etických zásad.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 17.

<sup>46</sup> Srov. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus*, s. 6.

<sup>47</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., MALINA, A. Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice březen I/XI/2008*. S.26-28.

<sup>48</sup> Srov. BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Elderly abuse and mistreatment in residential settings, *Nursing Ethics*. 16:110-26, 2009 Jan.

Riziko vyloučení starých lidí ze života společnosti je způsobeno kombinací řady faktorů a řady životních událostí, které jsou častěji spojeny s vyšším věkem, např. snížení finančního příjmu, chudoba, přestěhování do menšího bytu či instituce, další ztráty úmrtím blízkých osob, zdravotní postižení (poruchy vnímání, mobility, fyzické zdatnosti, poruchy kognice), často sociální a prostorová izolace, osamělost, opuštěnost, nedostupnost nových technologií, neporozumění jim, subjektivní ztráta zájmu, rezignace. Vše zmíněné může vést ad absurdum k vyčlenění „starých lidí mezi staré“, bez možnosti kontaktu s širší komunitou. Vyhroceným postojem společnosti je hrubé zacházení až projevy **násilí na seniorech**.<sup>49</sup> O týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů se v sociálních vědách vede diskuse relativně krátce, cca 25 let. Špatné zacházení se starými lidmi má podobu jednorázového či opakovaného týrání v oblasti fyzické, psychologické (slovní agrese, vyhrožování, ponižování, ignorace..), ekonomické zneužívání, zanedbávání, které je v podstatě pasivní formou týrání. Všechny projevy násilí, týrání, segregace seniorů ze společnosti je nutno náležitě odsoudit, bojovat proti nim všemi prostředky, je nezbytné vytvářet programy sociální inkluze seniorů.<sup>50</sup>

Na formování postojů k seniorům se podílí modernizace společnosti, sekularizace, devalvace tradičních hodnot a důraz na individualismus a nezávislost.<sup>51</sup> Přestože je nebezpečí celospolečenského rozšíření negativních postojů k seniorům aktuální a reálné, výzkumy ukazují, že u nás doposud převažují postoje spíše pozitivní. Starší lidé nejsou většinou spoluobčanů vnímáni jako přítěž či překážka vývoje. Vlastnosti, které jsou jim obvykle přisuzovány, vycházejí z tradičního pohledu na stáří jako na věk moudrosti a zkušenosti.<sup>52</sup>

Je velmi důležité vytvářet přátelskou společenskou atmosféru, podporující úctu ke starším lidem a umožňující jim překonat případná znevýhodnění, jimiž mohou být v rychle se měnící moderní době zasaženi. Zásady OSN pro seniory z roku 1991 vyzdvihují následujících pět principů: nezávislost, péči, důstojnost, participaci (zapojení seniorů do společnosti) a seberealizaci (přístup seniorů k vzdělávacím, kulturním, rekreačním a duchovním zdrojům

---

<sup>49</sup>Srov. JANEČKOVÁ, H, MALINA, A. Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice, březen I/XI/2008*, s. 26-28.

<sup>50</sup>Srov. ŠPATĚNKOVÁ, N. a kol., *Krizová intervence pro praxi*, s. 130.

<sup>51</sup>Srov. RABUŠIC, L., VODOVIČOVÁ, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti státnutí v pohledu české veřejnosti*, s. 43; TOŠNEROVÁ, E. *Ageismus*, s. 7-9.

<sup>52</sup>Srov. RABUŠIC, L., VIDOVIČOVÁ, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti státnutí v pohledu české veřejnosti*, s. 14-17; BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Elderly abuse and mistreatment in residential settings, *Nursing Ethics*. 16110-26,2009 Jan.

společnosti, plný rozvoj jejich potenciálu).<sup>53</sup> Podobně Národní program přípravy na stárnutí zdůrazňuje rovnost lidí, právo na důstojnost, nezávislost, sebeurčení a rozvoj osobnosti, mezigenerační solidaritu, potírání diskriminace a sociálního vyloučení seniorů, úctu, respekt, porozumění a toleranci.<sup>54</sup>

Staří lidé jsou nositeli velkého kulturního, spirituálního, sociálního i ekonomického potenciálu, který si zaslouží být rozpoznán, chráněn a rozvíjen.

## 1.2 Geriatrická péče

### *Historie péče o staré nemocné*

Úroveň společnosti lze po stránce ekonomické, kulturní i mravní jistě hodnotit různým způsobem. Jedním z vysoce validních kritérií je to, jak se státy starají o své staré, nemocné a duševně choré jedince. V historii charakterizuje péči o staré lidi vývojová triáda: charita, obec, stát. Dnes se všechny způsoby péče kombinují.

V dobách minulých byla péče o staré lidi byla praktikována především v rámci rodiny. Pokud rodina chyběla nebo nemohla či nechtěla o své seniory se starat, pak se staří lidé ocitli na pokraji společnosti. Tradiční péče se opírala o principy křesťanské lásky a měla charitativní charakter. Trvalo několik století, než se podařilo většině starých lidí dopřát materiální minimum jejich zajištění, ale i dnes existují státy, kde je pomoc starým lidem poskytována sporadicky nebo na velmi nízké úrovni. Postupem doby bylo jasné, že je třeba řešit pomoc a péči o staré lidi systémově. Z historie vyplývá, že v roce 1504 vyšel v Anglii snad vůbec první zákon, který se pokoušel řešit sociální problémy starých lidí. Byl formulován jako ochranný. V roce 1782 bylo v Anglii nařízeno budování starobinců. Už v 15. a 16. století byly po celé Evropě zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. V průběhu 18. století vznikaly také v USA tzv. „farmy chudých“, dobročinné domy. V následujících dvou stoletích se po celé Evropě množily chudobince a starobince. Ze

---

<sup>53</sup> Srov. *Zásady OSN pro seniory* /online/. Praha: MPSV ČR, /cit.11.5.2005/. Přístup z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>

<sup>54</sup> Srov. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012* /online/. Praha: MPSV ČR, /cit.6.12.2008/. Přístup z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

získaných zkušeností bylo zřejmé, že staří nemocní potřebují odlišný typ péče, v současném pojetí bychom hovořili o diferencované léčebné péči.<sup>55</sup>

V Čechách a na Moravě měli staří lidé stejný osud jako jinde v Evropě. Existovaly tři základní typy ústavní péče, v nichž převažovala charitativní pomoc. Prvními byly středověké špitály, útulky pro nemocné lidi (mladé i staré). Druhý typ ústavní péče reprezentovaly klášterní nemocnice, které fungovaly zvláště pro hrstku vyvolených. Do třetice existovaly nemocnice pro malomocné nebo osoby s různými infekčními chorobami. Otázky „kam“ se starými nemocnými lidmi se staly naléhavými a byly plošným problémem. Ke značným změnám došlo za vlády za Marie Terezie a Josefa II.<sup>56</sup>

### ***První geriatrické počiny v České republice***

Vpravdě medicínský pohled na starého nemocného člověka se datuje do období počátku devatenáctého století. Prvním opravdu geriatrickým počinem jsou přednášky Josefa Hamerníka (1810-1887) o nemocech vyššího věku na pražské lékařské fakultě, které se konaly od roku 1843. Tyto přednášky nebyly pouze přednáškami teoretickými, ale byly doprovázeny demonstracemi u lůžka nemocných. Za dalšího průkopníka moderní evropské geriatry bychom mohli považovat Františka Procházku, který své přednášky „Patologie a terapie nemocí pokročilého věku“ i s demonstracemi uskutečňoval od roku 1904 do počátku druhé světové války. František Procházka se postupně více věnoval sociálnímu lékařství a vnímáme jej také jako zakladatele tohoto oboru u nás. Na geriatrickou tradici navázal po válce profesor Rudolf Eiselt (1881–1950) a to zhruba do roku 1921. V tehdejší chudobinci sv. Bartoloměje založil z pověření pražské lékařské fakulty Ústav pro nemoci staří. Světovou prioritu tento ústav získal v roce 1929, kdy se přesunul do nově vzniklých Masarykových domovů v Praze- Krči. Vznikla tímto **první geriatrická klinika na světě** s kapacitou zhruba 300 lůžek. I založení Masarykových domovů je hodnoceno jako unikátní počín, po celkové dostavbě měly tyto 3 256 lůžek. Od roku 1941 se postupně měnily na

---

<sup>55</sup> Srov. SKÁLOVÁ, A. Seniorům se nedostává adekvátní léčby, Zdravotnické noviny, 21/ 2006, roč 55, s. 28.

<sup>56</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 182- 196.



vojenskou nemocnici a lazaret. V následujícím období se již ke svému účelu nevrátily nyní se v tomto architektonicky unikátním areálu nachází Fakultní Thomayerova nemocnice.<sup>57</sup>

Od roku 1974 vznikaly v Československu léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a léčebny dlouhodobě chorých (LDCH) ve snaze zlepšit nevyhovující stav péče o dlouhodobě nemocné pacienty. Tato zařízení se stala lůžkovou základnou oboru geriatrie, jehož koncepce byla formulována v roce **1983**. Od tohoto roku je **geriatrie samostatným lékařským oborem v ČR**, a tento počín byl vnímán ve své době jako velmi pokrokový. V 80. letech 20. století byl také zaveden institut geriatrické sestry. Jednalo se o velmi užitečnou službu, která rozšiřovala geriatrii o ošetrovatelský rozměr.<sup>58</sup>

Významným krokem bylo ustanovení samostatného pracoviště pro postgraduální vzdělávání lékařů v oboru geriatrie. Kabinet gerontologie a geriatrie byl zřízen jako pracoviště Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů dne 1. 10.1974. Hlavním úkolem bylo nejen zajištění postgraduálního vzdělávání lékařů v geriatrii, ale také organizačně metodické vedení a rozvoj celé vědeckovýzkumné činnosti.<sup>59</sup>

Počátkem devadesátých let bylo zřejmé, že je třeba vytvořit diferencovaný systém geriatrické péče, který bude podporovat rozvoj akutní geriatrie, následné péče a také její návaznost do sociálních a komunitních služeb. V roce 2000 byla vytvořena moderní koncepce geriatrie, dopracována dle požadavků Ministerstva zdravotnictví a posléze schválena Vědeckou radou MZ.<sup>60</sup> „Národní program přípravy na stárnutí na léta 2003-2007“ však formuloval cíle v oblasti zdravotnictví vágně a nepřispěl ke zlepšení situace v oblasti geriatrie. Druhý „Národní program přípravy na stárnutí na období 2008- 2010“ již obor geriatrie podporuje, ale bohužel nejsou na tento program alokovány žádné prostředky. Tento program uvádí, že „kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje odbornou specializovanou geriatrickou péči a současně geriatricky modifikované přístupy v rámci jednotlivých specializací“. Je nutné také adekvátně zajistit dlouhodobou péči. V této oblasti byl vypracován experty diskusní materiál MPSV k problematice dlouhodobé péče v ČR. Dalo by

---

<sup>57</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B. Geriatrie – historický exkurz a současnost, *Zdravotnické noviny* 45, ročník 59, 2010, s.22.

<sup>58</sup> Srov. tamtéž, s. 23.

<sup>59</sup> TOPIKOVÁ, E., NEUWIRT, J. Třicet let postgraduálního vzdělávání v gerontologii a geriatrii v České republice, *Česká geriatrická revue* I, 2004, roč.2, s. 6.

<sup>60</sup> TOPINKOVÁ E., NEUWIRT, J. Třicet let postgraduálního vzdělávání v gerontologii a geriatrii v České republice, *Česká geriatrická revue*, I. 2004 roč. 2, s. 6.

se říci, že přes medicínsky i společensky jasnou potřebnost geriatric, minulé období její podpoře a rozvoji příliš nepřálo. Ministerstvo zdravotnictví ještě v roce 2008 navrhovalo zrušení tohoto oboru. K této realizaci nedošlo díky usilovnému tlaku ze strany geriatrické společnosti a geriatric byla znovu zařazena do příslušné vyhlášky a existuje jako samostatný lékařský obor. Byl připraven vzdělávací program oboru geriatric jako základního klinického oboru (navazujícího na interní kmen a kmen všeobecného lékařství) a nově také oboru medicína dlouhodobé péče (jako certifikovaný kurz tedy nástavbového oboru). Tyto vzdělávací náplně byly legislativně upraveny již v roce 2009.<sup>61</sup>

Je zřejmé, že na geriatric se již nepohlíží a nebude pohlížet jen jako na obor zajišťující následnou péči a dlouhodobou péči, ale na partnerský obor, který spolupracuje v rámci rovného vztahu s jinými lékařskými odbornostmi.<sup>62</sup>

**Gerontologie** je - řečeno tím nejjednodušším způsobem - věda o stárnutí a stáří. Wahl a Heyl citují definici Baltese a Baltesové, dle nichž je gerontologie multidisciplinárním vědním oborem, který se zabývá popisem, vysvětlením a modifikací tělesných, psychologických, sociálních, historických a kulturních aspektů stárnutí a stáří, včetně analýzy pro stáří relevantních a stáří konstituujících prostředí sociálních institucí.<sup>63</sup>

Gerontologie je dnes uznávanou vědeckou disciplinou. Samostatný termín gerontologie vznikl ve 30. letech 20. století. Klasicky je dělena na gerontologii experimentální, sociální a klinickou resp. geriatric. **Gerontologie experimentální** se zabývá mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. **Gerontologie sociální** tematizuje sociální dopady stárnutí na stáří člověka. Současně si všímá i společenských sociálních faktorů, které procesy stárnutí ovlivňují. Zjišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí, podporuje zdravé stárnutí s cílem udržení praktické soběstačnosti.

Dle Topinkové je **geriatric** (*geriatrics, v překladu někdy i geriatrická medicína*) samostatným oborem, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku nad 65 let, obvykle nad 70 až 75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a léčby chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční

---

<sup>61</sup>Srov. Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.

<sup>62</sup>Srov. HOLMEROVÁ, I. Geriatric 2010, *České geriatrické revue*, 2010, s. 7-9.

<sup>63</sup>Srov. WAHL, H-W, HEYL, V. *Gerontologie – Einföhrung und Geschichte*, 2004, s. 35.

rezervy, důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšuje prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče.<sup>64</sup> Haškovcová uvádí, že **geriatrie** je řádný lékařský obor, který se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří diagnostikou a specifickými aspekty léčby starých lidí. Mezi zvláštnosti patří především polymorbidita, atypický průběh chorob, chronicita, časté komplikace.<sup>65</sup>

Obor zahrnuje **prevenci, diagnostiku, léčbu**, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství. Vychází ze znalosti diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik, komplexního hodnocení, stanovení funkční diagnostiky. Důraz je kladen na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti, což zlepšuje výsledky celkové zdravotní péče. Často se jedná se o interdisciplinární medicínská témata a okruhy. Zahrnuje také zdravotní výchovu a spolupráci s rodinami a laickými ošetřujícími. Nedílnou součástí je také řešení v širších souvislostech, problematika propuštění seniora z nemocnice, **zajištění následné péče** a sociální péče. Podmínkou je orientace v zařízeních daného regionu, v možnostech doléčení chronických chorob ve stáří.

Cílem oboru je zachovat v co největší míře zdraví seniorů a schopnost žít kvalitní a nezávislý život. Kromě dosažení co nejlepšího stupně zdraví je cílem geriatrie i dosažení maxima funkční zdatnosti a soběstačnosti.<sup>66</sup> Z pohledu služeb je cílem vytvoření kvalitních a efektivních zdravotnických služeb pro seniory. Topinková (2002) uvádí cíl geriatrie v širším pojetí - co nejvíce zvýšit šance starého člověka (pacienta) na dobré zdraví ve výše uvedeném kontextu soběstačnosti a funkčního zdraví, ale předcházet jejich zhoršování. Moderní geriatrie má tedy preventivní charakter. Přestože se jedná o medicínský obor, úzce navazuje na „péči o seniory“, která je chápána mnohem širěji napříč jednotlivými rezorty a má velké přesahy. Zahrnuje oblast ekonomickou (důchodovou politiku), sociální (poskytování služeb a dávek, služeb asistenčních, pečovatelských) a zabezpečení bydlení. Dále možnosti kulturního vyžití a seniorského vzdělávání. Žádná z těchto oblastí nepatří do oboru geriatrie. Specialisté v geriatrii by však měli být konzultanty státní správy a aktivně zasahovat do zdravotně

---

<sup>64</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie v roce 2002, *Zdravotnické noviny* – příloha, 2002, s. 118 – 119.

<sup>65</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří* s. 201-203.

<sup>66</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. Co je a co není geriatrie, *Lékařské listy*, příloha *Zdravotnických novin*, 2007, s. 12.

sociální politiky vůči seniorům.<sup>67</sup> Weber uvádí, že nová geriatrie musí být chápána jako mezioborová specializace s častou integrací dalších lékařských oborů do pracovního týmu.<sup>68</sup>

Dle Kalvacha je pojetí geriatrické medicíny jako diferencované péče o geriatrické pacienty velmi diskutováno. Podstatné je pojetí geriatrického pacienta, ohroženého zvláštními geriatrickými riziky a těžcího ze specializované geriatrické péče a léčby. V rámci institucionálních geriatrických prvků jsou diskutovány metodologické otázky rozvoje geriatrické péče a akutních geriatrických oddělení nemocnice. Na významu ovšem nabývá také sledování a dlouhodobá péče, jakož i podpora primární péče a komunitních center.<sup>69</sup> Součástí geriatrie je také **věda a výzkum**, pregraduální výchova studentů lékařských oborů, profesní specializační výuka pracovníků oboru a geriatrická edukace pro ostatní profesionály. V oblasti **výuky je** v České republice i v zahraničí snaha o zařazení výuky geriatrie do medicínských i ošetrovatelských programů. V České republice se problematice výuky na vysokých školách věnovali Topinková a Neuwirt, kteří vycházeli ze skutečnosti, že zvýšení počtu seniorů ve společnosti vyžaduje více vysokoškoláků-odborníků na zdravotní péči, pracovníků sociální péče a manažerů se základní expozicí a znalostmi gerontologie a geriatrie. V akademické roce 2004/2005 provedli průzkum na I. lékařské fakultě Univerzity Karlovy formou dotazníkového šetření, kdy rozdali dotazníky dvakrát, nejprve před zahájením klinického kolečka, a poté po jeho ukončení. Průzkum potvrdil, že klinické školení geriatrické medicíny je připraveno v souladu se současnými evropskými doporučeními, je dostatečně účinné a dobře přijaté studenty.<sup>70</sup>

Kalvach a kolektiv analyzovali cíle a přístupy ve výuce geriatrie a gerontologie u vysokoškolských studentů lékařské fakulty v souladu s literaturou a osobní šestiletou zkušeností. Navrhli dvoumodulový model s úvodním modulem obecné gerontologie v prvních letech studia (důraz na komunikaci, reflexe, seniorů jako lidských bytostí, jejich omezení, rizika, potřeby) a pokročilým modulem řádné lékařské geriatrie na konce klinických roků

---

<sup>67</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie v roce 2002, Zdravotnické noviny – příloha 2002, 11, s. 118-119.

<sup>68</sup> Srov. WEBER, P., New interventional gerontology in the geriatrization era of medicine, *Vnitřní lékařství*, 47(2):106-10, 2001. Feb.

<sup>69</sup> Srov. KALVACH, Z. The concept of geriatric medicine and differentiated geriatric care. *Časopis lékařů Českých*. 140(22): 679-84, 2001, Nov. 8.

<sup>70</sup> Srov. MADLOA P., NEUWIRT J., TOPINKOVA, E. Effectiveness of teaching gerontology and geriatrics in student of the 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prag, *Časopis lékařů Českých*, 145(9)-733-7.2006.

studia (atypické charakteristiky nemocných, jejich diagnostika, diferenciální diagnostika a význam akutní péče u seniorů).<sup>71</sup>

V USA lze evidovat snahy, které řeší problém nedostatku odborníků- geriatrů a rostoucí počet stárnoucí populace formou interdisciplinárních didakticky a klinicky vedených výcvikových kurzů. Jako možné řešení se jeví vytvoření mezidisciplinárních tréninkových modulů zvláště v otázkách medicínských (specifika klinického obrazu chorob ve stáří, terapie s důrazem na polyfarmakoterapii, sociální problematika, problematika stomatology, ošetrovatelství).<sup>72</sup>

Co se zdravotních sester týče, jsou v USA dobré zkušenosti s programy, které vyškolí absolventky v poskytování specifické péče starým pacientům Např. Centrum geriatrické ošetrovatelské excelence Nadace Johna A. Hartforda na Minnesotské universitě vyvinulo program s úkolem připravit sestry na splnění výše uvedeného cíle<sup>73</sup>.

**V popředí a v centru zájmu geriatric je stárnoucí jedinec i starý nemocný člověk.** Stárnutí je velmi individuální proces, který je včleněn do celkového životního děje člověka a je plynulým přechodem v rámci celého jeho života. Prožitek stárnutí je v oblasti biologické, psychické a kognitivní, je ve změně ambicí a životní orientace i v emocionální oblasti. To vše může vést k poruše adaptace na novou životní etapu a vyžaduje nejen od lékařů, ale i nelékařských pracovníků velmi citlivý přístup k seniorům a zvláště pak k nemocnému starému člověku a speciálně k umírajícímu, který se ocitá na konci svého života.<sup>74</sup>

Tyto oblasti psychické podpory stárnoucích a starých, nemocných osob jsou vhodně pojaty výrazem doprovázení, které se v poslední době velmi ujalo, zvláště v kontextu s hospicovou péčí. V posledních 10 letech nabývá na významu také **pastorační péče**, která se začleňuje do týmu pečujících o staré nemocné. Opatrný v širším slova smyslu vysvětluje pastorační jako jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho životní situaci včetně

---

<sup>71</sup> KALVACH, Z., MASKOVA, B., STEPAN, P. Teaching of geriatrics and gerontology at medical schools *Sborník lékařský*, 102(1):83-92, 2001.

<sup>72</sup> MEZEY, M., MITTY, E., BURGER, S., G. at all, Healthcare Profesional Training: A Comparasion of geriatric competencies, *Jags* 56:1724-1729, 2008, *Journal compilation* 2008, The American Geriatrics Society

<sup>73</sup> KRUCHBAUM, K., KASS, M., MUELLER, A. at all, Teaching the trachet: The Fakulty Learning about geriatrics program. *Journal of gerontological nursing*. Vol.35, No.4. 2009 s.218-223.

<sup>74</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 139-153.

smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry. Pastorační péče jako určitý druh přístupu člověka k člověku, posiluje radou, povzbuzením, odpuštěním a pomocí.<sup>75</sup>

V širším smyslu můžeme hovořit o působení na psychiku nemocného seniora meditací, která má svoji roli v zdravotně sociální práci. Přijetím východních praxí v západní kultuře se šíří zájem jednotlivců o hledání nových cest sebepoznání. Meditace přináší mnohé benefity v zlepšení zdraví, spirituality i jako pomoc při léčebných zákrocích. Meditace je katalyzátorem k hledání spirituality pro mnoho jedinců. Na západě je používána pro duchovní naplnění, uspokojení, jako forma cvičení a doplněk k léčbě i u seniorů. Ve východních částech světa je meditace především cestou k dosažení osvícení. Výsledky meditace jsou v obou kulturách rozdílné, ale přínosné jsou pro oba účely.<sup>76</sup>

Z pohledu celospolečenského lze přiznat, že je stále malý zájem o vnímání starého člověka v uvedeném kontextu změn stáří, spíše dominuje pohled jako na člověka “neproduktivního“, tudíž až nepotřebného.<sup>77</sup> Cílem nové geriatric a gerontologie je prodloužení let aktivního života a udržení funkčních kapacit po celý lidský život a posílení prestiže seniorů v populaci.<sup>78</sup>

Z pohledu organizace zdravotní péče o seniory lze hovořit jednak o primární péči o seniory, jednak o péči specializované, která se realizuje formou ústavní nebo ambulantní péče.

### 1.2.1 Primární péče o seniory

Primární péče je klíčem ke kvalitě a efektivnosti péče o seniory. Primární péče je péčí týmovou. Klíčovou roli mají pacientův praktický lékař a emancipovaný tým domácí péče. Praktický lékař se věnuje přibližně čtyři pětiny svého profesionálního času právě seniorům. Pro kontakt s nemocným vyššího věku je nutno kalkulovat s větším časovým prostorem, nejen pro získání anamnestických dat, pro objektivní vyšetření, ale i pro posouzení funkčního stavu seniora a stanovení funkční diagnózy.<sup>79</sup> Musí se počítat s atypickým obrazem chorob ve stáří

---

<sup>75</sup> Srov. OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích – část 1.* 2002, s.1-2.

<sup>76</sup> Srov. Gusta, S-G., Russel, A. *Meditace: Přijetí východního myšlení do západní sociální praxe.* In *Jurnal of Religion and Spirituality in Social Work.* Vol. 26(2) 2007.

<sup>77</sup> Srov. Tavel, P. *Psychologické problémy ve stáří,* s. 10.

<sup>78</sup> Srov. WEBER, P. a kol, *Minimum z klinické gerontologie,* s. 11.

<sup>79</sup> Srov. KUBEŠOVÁ, H., HOLÍK, J., WEBER, P. *Pohled na praktického lékaře – geriatra první linie,* *Zdravotnické noviny příloha Lékařské listy.* 2001, č. 9, s. 10-13.

a prověřit i nespecifické zhoršení zdravotního stavu, odhalit deprese, demence, adekvátně léčit bolest ve stáří ....

Činnost praktického a rodinného lékaře je součástí primární péče. Primární péče má za úkol se postarat o nemocného v rámci prvního kontaktu, slouží jako místo vstupu nemocného do systému zdravotní péče. Zahrnuje však také péči kontinuální: lékař primární péče přebírá nemocného do dlouhodobé péče, a to jak v době jeho choroby, tak i v období zdraví, kdy se zaměřuje na preventivní charakter péče, včetně detekce vysoce rizikových skupin. Praktický lékař poskytuje komplexní péči, která má osobní charakter a zahrnuje také koordinaci péče o nemocného, nejlépe v ovzduší důvěry a vzájemné spolupráce. Přebírá odpovědnost nejen za jednotlivé nemocné, ale také za zdravotní problémy v komunitě. Právě geriatričtí nemocní jsou specifickou skupinou občanů, kteří potřebují týmovou péči a spolupráci praktického lékaře a profesionálů primární péče, kam kromě výše uvedených patří i další pracovníci terénních služeb či rezidenčních zařízení a komunitních center.<sup>80</sup>

Praktický lékař je v podstatě geriatriem první linie již v současné době. Tuto roli bude přebírat stále intenzivněji, tak jak bude narůstat procento seniorů v naší populaci.<sup>81</sup> Trendy ve spotřebě primární péče byly studovány u starších pacientů (60 a více let). Byli sledováni komplexem složeným z charakteristik četností návštěv ordinace praktického lékaře. Studie byla provedena v roce 1982, 1992, 1993 a 1996 (Vožehová, Zikmundová). Došlo ke statisticky významnému zvýšení spotřeby primární zdravotní péče o seniory. Studie zdůraznila významnou úlohu lékařů primární péče v péči o seniory, kteří představují 80 % klientely jejich ordinací v České republice.<sup>82</sup>

V roce 2007 byl v USA v návaznosti na očekávanou budoucí dostupnost geriatrů realizován výzkum na 145 lékařských fakultách. Hlavní zkoumanou otázkou bylo, jak by měl zkušený geriatr rozložit svůj klinický um tak, aby z toho maximálně profitovala stárnoucí populace. Výzkum prokázal, že je užitečné, aby v primární péči byli lékaři vzděláni

---

<sup>80</sup> Srov. ŠIPR, K. Etické aspekty praktického lékařství, *Scripta Bioethica*, 1996, č. 13, s.22.

<sup>81</sup> Srov. WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie*, s. 31.

<sup>82</sup> Srov. VOZEHOVA, S., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAVÁZALOVA, V. et al. Trends in primary health care consumption by the elderly. *Acta Medica Austriaca*. 30(2):48-50, 2008.

v otázkách specifických onemocnění ve stáří, dále pak v péči nemocniční. Specializované geriatrické ambulance by měly být využívány především seniory nad 85 let věku.<sup>83</sup>

### 1.2.2 Specializovaná péče o seniory

Specializovaná péče o seniory zahrnuje jednotlivé typy geriatrické péče, mezi které patří:

#### *Geriatrické oddělení*

Geriatrické oddělení poskytuje akutní nebo specializovanou geriatrickou péči. Nepatří organizačně do systému následné péče.<sup>84</sup> Je oddělením nemocničního typu, specializovaným k péči o seniory, kteří přicházejí obvykle s akutním zhoršením zdravotního stavu a ohroženou či zhoršenou soběstačností. Jedná se o stavy, které starého člověka bezprostředně ohrožují, ale nejsou indikací k hospitalizaci na jiném nemocničním oddělení.

*Náplň a činnost nemocničního geriatrického oddělení:*

- časná diagnostika obvykle atypicky probíhající dekompenzující příčiny onemocnění
- účelně razantní terapie respektující periculum in mora u křehkého pacienta s limitovanými adaptačními schopnostmi s limitovanými funkčními rezervami
- prevence obvyklých geriatrických hospitalizačních komplikací, imobilizačního syndromu včetně dekubitů, delirantních stavů apod.
- intenzivní rehabilitace a aktivace
- průběžné hodnocení funkčního stavu a časná příprava co nejvstřícnější formy propuštění v návaznosti na jiné zdravotní služby<sup>85</sup>

---

<sup>83</sup> Srov. WARSHAW, G., Bragg, J., FRIED, L., P., HALL, W., J. Which patients benefit the most from a geriatrician's care? Concensus Among Directors of Geriatrics Academic Programs. Special Series: The Association of Directors of Geriatric Academic Programs Symposium. JGIM 56:1796-180+, 2008, *Jurnal compilation 2008*, The American Geriatrics Society.

<sup>84</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 229.

<sup>85</sup> Srov. PŘEHNAL, J. Nemocniční geriatrická oddělení, *Lékařské listy* s. 19, *Zdravotnické noviny* 12/2007.



*Typickými příklady indikací* jsou náhlá zhoršení stavu bez bezprostředně zjevné příčiny či zapříčiňující nosologické jednotky. Patří sem dále pády, deliriantní stavy, malnutrice, nutriční poruchy, mnohočetná symptomatologie s celkovým zhoršením stavu atd. Jedná se často o hraniční interdisciplinární stavy u pacientů vyššího věku na pomezí interny, neurologie a podobně. Dále jsou to pooperační stavy s potřebou časně rehabilitace, diferenciálně diagnostická problematika vyššího věku, potřeba stanovení funkční možnosti s návrhem optimálního postupu a další péče. *Metodou práce* těchto oddělení je kompenzace zdravotního stavu, rehabilitace nácvik soběstačnosti, přístup multidisciplinárního týmu, šetrná a přiměřená diagnostika a účelná terapie mající na zřeteli kvalitu života a stav soběstačnosti, specifický geriatrický režim. Kromě specifických geriatrických postupů využívají v přiměřené míře zejména interní, neurologické a rehabilitační metody. *Cílem* je zlepšení zdraví a soběstačnosti, stanovení diagnózy včetně funkčního ohodnocení, zhodnocení kognitivních funkcí, návrh dalšího optimálního postupu a péče, snížení potřeby dlouhodobé ústavní péče. Předpokládaná doba pobytu je do 3 týdnů. Financování je uskutečněno ze zdravotního pojištění. Doporučený počet lůžek je minimálně 0,20 lůžka na 1000 obyvatel spádového území.<sup>86</sup>

### ***Geriatrická ambulance***

Tato ambulance funguje buď samostatně, nebo při nemocničním geriatrickém oddělení a představuje základnu geriatrického týmu pro konziliární složky u pacientů hospitalizovaných i ambulantních.

*Základní úkoly ambulance jsou v oblasti léčebně preventivní:*

- diagnostika založená na objektivním testování soběstačnosti a závislosti
- psychosociální hodnocení
- komplexní léčení patologického stárnutí
- diagnostika a léčba specifických syndromů vázaných na věk
- vyhodnocení zdravotního stavu seniorů ve spádové oblasti, hodnocení funkčního stavu seniorů a vypracování individuálních rekondičních programů

---

<sup>86</sup> Srov. Koncepce geriatric, *Interní grantová agentura MZ, 1995.*

- podíl na řešení zdravotně sociální problematiky včetně syndromu zanedbávání a týrání
- dispenzarizace rizikových geriatrických pacientů, zvláště multimorbidních

V širší dimenzi je péče o seniora dle uvedené koncepce nejen medicínskou problematikou, ale zahrnuje také koordinaci vzájemné návazností v poskytování léčebné péče, zvláště mezi akutní a následnou péčí. V širší dimenzi a v pohledu zajištění seniorů je úkolem geriatra spolupracovat s občanskými iniciativami, orgány státní správy a samosprávy při řešení problematiky zajištění péče o seniorskou populaci ve spádové oblasti.

#### *Konziliární a poradenská činnost:*

- konziliární činnost ve zvláště složité gerontologické problematice na vyžádání odborníků ostatních lékařských oborů
- poradenská činnost pro příslušníky pečujících rodin
- poradenská činnost pro ošetřovatelské týmy
- výuková činnost pro regionální středoškolská a vysokoškolská zařízení.<sup>87</sup>

#### ***Geriatrický stacionář***

Geriatrický stacionář je poloinstitucionální formu péče o geriatrické pacienty. Principem je pobyt v zařízení, který trvá 6-12 hodin (obvykle denní pobyt), ale může se pravidelně opakovat. Obsahem péče jsou léčebné, ošetřovatelské a rehabilitační výkony, dále psychická aktivizace a ergoterapie, kognitivní trénink.<sup>88</sup>

**Současné typy geriatrické péče v České republice** se vytvořily na základě transformace geriatrické péče zejména v devadesátých letech, kdy se vytvořila nově koncipovaná zařízení a specializovaná zařízení, která se v další době dále profilovala. Např. ve Fakultní nemocnici v Brně vznikla klinika interní geriatrická a praktického lékařství., zaměřena na problematiku diabetologie. V Hradci Králové existuje Gerontometabolická klinika se zaměřením na problematiku intenzivní péče v geriatrii, metabolismus poruch výživy, sarkopenie a imunologických aspektů stárnutí. V některých nemocnicích je

---

<sup>87</sup> Srov. PŘEHNAL, J. Geriatrická ambulance, *Zdravotnické noviny - příloha Lékařské listy*, 12/2007 s 6.

<sup>88</sup> Srov. tamtéž s 7-8.

geriatrická služba součástí nemocničního urgentního příjmu a přijímá na své oddělení přímo akutně nemocné vyšší věkové kategorie. Geriatrická klinika v Praze je špičkovým zařízením, věnujícím se aspektům geriatrické péče, výuce a výzkumu gerontofarmakologie. Geriatrické centrum krajské Bařovy nemocnice ve Zlíně prosazuje diferencovaný přístup ke geriatrické péči, diabetologii a poúrazové péči. Ve FN v Plzni vzniklo první gerontotraumatologické oddělení. Vznikají další geriatrická centra. (Kladno, Liberec, Pardubice, Zlín...) se zaměřením na úzce specializovanou problematiku vyššího věku.<sup>89</sup>

Se stárnutím populace a demografickým posunem staršího obyvatelstva v populaci budou lékařské pohotovostní služby ve zvýšené míře zatíženy geriatrickými pacienty. Specifické potřeby starších nemocných se bohužel nemusí shodovat s prioritami toho, jak jsou služby „pohotovosti“ poskytovány. Rychlé vyšetření a diagnostika mohou být u starších nemocných téměř nemožné vzhledem k polymorbiditě, mnohočetným komplikacím, medikacím a funkčním a kognitivním poruchám. Akutní nemoc se často projeví jen mírnými klinickými příznaky a vyžaduje specifický přístup k starým nemocným.<sup>90</sup>

### 1.3 Následná péče

*Z historie* jsou zřejmé hlavní znaky zdravotnického systému České republiky, které se staly výchozími podmínkami transformačních změn po roce 1990. Od roku **1918**, po vzniku samostatného Československa, byla vytvořena zařízení poskytující zdravotnické služby a zdravotnický systém byl založen na povinném zdravotním pojištění. Od roku **1951** byl aplikován převzatý model sovětského zdravotnictví, pojišťovací systém byl zrušen a zdravotní péče byla převzata plně do rukou státu. Úhrady za péči byly financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu. V letech 1951 – 1990 byly vytvořeny ústavy národního zdraví, které soustřeďovaly zařízení poskytující zdravotnické služby. Na úrovni okresů vznikaly OÚNZ, kde byli soustřeďováni praktiční lékaři, lékaři specialisté, nemocnice, lékárny, záchranná a pohotovostní služba, hygienická stanice, střední zdravotnická škola, technicko-hospodářské služby. Kromě OÚNZ existovaly na úrovni krajů KÚNZ, v nichž byly začleněny

---

<sup>89</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. Geriatrie 2010, *České geriatrické revue*, 2010, s. 7-9.

<sup>90</sup> Srov. HWANG, U., MORRISON, S. The geriatric emergency department, Models of geriatric care, duality improvement and program dissemination, *Jags* 55:1873-1876, 2007, *Jurnal compilation* 2007, The American Geriatrics Society.

krajské a fakultní nemocnice a další specializované služby. Zdravotní péče byla financována z všeobecných daní, prostřednictvím státního rozpočtu. V té době výrazně klesla kojenecká a dětská úmrtnost a prodloužila se střední délka života. **Od šedesátých let** docházelo k prudkému zhoršování zdravotního stavu obyvatel i situace ve zdravotnictví. **V sedmdesátých a osmdesátých letech** trpělo zdravotnictví výrazným nedostatkem prostředků. Státní monopol bránil soutěživosti mezi poskytovateli péče. Technické vybavení bylo nedostatečné, infrastruktura nedostačující, systém byl těžkopádný, neefektivní a nedostatečně reagoval na rostoucí potřeby zdravotní péče.<sup>91</sup>

**Po roce 1990** základní motivací transformace zdravotnictví byl nepříznivý zdravotní stav obyvatel, nespokojenost lékařů se svým postavením, snaha o odstranění těžkopádného systému řízení zdravotnictví, zvýšení motivace obyvatel v péči o vlastní zdraví. Během dvaceti let nastaly změny celospolečenského charakteru, které umožnily změny v systému a charakteru poskytování zdravotní péče. Došlo k několika zásadním změnám - jednak v koncepci poskytování zdravotní péče (demonopolizace, decentralizace) a jednak změny v systému financování cestou zdravotních pojišťoven (výkonový systém, v nemocnicích od r. 1997 kombinace paušální platby a výkonových sazeb, v poslední době systém DRG, u praktických lékařů tzv. kapitace, u ambulantních odborníků výkony s limitací), jednak v kompetenci zřizovatelských práv. V období **roku 2000** došlo k zániku okresních úřadů a vzniku krajských úřadů, místních samospráv, nestátních organizací. V r. 1993 vláda se záměrem motivovat obyvatele v péči o vlastní zdraví přijala Národní program podpory zdraví a primární prevence. V jednotlivých lůžkových zařízeních nastaly změny v systému manažerského vedení, změny v technickém vybavení jednotlivých zařízení, rozvoji specializace zdravotnického personálu. Nastala nutnost a potřebnost akreditace a zavedení standardů sledování indikátorů kvality péče. Došlo k rozvoji v oblasti domácí péče, bylo zavedeno do praxe poskytování komplexní péče v domácím prostředí – home care a došlo k rozvoji lůžkové hospicové péče, jakožto nového medicínského oboru.<sup>92</sup>

*Za následnou péči* je považována obecně zdravotní péče, která navazuje na akutní lůžkovou péči, definice však v právním systému České republiky neexistuje. Ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 1998 je vymezen základní pojem a je

---

<sup>91</sup> Srov. GLADKIJ, I, STRNAD, L. *Zdravotní politika zdraví zdravotnictví*, s. 58-59.

<sup>92</sup> Srov. tamtéž.

vytvořena **koncepte následné lůžkové zdravotní péče**. Jedná se o jediný právní dokument, ve kterém se hovoří o koncepci následné péče

### 1.3.1 Následná lůžková péče

Následná péče je poskytována pacientům se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a u nichž nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, a to do té doby nebo v těch případech, pokud tuto zdravotní péči nelze nebo není účelné poskytovat ambulantně či v lůžkovém zařízení sociální péče.<sup>93</sup>

**V praxi** je významná část následné lůžkové péče realizována v nemocnicích v rámci oddělení akutní péče a v dalších zdravotnických zařízeních (odborné léčebné ústavy, léčebny pro dlouhodobě nemocné, lázeňské léčebny). V širším smyslu je následná péče poskytována také v zařízeních sociální péče v ošetrovatelských ústavech. **Následná péče je tedy poskytována v zařízeních několika typů. Jejich rozdělení je komplikované**, neboť se prolínají hlediska rezortní příslušnosti (zařízení zdravotnická a sociální), hlediska časová (délka pobytu), věcná (povaha pobytu a poskytovaných služeb), úhradová či zřizovatelská (zařízení státní, nestátní zisková, nestátní nezisková - obecní, církevní a jiná). Terminologie je často zvyková a často neustálená. Mnohdy je třeba rozlišovat povahu poskytovaných služeb a oficiální statut zařízení. Jednotlivá zařízení mohou poskytovat současně i různé typy služeb (různé formy péče). Vše bývá navíc komplikováno vícezdrojovým financováním. Určité typy sociálních zařízení mají klientelu prakticky totožnou s určitými typy zdravotnických zařízení, ale rezortně zcela odlišnými standardy vybavenosti a způsoby financování i odlišnými právními a ekonomickými souvislostmi pobytu pro pacienty.<sup>94</sup>

Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností pacientů a závislostí na péči druhé osoby. **Cílem dlouhodobé péče** je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a pozitivně ovlivnit kvalitu života, dále pak dosáhnout úplného fyzického nebo duševního zdraví chronicky nemocných osob, nebo co nejvýrazněji zmírnit následky onemocnění,

---

<sup>93</sup> Srov. Metodická opatření, koncepte následné lůžkové péče, *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, Částka 9, s. 2.

<sup>94</sup> Srov. KALVACH Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 494.

případně zpomalit progresi nebo důstojné dožití osob nevyléčitelně nemocných. Převládá péče ošetrovatelská, rehabilitační a paliativní.

**Mezinárodní dokumenty** definují dlouhodobou péči následovně: Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezená. Jsou tedy závislí na pomoci druhé osoby. Dlouhodobou péčí rozumíme jak péči v domácím prostředí, tak i péči v institucích. Také EU hovoří ve svých materiálech zcela jednoznačně o dlouhodobé péči, kterou definuje jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak natolik neuspokojivý, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují jak zdravotní, tak sociální služby. Cílem zdravotní péče je změna, zlepšení zdravotního stavu. Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče je tedy možné definovat, ale v praxi nelze zcela oddělit, respektive není to účelné, neboť stav pacienta často vyžaduje jak poskytování zdravotní, tak dlouhodobé péče. Vzhledem k současným demografickým prognózám je třeba považovat správné či alespoň uspokojivé řešení otázky dlouhodobé péče za důležitou podmínku udržitelnosti zdravotnických služeb a jejich kvality. Do situace potřeby dlouhodobé péče se mohou dostat lidé všech věkových skupin. Nejčastěji jsou to však lidé seniorského věku. Potřeba dlouhodobé péče výrazně narůstá ve věku nad 75 let.<sup>95</sup>

**V České republice** současná koncepce následné péče vychází z principu, že pro členění a zařazení do systému lůžkové péče není podstatný název zdravotnického zařízení, které zdravotní lůžkovou péči poskytuje, ale **druhy poskytované zdravotní péče**, které jednoznačně vymezují zaměření a rozsah zdravotní péče konkrétního zdravotnického zařízení. Pracoviště musí splnit věcné, technické a personální předpoklady pro poskytování příslušného druhu následné lůžkové zdravotní péče, které odpovídají definovaným standardním normativům. Následná lůžková zdravotní péče je poskytována pacientům se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a u kterých nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, a to do té doby nebo v těch případech, pokud tuto zdravotní péči nelze nebo není účelné poskytovat ambulantně.<sup>96</sup>

---

<sup>95</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., VÁLKOVÁ, M. Východiska dlouhodobé péče. In *Zdravotnické noviny*. Příloha Lékařské listy. 2009, č. 18, s. 4 - 7.

<sup>96</sup> Srov. Metodická opatření, koncepce následné lůžkové péče, *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, Částka 9, s. 3.

***V organizačním režimu následné péče v ČR od roku 1998 jsou tři základní formy:***

- a) **pracoviště léčebné rehabilitace** (*LDN, OLÚ*)
- b) **pracoviště odborné ošetrovatelské péče** (*ošetrovatelská lůžka*)
- c) **pracoviště paliativní péče** (*hospicové péče*)

ad a) Dle legislativní normy existuje doporučený počet lůžek **pracoviště léčebné rehabilitace** 70 na 100 000 obyvatel. Toto zařízení poskytuje následnou a dlouhodobou léčebnou rehabilitaci nemocným, u kterých léčebné rehabilitační postupy tvoří dominantní část léčebného programu bez ohledu na příslušnost jejich onemocnění k jednotlivým klinickým oborům. Rehabilitace je zaměřena převážně na myoskeletární systém, většinou bezprostředně navazuje na včasnou léčebnou rehabilitaci na lůžkovém oddělení a je časově limitována 3 měsíci pobytu. Personální vybavení musí být v souladu s oborovým zaměřením zařízení a s tím, že další lékaři svojí specializací doplňují rovněž garanci kvality péče v dalších, pro plnohodnotnou a kvalitní funkci zařízení potřebných oborech. Hlavní indikací jsou nemocní po traumatech, po CMP, spondylochirurgických operacích, spinálních lézích, alloplastikách hlavně nosných kloubů, ortopedických korekčních operacích..<sup>97</sup>

ad b) Dle citovaného Věstníku je doporučený počet ošetrovatelských lůžek **pracoviště odborné ošetrovatelské péče** 130 na 100 000 obyvatel. Odborné ošetrovatelství na tomto typu lůžkové zdravotní péče znamená zabezpečení všech ošetrovatelských výkonů na základě lékařské indikace, tj. péče o hygienu, o výživu, aktivizaci pacientů, včetně vertikalizace, nácvičku chůze apod., rehabilitace fatických poruch, antidekubitální režim, převazy, ošetřování dekubitů a bércových vředů, ošetřování stomií, drénů, kanyl, podávání léků, včetně infuzí, odběry biologického materiálu, sledování základních životních funkcí, sledování psychického stavu, oxygenoterapie, spolupráce s rodinou a blízkými, ošetrovatelské poradenství. Potřebu provádět uvedené činnosti vyškoleným ošetrovatelským personálem je nutno posuzovat podle charakteru onemocnění a dalších požadavků na užší specifikaci prováděné ošetrovatelské péče. Slouží jako podklad ke kontrole ze strany zdravotních pojišťoven.<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> Srov. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky ročník 1998, s. 14 -15.

<sup>98</sup> Srov. *Věstník ministerstva zdravotnictví*, 1998 s. 16.

ad c) Doporučený počet lůžkové hospicové péče je 5 na 100 000 obyvatel jsou to **pracoviště paliativní (hospicové) péče** Pracoviště zajišťující úzce specializovaný typ zdravotní péče. Těžiště je v odborném ošetřovatelství, symptomatické terapii pro vymezené skupiny pacientů. Jedná se o multidisciplinární paliativní péči, která nastupuje po vyčerpání kauzální terapie. V péči o tyto nemocné je kladen důraz na uspokojování potřeb v komplexním pojetí biopsychosociálním, včetně vazeb nemocného k rodinným příslušníkům.<sup>99</sup> Jedná se o péči, která je určena především onkologickým pacientům v terminální fázi života. Umírajícímu je poskytována kvalitní paliativní léčba, respektována jeho lidská důstojnost a garantováno, že v posledních chvílích nebude osamocen. Principy paliativní léčby lze uplatnit pro nemocné v terminální fázi bez ohledu na základní diagnózu.<sup>100</sup>

### ***Struktura následné lůžkové péče***

Struktura následné lůžkové péče vychází z koncepce lůžkové následné péče, která je uvedena ve Věstníku ministerstva zdravotnictví z roku 1998 (jako dosud jediného dokumentu). Přehled zařízení poskytujících lůžkovou následnou péči je v níže uvedené tabulce.

---

<sup>99</sup> Srov. tamtéž s. 17.

<sup>100</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s.215.



Tab. 6 Dělení zařízení poskytujících lůžkovou následnou péči<sup>101</sup>

Kritéria dělení zařízení lůžkové následné péče	Zařízení následné lůžkové péče
Podle převažujícího typu činnosti (těžiště zdravotní péče)	<p><u>pracoviště odborné ošetrovatelské péče</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- léčebny pro dlouhodobě nemocné</li> <li>- ošetrovatelská lůžka v nemocnicích</li> <li>- ošetrovatelská oddělení v sociálních zařízeních</li> </ul> <p><u>pracoviště léčebné rehabilitace</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- odborné léčebné ústavy</li> </ul> <p><u>pracoviště paliativní péče</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hospice</li> <li>- oddělní paliativní péče</li> </ul>
Podle indikačního (oborového) zaměření OLÚ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-TBC a respirační choroby</li> <li>- psychiatrické ústavy</li> <li>- ústavy léčebné rehabilitace</li> <li>- ústavy pro nemocné s neurologickým onemocněním</li> </ul>
Podle využití místního zdroje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lázeňská péče</li> </ul>
Podle věku	<ul style="list-style-type: none"> <li>- děti</li> <li>- dospělí</li> <li>- senioři s gerontologickou problematikou</li> </ul>

### **Zařízení následné lůžkové péče**

#### **Léčebny dlouhodobě nemocných – pracoviště odborné ošetrovatelské péče**

Léčebny dlouhodobě nemocných vznikaly již v letech 1954 – 1957 transformací nejčastěji z interních oddělení II. typu tzv. „odkladových interen“. S rozvojem oboru geriatrie se tyto léčebny vlastně staly klinickým zázemím oboru geriatrie a prodělaly v dalších letech velký vývoj. V roce 1974 existovalo celkem 31 LDN o celkem 2601 lůžkách. Jejich cílem bylo léčit nemocné s chronickým onemocněním a z pohledu dnešní doby bychom mohli říci, že již od roku 1974 byla v praxi realizována medicína chronických stavů. Počet LDN se systematicky zvyšoval a v roce 1989 jich existovalo již 90 (8 119 lůžek). LDN byly určeny všem dlouhodobě nemocným bez ohledu na věk. Avšak ze statistik vyplývá, že právě senioři byli jejich nejčastějšími pacienty<sup>102</sup> Z historické zkušenosti vyplývá základní charakteristika zařízení LDN jako specializovaná lůžková zdravotnická zařízení. Slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných. Jde především o osoby nesoběstačné, nevléčitelné,

<sup>101</sup> Srov. Věstník ministerstva zdravotnictví, s. 16-18.

<sup>102</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří, s. 211-212.

s potřebou ošetrovatelské péče, rehabilitace a nácviku soběstačnosti. Léčebny dlouhodobě nemocných byly jako samostatná zdravotnická zařízení organizačně začleněny (mimo nemocnice) do tehdejších okresních či krajských Ústavů národního zdraví. Byly určeny pro nemocné ve stabilizovaném stavu, se stanovenou diagnózou i se stanoveným léčebným programem, kteří však v důsledku nesoběstačnosti a míry ošetrovatelské náročnosti nemohou být v domácím prostředí (ani v domově pro seniory), a u kterých nebylo možno předpokládat podstatné zlepšení v době kratší než tři měsíce. V současné době je hlavní náplní všech zařízení následné péče poskytování péče a služeb pacientům takovým způsobem, který odpovídá jedinečným potřebám každého z nich, vyžaduje vysokou úroveň plánování péče a služeb a odborné znalosti personálu a vzájemnou koordinaci.<sup>103</sup> Ve skutečnosti se jedná o skupinu zařízení velmi rozmanitého charakteru, z nichž některá mají charakter rehabilitační, doléčovací, některá poskytují dlouhodobou péči. Záleží na typu zařízení, cílech zřizovatele i na managementu. V současné době v ČR je 7194 lůžek léčeben pro dlouhodobě nemocné. Průměrná ošetrovací doba činí 68,1 dne.<sup>104</sup>

**Indikován** k přijetí na ošetrovatelské lůžko je pacient s chronickým onemocněním nebo onemocněním v postakutním stádiu,

- jehož zdravotní stav je stabilizovaný (tj. nelze důvodně očekávat zvrát stability zdravotního stavu, vyžadující zahájení intenzivní péče
- nemocný má stanovenou diagnózu a léčebný postup s těžištěm v odborném ošetrovatelství resp. rehabilitačním ošetrovatelství
- u něhož je potřeba odborné ošetrovatelské péče, jejíž poskytování je vázáno pouze na provedení kvalifikovaným zdravotnickým personálem, překračuje možnosti domácí zdravotní péče (potřeba více než tři hodiny ošetrovatelské péče nebo více než tři ošetrovatelské návštěvy denně)
- pokud pomine zdravotní potřeba pobytu na lůžku a vyvstane potřeba sociální péče, pak pro takové případy slouží tzv. *sociální pobyt na lůžku zdravotní péče*. Tento pobyt není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro posouzení zdravotní

---

<sup>103</sup> Srov. Point Commission International., *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*, s. 87.

<sup>104</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., VÁLKOVÁ, M. Východiska dlouhodobé péče, *Zdravotnické noviny*, 2009, č. 18, s. 4-7.

a nezdravotní (především sociální) indikace k pobytu na lůžkách ošetrovatelské péče jsou již definována základní kritéria.<sup>105</sup>

V současné době probíhá **transformace následné péče**. Jsou stanoveny požadavky pro provozování ošetrovatelských lůžek jsou také definovány personální požadavky, technické a hygienické normy. Zásadní význam pro transformaci následné péče v České republice na úrovni poznatků a požadavků třetího tisíciletí přináší mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči. V našich podmínkách se vytváří „standardní“ pravidla pro poskytování následné péče. Tyto standardy navazují na mezinárodní standardy pro nemocné Point Commission International, vydané poprvé v roce 1999, a popisují oblasti následné, zdravotní péče, která je poskytována pacientům s chronickým onemocněním, pacientům s rehabilitačními nároky a těm, kteří jsou v terminálních stavech onemocnění. Následná péče se celosvětově dynamicky rozvíjí.<sup>106</sup>

### ***Ošetrovatelská lůžka v nemocnicích***

Ošetrovatelská oddělení resp. „**lůžka**“ v nemocnicích, **oddělení (zařízení) následné péče**. Jejich definování je zakotveno v Seznamu zdravotních výkonů, Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 101/2002 Sb. kde je definován ošetrovací den, který lze vykazovat na ošetrovatelských lůžkách všech odborností.<sup>107</sup>

### **Sociální lůžka – sociální hospitalizace (více zdrojové financování).**

Sociální lůžka vznikají na základě zákona č. 100/1988 Sb., (§73) o sociálním zabezpečení, ustanovuje institut sociální hospitalizace, podle terminologie zákona se jedná o „sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení“. Cílovou skupinou uživatelů těchto služeb jsou osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než je klientovi zajištěno poskytování pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálního typu (např. domovy pro seniory, ústavy se zvláštním režimem, stacionáře apod.). Nebo do doby, kdy je klientu zabezpečena pomoc

---

<sup>105</sup> Srov. Metodická opatření, koncepce následné lůžkové péče, *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, Částka 9, s 14.

<sup>106</sup> Srov. Point Commission International., *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*, s. 11.

<sup>107</sup> Srov. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, 2002, *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 101/2002 Sb.*,s.58.

osobou blízkou mimo zdravotnické zařízení, popřípadě zajištění terénních sociálních služeb (např. home care, pečovatelská služba apod.). To lze považovat za snahu o změnu v oblasti následné péče.

### ***Domovy pro seniory - ošetřovatelská oddělení v domovech pro seniory***

Domovy důchodců v **minulých letech** doznaly významných proměn. V období po druhé světové válce byl koncipován program, který měl umožnit starým lidem dožití v důstojných podmínkách. Jejich jednotný koncept, zřizování a provoz zajišťoval stát. Ten deklaroval, že zabezpečení starého člověka patří do komplexu společenské péče, což bylo uvedeno v zákoně č.55/1956 Sb. o sociální zabezpečení. Z hlediska života běžných seniorů představovaly domovy důchodců v poválečném období svým způsobem terno. Postupně však komfort domovů důchodců se stával v relaci k stávající situaci diskomfortem, docházelo k novým problémům (s prostorem, vytápěním a často i s hygienou). Obyvatelé domovů důchodců byli „zapomenuti“ a hovořilo se o poslední štaci. V roce 1990 bylo na území celé republiky k dispozici 41 903 míst v domovech důchodců a 5 957 v domovech – penzionech. U obyvatel dominovaly pocity ztráty soukromí, nezájmu rodiny i společnosti a odloženosti. Někteří odborníci hovoří o „institucionální totalitě“<sup>108</sup> Od 70 let minulého století se v našich podmínkách začala projevovat krize tradičních domovů důchodců (dále DD). Původní obyvatelé v DD zestárlí, byli více nemocní a ztráceli svou původní zdatnost. Při delším přežívání se stupňoval tlak na lůžka v interních odděleních a LDN. Projevilo se přetlačování pacientů mezi DD a LDN. Tato situace byla podtržena zastaralostí budov, v nichž byly DD a LDN zřizovány. V 80 letech 20. století byl vývoj DD dále deformován výstavbou „mega domovů“ pro několik set obyvatel ve zcela odosobněném prostředí. Oproti původnímu schématu DD pro zdravé a LDN pro nemocné seniory vyvstala potřeba jiného dělení a přístupu, odpovídajícího zkušenostem hospodářsky vyspělých zemí. Byl podpořen rozvoj tzv. chráněného bydlení se soustředěnými službami, ovšem bez zpochybnění soukromí a nezávislosti obyvatel, změnilo se označení z DD často na Domov pro seniory. Vznikaly Domy s pečovatelskou službou, či domovy – penziony pro důchodce.<sup>109</sup> **V období socialistického zdravotnictví** převažovala institucionální péče a resortní dělení, čímž nastávala řada svízelných situací. Mnoho seniorů jednak zabíralo akutní lůžka v nemocnicích, nebyl dostatečný počet LDN lůžek a přitom DD disponovaly lůžkovým fondem, kde mezi

---

<sup>108</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*, s. 218 -220.

<sup>109</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 491.

kontraindikacemi k přijetí byla imobilita nemocného, neboť DD byly koncipovány původně pro zdravé seniory. Docházelo k pingpongové strategii. Z celé situace vysublimovala realita, že zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou zpravidla neoddělitelné. Senioři potřebují oba typy pomoci současně, nebo se jen pouze střídá jejich naléhavost.<sup>110</sup>

Domovy důchodců **v současnosti - domovy pro seniory**. Kromě změny původního názvu nastala organizační změna v roce 2006 v souvislosti se zákonem číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách ve kterém je uvedeno následovně: „v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“<sup>111</sup> Domovy pro seniory mohou být zřizovány kraji, obcemi i nestátnímu subjekty. V souvislosti s novým zákonem č. 108/2006, o sociálních službách a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. došlo k zásadním změnám v poskytování sociálních služeb došlo ke zrušení zdravotních kontraindikací k pobytu. Vyhláškou číslo 505/2006 Sb., nastala možnost uzavřít s pojišťovnou smluvní vztah pro poskytování pouze ambulantní ošetrovatelské péče, kterou vykonává střední zdravotnický personál v rámci odbornosti 913. Tímto krokem jsou zařízení v působnosti rezortu sociálních věcí dalšími faktickými poskytovateli dlouhodobé ošetrovatelské péče. Součástí vyhlášky číslo 505/2006 jsou i Standardy kvality sociálních služeb jakožto soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, sloužících k posouzení kvality sociálních služeb. Uvedené předpisy vytvářejí legislativní podmínky pro realizaci procesu nezbytné transformace sociálních služeb, pro niž je charakteristický zejména ústup od paternalisticky pojímané státní péče a posílení role neformálních komunit, obcí, nezávislých komerčních i neziskových subjektů a samozřejmě i rodiny. Podporován je vnik komplexních a flexibilních forem poskytování sociálních služeb a začlenění ošetrovatelské péče do sociálních služeb.<sup>112</sup> V domovech pro seniory je poskytováno ubytování, strava, pomoc při zvládání běžných životních úkonů, pomoc při osobní hygieně nebo podmínky pro osobní hygienu. Další základní činnosti, které tato sociální služby obsahuje, jsou zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti. Domov pro seniory má uživatelům poskytovat i pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.<sup>113</sup> Existuje zde snaha o aktivizaci a motivaci klientů jejich začlenění do aktivit,

---

<sup>110</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén staří*, s. 223-224.

<sup>111</sup> Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49 odst.1

<sup>112</sup> Srov. BEDNÁŘOVÁ, D. et al. *Vybrané aspekty života seniorů*, s. 15-37.

<sup>113</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 49 odst. 2

vytváření programů, dále pak snaha podpořit jejich sebevědomí a chuť k životu, a připravit jiné radostné prožitky. <sup>114</sup>Zcela zásadní je skutečnost zakotvena v zákoně, že v domově pro seniory může být v případě potřeby zřízeno ošetrovatelské oddělení nebo oddělení pro klienty s demencí. <sup>115</sup>

Nový zákon 108/2006 Sb. v § 51 definuje tzv. **chráněné bydlení**, které je definováno následovně : chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění., jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení je formou skupinového nebo individuálního bydlení a rozumí se jím původní termín **Penzion pro důchodce** vyžaduje určitou soběstačnost seniora. <sup>116</sup>

### ***Odborné léčebné ústavy (OLÚ)***

Poskytují komplexní následnou péči k doléčení dlouhodobě nemocných se speciálním onemocněním, pro které je OLÚ profilizován, případně je definován pro určitou věkovou skupinu pacientů (děti nebo senioři). U zařízení oborově profilovaných musí být personální vybavení v souladu s odborným zaměřením zařízení s tím, že další lékař svoji specializací doplňuje garanci kvality péče v dalším potřebném oboru, dle platné legislativy. K přijetí jsou indikováni nemocní po odeznění akutní fáze onemocnění a chronické zdravotní poruchy, spadající do konkrétních indikací. Musí být jednoznačně patrné, že právě tento typ zařízení je určen k poskytování následné lůžkové péče.

### ***Pracoviště paliativní péče***

Z historie hospicové péče v ČR nutno říci, že hospicové hnutí v ČR zaznamenalo podporu ze strany Ministerstva zdravotnictví v 90 letech 20. století a systematiky podporovalo šíření hospicové myšlenky všemi způsoby. Byly pořádány kurzy paliativní medicíny pro zdravotníky, vznikly projekty rozsáhlé edukační činnosti, určené nejširší veřejnosti. Byly vydávány tématické publikace a audionahrávky s hospicovou tematikou. Bylo ovšem možno se právem obávat, že tato myšlenka bude přijímána zkrlesně, že bude

---

<sup>114</sup> RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*, s. 10-15.

<sup>115</sup> Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, § 50 odst.1.

<sup>116</sup> Srov. Tamtéž.

chápana jako rezignace na kauzální léčbu. První modelové zařízení lůžkové hospicové péče bylo zřízeno v roce 1995 v Červeném Kostelci dotací ministerstva zdravotnictví a zřizovatelem byla Diecézní charita Hradec Králové. Zkušenosti z tohoto prvního hospicového zařízení do jisté míry předznamenal nejčastější formu hospicového zařízení v České republice.

Tato pracoviště zajišťují úzce specializovaný typ zdravotní péče. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.<sup>117</sup> Paliativní péče je aktivní péčí o nemocného v terminální fázi onemocnění.<sup>118</sup> V indikačních kritériích k přijetí do hospicového zařízení je omezeno na dobu šest měsíců před smrtí, ale tato doba je značně variabilní vzhledem k rozdílnosti názorů na správné načasování přijetí do hospiců. Vždy je kladen důraz na správnou komunikaci a načasování vedení rozhovoru o přijetí do hospicu. Bere se vždy v potaz terminální diagnóza, terminální zhoršení, a také vzájemné porozumění. Velmi důležitá je také komunikace s rodinou nemocného. Na zmíněné téma probíhají studie zkoumající názory odborných zaměstnanců hospicových zařízení na to, kdy je vhodná doba k přijetí do hospicového zařízení.<sup>119</sup> *Konec života si zaslouží stejnou pozornost i specializovanou zdravotní péčí jako jeho začátek.*

*Zakotvení paliativní lůžkové péče jako zvláštní péče ústavní.* V návaznosti na tuto novelizaci zákona byl vyhláškou č. 134/1998 Sb., v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zaveden samostatný výkon ošetrovacího dne 00030 – péče poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (Vyhláška MZ č. 620/2006 Sb.). Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče byly zpracovány standardy hospicové péče. Tímto způsobem jsou garantovány kvalita péče a odborná způsobilost personálu k poskytování tohoto druhu péče. Od r. 2007 jsou uplatňovány zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, a dále zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který rozšiřuje paliativní péči poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu i do domácího prostředí - domácí paliativní péče.

Dělení paliativní péče může být různé. Z praktického pohledu je vhodné rozdělení na **obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči**. První označuje dobrou klinickou

---

<sup>117</sup> Srov. Věstník Metodická opatření, koncepce následné lůžkové péče, *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, Částka 9, s 16.

<sup>118</sup> Srov. VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*, s.3.

<sup>119</sup> Srov. WALDROP, D.P., RINFRETT, E. S. *Making the transition to Hospice*., *Death Studies*, 2009,33: 557-580.

pěči o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je kvalitní komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Poskytují ji lékaři všech odborností v rámci své rutinní klinické praxe. Druhá pak je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzdělaní.<sup>120</sup> V paliativním přístupu k nemocnému je důležitý individuální přístup a užší spolupráce onkologie a oddělení paliativní péče. Konají se semináře s propojením obou odborností, jejichž smyslem je získat nové odborné informace, zmapovat potřeby a slabá místa paliativní péče u onkologických pacientů. Je nezbytné navázat spolupráci s Českou společností paliativní medicíny a Českou společností pro klinickou pastorační péči. Je to další krok k začlenění naší paliativní onkologické péče do již probíhajících evropských programů.<sup>121</sup>

Je pravdou, že existuje mnoho mýtů o hospicové péči v negativním světle např. studie provedena v USA, kdy byly dotazníkovou metodou zjišťovány představy laiků o obsahu hospicové péče. Většina názorů byla spojena s negativními představami,<sup>122</sup> často i ve spojení s eutanazií. Této problematice se věnovala i další studie, z jejich závěrů vyplývá, že i když se převládající většina terminálně nemocných, které si v jednom ze států v USA vyžádali eutanazii hospicová zařízení při tom nehrají žádnou roli a jejich pravidla ji naopak zakazují a snaží se o kvalitu až do jeho přirozeného konce.<sup>123</sup> Správná osvěta ve společnosti i rodinách pomůže tyto mýty rozptýlit.

### ***Základní organizační normy specializované paliativní péče***

Zařízení **domácí paliativní péče (mobilní hospic)** poskytuje specializovanou paliativní péči v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů formou návštěv lékaře-specialisty, sester, ošetřovatelů, dobrovolníků či dalších členů hospicového týmu. Garantuje trvalou dostupnost péče (7 dnů v týdnu, 24 hod denně). Spolupracuje s rodinou nemocného. Domácí paliativní péče umožňuje prožít člověku konec svého života „mezi svými“. V minulosti bylo umírání součástí života rodiny, bylo považováno za přirozenou záležitost, každý člen rodiny se opakovaně za svého života setkal s umíráním. Postupem času byla péče o umírající svěřena výhradně do kompetence profesionálních zdravotníků a umírající se dostal

---

<sup>120</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s.30- 35.

<sup>121</sup> Srov. PETRUŽELKA, L. Osobní přístup a dobrá paliativní péče, *Zdravotnické noviny*, 2009, č. 25, s. 12.

<sup>122</sup> Srov. ROGERS, T. Hospice Myths: What is Hospice Really About? In *Pennsylvania Nurse*, s.4-8

<sup>123</sup> COURTNEY, S., COX, J. Hospice and physician-assisted Death. *Hastings center report*, September- October 2010, s.26- 35.



do instituce, často za bílé zástěny, izolován, osamocen. To je naštěstí již překonáno a profesionální pomoc lze „přesunout“ za nemocným – umírajícím domů.<sup>124</sup>

**Lůžkový hospic** je obvykle samostatně stojící lůžkové oddělení, poskytující specializovanou paliativní péči nemocným bez ohledu na věk v terminálním stádiu různých, převážně onkologických chorob.

**Konziliární tým paliativní péče** v rámci zdravotnického zařízení přináší interdisciplinární expertní znalost o oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Jádrem konziliárního týmu je obvykle ambulance paliativní medicíny. V ČR zatím nejsou konziliární týmy rozšířeny.

**Oddělení paliativní péče (OPP)** v rámci jiných zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny) pečují o nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči a současně potřebují pro diagnostiku a léčbu ostatní služby a komplement nemocnice. V ČR plně v uvedené podobě neexistuje.<sup>125</sup> V zahraničí existují ještě některé další formy specializované paliativní péče např. denní **hospicový stacionář** a **specializovaná hospicová poradna**. Hospic může poskytovat i péči respitní, její společenská podpora je velmi žádoucí.

### 1.3.2 Následná péče ambulantní

Následná zdravotní péče ambulantní je určena pro uživatele žijící doma a je využívána buď sporadicky, nebo v režimu integrované komunitní péče. Její realizace je možná buď v domácnosti pacienta, nebo v rámci denního pobytu ve speciálním zařízení.<sup>126</sup> Přehled zařízení následné péče viz následující tabulka.

Tab. 7 *Ambulantní složka následné péče*

Mimo klientův byt	Denní centra Denní stacionáře
V klientově bytě	Domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba Osobní asistence Systémy dálkového monitorování nouzové signalizace

<sup>124</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 18-22.

<sup>125</sup> Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, s. 30-32.

<sup>126</sup> Časopis Všeobecné zdravotní pojišťovny, léto 2009, s. 45.

## ***Stacionáře***

Denní či týdenní stacionáře jsou určeny pro pomoc rodinám které pečují o starého člověka v domácím prostředí, ale péči nemohou zajistit celodenně. Jejich rozvoj je stále pomalý. Narážejí na organizační a finanční problémy dopravy klientů či nedostatečnou připravenost rodin této služby využívat a finančně se na ni podílet. V rámci další transformace lze očekávat změnu financování, provozních podmínek, kontrolních mechanismů, kompetencí i kvalifikační struktury ošetřujících a pečujících týmů.

## ***Agentury domácí péče - Home care***

Jsou definovány jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí především zkušené zdravotní sestry. Jejich obsah do jisté míry odpovídá dřívějšímu modelu péče, který v domácnosti seniorů zajišťovala geriatrická sestra. Nynější home care pečuje o všechny věkové kategorie (na rozdíl od původních geriatrických sester). Skutečností však je, že klienti starší 65 let tvoří 75 % všech jejich klientů. V roce 2000 domácí péče poskytla pomoc 117 964 pacientům v roce 2007 jich bylo již 134 436. Jedná se o následnou a dlouhodobou péči (zdravotně sociální) poskytovanou v domácnosti nemocného. Vyjadřuje převis zdravotně sociální potřeby. Postupem času došlo k rozšíření nabídky služeb nestátním sektorem. Nyní je celkem v ČR více než 450 agentur domácí péče. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení praktického lékaře pro dospělé, odborného nebo ústavního lékaře. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění do rozsahu třikrát denně po jedné hodině. Nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu. Domácí péče je poskytována různými agenturami, státními, městskými, charitativními či soukromými a zajišťuje „akutní péči“ o nemocné po propuštění z nemocnice i dlouhodobou péči o chronicky nemocné.

**Pro indikaci domácí péče** jsou nezbytné následující podmínky: stabilizovaný klinický stav, domácí prostředí umožňující poskytování péče, která předpokládá během dne i zapojení rodiny, a také dostupnost zdravotních služeb. Domácí péče by měla přispívat ke snížení potřeby ústavní péče ve smyslu časnějších propuštění, k prevenci časných rehospitalizací, trvalé ústavní péče a k intervenční pomoci za účelem odvrácení akutní hospitalizace. V zahraničí se rozvíjí náročné formy domácí péče, které se blíží domácím hospitalizacím. Specifická je problematika hospicové domácí péče jako doprovázení umírajícího a jeho rodiny při terminálním stavu.

V České republice byl rozvoj domácí péče nastartován v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly na začátku devadesátých let. V roce 1991 byl na Ministerstvu zdravotnictví zřízen odbor zdravotně sociální péče, který podporoval rozvoj nových druhů zdravotních služeb, které v České republice dosud chyběly, nebo byly nedostatečně rozvinuty. Pro tyto služby je typické, že přesahují hranice rezortních kompetencí, jsou komplexní. Ministerstvo zdravotnictví podporovalo v první polovině devadesátých let rozvoj „home care“ - komplexní domácí péči

**Od roku 1991 do roku 1994** probíhal experimentální projekt s názvem „Charitní ošetřovatelská služby v rodinách“, jeho úkolem bylo rozšířit v České republice domácí zdravotní péče v situaci, kdy ještě neexistovaly legislativní podmínky pro zdravotní péči poskytovanou v domovech pacientů. V průběhu experimentu byla nově zavedená forma domácí péče hrazena nesystémově přímo ze státních dotací, poskytovaných Ministerstvem zdravotnictví. Výsledkem byl po čtyřech letech stav, který umožnil za pochodu přejít na systémové financování ze zdravotního pojištění. V České republice již v té době pracovala víc než stovka agentur domácí péče a veřejnost i zdravotníci začali domácí péči vnímat jako běžnou součást zdravotních služeb.<sup>127</sup> Je zřejmé, že zatím chybí hodnocení efektivity poskytování domácí péče, která není dosud schopna významnější měrou suplovat potřebu institucionalizace v oblasti následné péče. Je nutno preferovat takovou formu domácí péče, která je zatím pouze pracovní nazývána domácí hospitalizací. Jde o schopnost kompletně zajistit zdravotnické služby, ale i potřebnou pomoc u konkrétního jedince tak, aby došlo ke zvýšení kvality jeho života v domácím prostředí při přiměřených nákladech. Domácí prostředí nutno považovat za nezastupitelné. Ve správně fungující rodině nemocný člověk nachází zázemí, emocionální jistotu. Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena. Nejpodstatnější z nich jsou tyto: musí pečovat (mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční atd.), chtít pečovat (mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci), umět pečovat (vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci). Není to však jednoduché.<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> Srov. FILEC, V. Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicových zařízení v České republice /online/ /citováno 19.3.2007/ <<http://www.hospice.cz/hospicel/hospic.html> data/pieštany..rtf>

<sup>128</sup> Srov. KLEVETOVÁ, D., KLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 85.

### 1.3.3 Hledisko členění následné péče a dlouhodobé dle zdravotních pojišťoven

Členění následné péče dle zdravotních pojišťoven vychází z původního dělení dle Věstníku ministerstva zdravotnictví z roku 1998 (uvedeno v kapitole 1.3.1, 1.3.2) a rozšiřuje se o tzv. dlouhodobou intenzivní péči.

#### 1. následná péče

- péče OLÚ
- péče LDN
- péče na ošetřovatelských lůžkách
- hospicová péče

#### 2. dlouhodobá intenzivní péče

- dlouhodobá intenzivní péče (DIP)
- dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče (DIOP)<sup>129</sup>

Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav je stabilizovaný, nelze jej podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování lůžkové péče se zhoršuje. Je zaměřena na ošetřovatelskou péči. Zvláštním typem jsou dlouhodobá intenzivní péče (DIP) a dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče (DIOP).

**DIP** – pracoviště poskytující dlouhodobou intenzivní péči o základní životní funkce u těch pacientů, u kterých došlo ke stabilizaci stavu po kritickém onemocnění a *neobnovila se některá ze životních funkcí*. Nezbytná je okamžitá dostupnost komplementárních a konziliárních služeb. Pacienti jsou přijímáni z intenzivního lůžka (ARO nebo JIP). Optimální kapacita pracoviště 8-15 lůžek.

**DIOP** – pracoviště poskytující intenzivní ošetřovatelskou péči pacientům s poruchou vědomí a závažným, nejčastěji neurologickým postižením, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci, ale vyžaduje intenzivní dlouhodobou ošetřovatelskou péči o dýchací cesty

---

<sup>129</sup> Srov. Zpravodaj VZP, 2009.

(pravidelná toaleta dýchacích cest, oxygenoterapie, odsávání). Pracoviště by mělo sloužit pro přechod pacientů z DIP do LDN či obdobného pracoviště a zabezpečit hospitalizaci dlouhodobého charakteru pro apaliky. Podmínkou je také okamžitá dostupnost komplementárních a konziliárních služeb. Pacienti přichází z lůžka intenzivní péče akutní či dlouhodobé, optimální kapacita pracoviště je 5 lůžek.<sup>130</sup>

**Struktura následné a dlouhodobé péče v pohledu připravovaného zákona je patrna z následujících tabulek.**

*Tab. 8 Následná a dlouhodobá péče v pohledu připravovaného zákona o zdravotnických službách.*

<b>Následná péče</b>	<b>Dlouhodobá péče Zdravotní</b>	<b>Dlouhodobá péče Zdravotně – sociální</b>
Ošetrovatelská a rehabilitační	DIP	Sociální hospitalizace
	DIOP	Zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče
	Ošetrovatelská péče	
	Paliativní hospicová péče	

*Tab. 9 Struktura následné a dlouhodobé péče poskytované v institucích a v domácnosti seniorů v pohledu připravovaného zákona*

<b>NP a DP</b>	<b>Zařízení</b>
<b>Následná péče</b> poskytovaná v institucích	- ústav (OLÚ, LDN) - oddělení nemocnice (ošetrovatelské oddělení)
<b>Dlouhodobá péče</b> zdravotní poskytovaná v institucích	- hospic - DIP, DIOP)
<b>Dlouhodobá péče</b> zdravotně sociální poskytovaná v institucích	- sociální hospitalizace ve zdrav. zařízení - zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče
<b>NP a DP</b> poskytovaná v domácnosti nemocného	- agentury domácí péče
<b>NP a DP péče</b> semi institucionální	- stacionář
<b>Sociální aktivační služby</b>	
<b>Sociální služby</b>	- Chráněné bydlení (penziony)
<b>Strukturované bydlení pro seniory</b>	- DPS

<sup>130</sup> Srov. Zastupitelstvo Olomouckého kraje 25.2.2011. 24.- informace o zajištění zdravotní péče v Olomouckém kraji.

### **1.3.4 Vnitřní a vnější determinanty seniora ve vztahu k začlenění do systému následné péče**

Následující část práce je věnována některým důležitým aspektům stárnutí a stáří ve vztahu k využívání a začlenění seniorů do zařízení následné péče. Struktura textu je koncipována na základě známého pojetí člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální jednoty. Problematika soběstačnosti je uchopena tak, aby byla ve vztahu k ústavní péči o seniory zásadním fenoménem. Pozornost je věnována zvládnutí a akceptaci stáří, především pak sociálním vztahům a osamělosti ve vyšším věku, neboť tyto skutečnosti jsou u klientů (pacientů) poměrně závažné - podobně jako lidské potřeby, porozumění jim vede k poznání některých podstatných aspektů a principů péče o starší obyvatele, klienty či pacienty.

#### ***Vnitřní determinanty***

##### ***Fyzické změny a choroby ve stáří***

Dobré zdraví lze považovat za zásadní faktor uspokojivého života ve stáří a pro většinu seniorů představuje jednu z nejdůležitějších hodnot vůbec. Ve stáří má zdraví jiný charakter než v mladším věku – za zdravého je možné považovat každého seniora, u něhož „není přítomna zjevná choroba“ a který „je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a má neporušenou sociální homeostázu“<sup>131</sup>. Zároveň se stoupajícím věkem ovšem počet zcela zdravých lidí klesá. Stáří je obvykle nemocemi provázeno.<sup>132</sup>

V odborné literatuře bývají v souvislosti se zdravotními problémy seniorů obvykle uváděny geriatrické syndromy – tímto pojmem je podle Kalvacha a Onderkové označován „závažný příznak nebo příznakový soubor vyvolaný měnlivě kombinovanými příčinami“.<sup>133</sup>

Mezi geriatrické syndromy se například řadí syndrom instability, syndrom dekonvice a hypomobility, imobilizační syndrom, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom

---

<sup>131</sup> PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, s. 61

<sup>132</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 246 : PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, D. *Gerontologie*, s. 107.

<sup>133</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s. 27.

inkontinence, syndrom psychické alterace a psychosomatické dekompenzace, syndrom terminální geriatrické deteriorace a další.<sup>134</sup>

Pro choroby ve stáří je charakteristická především polymorbidita, zvláštnosti klinického obrazu, protražovaný průběh nemoci, sklon ke komplikacím a chronicitě a také vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace.<sup>135</sup> V přehledu chorob, které často provázejí stáří, se uvádí kardiovaskulární, plicní choroba, dále osteoartróza a osteoporóza, diabetes mellitus, poruchy zraku a sluchu, sluchového vnímání, zhoubné a infekční choroby, poruchy kognitivních funkcí a cévní mozkové příhody.<sup>136</sup> Ve vyšším věku dochází zpravidla i ke zhoršení zrakového a sluchového vnímání. Co se týče zraku, ubývá ostrost vidění, klesá schopnost akomodace, zmenšuje se zorné pole a zhoršuje se i rozlišování barev.<sup>137</sup> Mnohé choroby vedou k poruše soběstačnosti.

Jak zdůrazňuje Wahl, mobilita je pro seniory bytostnou potřebou, je předpokladem jejich autonomie a společenské integrace, vyjádřením ještě existující životní síly a pramenem nových zážitků.<sup>138</sup> Jestliže zdraví není ve vyšším věku již tak jednoduše přítomno jako v mládí, je třeba o ně tím více pečovat. Účinnými prostředky prevence nemoci jsou v této etapě života zejména sociální kontakty, kvalitní zdravotní a sociální péče, fyzická aktivita a rovněž uspokojivé hmotné zabezpečení. Podle Rosenmayra se odpovědnost za vlastní zdraví stává ve stáří morálním úkolem.<sup>139</sup>

### ***Psychické změny a choroby ve stáří***

Citové prožívání se ve stáří stává méně intenzivním, senioři většinou dokáží i emočně vypjaté situace řešit poměrně klidně a racionálně. Zároveň je však u nich běžná zvýšená citová labilita, lítostivost, úzkostnost a nejistota.<sup>140</sup>

Paměť stárnoucího člověka mívá tendenci k útlumu a zpomalování, ačkoliv v některých aspektech může zůstat zachována. Senioři mohou mít potíže s krátkodobým uchováváním

---

<sup>134</sup> Srov. tamtéž, s. 27-30.

<sup>135</sup> Srov. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, D. *Gerontologie*, s.115 – 119.; PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*, s. 67 -68.

<sup>136</sup> Srov. BRETŠNAJDROVÁ, M., ZÁBOJ, Z. *Možnosti a meze současné ambulantní a ústavní geriatrické péče*. In BEDNÁŘ, M., HAUFTOVÁ, D. (eds). *Mění se úloha v péči o seniory*, s. 35.

<sup>137</sup> Srov. TVAROH, F. *Všichni stárneme*. s.121

<sup>138</sup> Srov. WAHL, H.-WW., HEYL, V. *Gerontologie – Einführung und Gesichte*, s. 189.

<sup>139</sup> Srov. ROSENMAYR, L. *Alterwerden ale Erlebnis*. s.80.

<sup>140</sup> Srov. PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ, D. *Gerontologie*, s. 81.

informací, s vytvořením a udržením trvalé paměťové stopy, s rozpoznáním situace, kdy by zapamatovaná informace mohla být využita. Zhoršení paměti se většinou váže spíše k novým událostem, časté je emoční zkreslení zapamatovaného.<sup>141</sup>

Se stářím jsou spjaty také některé závažné psychické poruchy. Pacovský a Heřmanová uvádějí organický psychosyndrom nebo demence, dále deprese, sebevraždy, akutní mentální stavy a poruchy chování.<sup>142</sup>

Senioři jsou velmi heterogenní skupinou a ve vztahu k edukaci natolik specifickou cílovou skupinou, že je nelze zjednodušeně považovat za pouhou součást dospělé populace.<sup>143</sup>

### ***Soběstačnost a autonomie seniorů***

Jak již bylo řečeno v předchozím textu, důvodem pro využívání sociální služby poskytované v domově pro seniory je snížená soběstačnost staršího člověka, která zapříčiňuje jeho závislost na pomoci jiné osoby.<sup>144</sup> Soběstačností se rozumí „schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí“.<sup>145</sup> Soběstačnost je tedy relativní pojem – je dána poměrem mezi zdatností staršího člověka a náročností jeho prostředí. Senior potřebuje péči a pomoc tehdy, když vznikne diskrepance mezi jeho kompetencemi a úrovní nároků (na straně jeho samotného i jeho okolí) na vedení samostatného života.<sup>146</sup> Z toho vyplývá, jak upozorňují Kalvach s Onderkovou, že zachování či obnova soběstačnosti se může realizovat dvěma cestami – jak léčením a rehabilitací seniora, tak úpravou jeho životního prostředí.<sup>147</sup>

Pro posouzení soběstačnosti seniora je podle Pacovského a Heřmanové třeba zmapovat jeho fyzické i psychické rezervy a schopnost zvládat běžné denní činnosti (stanovit funkční diagnózu) a dále zjistit stav prostředí, v němž žije, včetně jeho sociálního zázemí.<sup>148</sup> K tomuto účelu slouží řada hodnotících škál, např. test ADL (*activities of daily living* - aktivity

---

<sup>141</sup> Srov. LEHR, U. *Psychologie des Alterns*, s.24

<sup>142</sup> Srov. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, D. *Gerontologie*, s. 137 -142.

<sup>143</sup> Srov. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*, s. 67.

<sup>144</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 9 odst. 1 a2: Vyhláška číslo 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, příloha č. 1

<sup>145</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. s.22.

<sup>146</sup> Srov. LEHR, U. *Psychologie des Alterns*, s.125.: KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s. 22

<sup>147</sup> Srov. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s.22.

<sup>148</sup> Srov. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, D. *Gerontologie*, s.222.



každodenního života) dle Barthelové, který hodnotí soběstačnost v deseti oblastech.<sup>149</sup> V souvislosti s poruchou soběstačnosti existuje také hodnotící systém, který předkládá zákon o sociálních službách a který dále konkrétně a podrobně rozpracovává prováděcí vyhláška k tomuto zákonu. Úkony, podle nichž se určuje stupeň závislosti (a zároveň nárok dané osoby na příspěvek na péči) jsou zde rozděleny do dvou oblastí – péči o vlastní osobu a soběstačnost.<sup>150</sup>

S problematikou soběstačnosti úzce souvisí fenomén autonomie, jen někdy bývá nesprávně ztotožňována se soběstačností. Sýkorová definuje autonomii jako „relativní samostatnost jedince vzhledem k sociálnímu okolí“ a jako jeho „schopnost, vůli a možnost vést v daném životním prostředí život podle vlastních pravidel“.<sup>151</sup> Podobně Pichaud a Thareau vysvětlují autonomii jako možnost být pánem svého života a chování, mít svobodu výběru a nebýt pod kontrolou. Zatímco autonomie je tedy charakteristická možností samostatného rozhodování, soběstačnost znamená spíše možnost samostatného vykonávání běžných činností každodenního života. Podle jmenovaných autorů se soběstačnost a autonomie (závislost a autonomie) mohou různě kombinovat, přičemž v praxi by z této individuální kombinace měl vycházet specifický přístup ke každému seniorovi.<sup>152</sup>

Starší člověk může svou autonomii ztratit z řady nejrůznějších příčin, ať již vnitřních, k nimž se řadí zejména neuspokojivý fyzický a psychický stav, nebo vnějších, za něž lze považovat například paternalistický přístup či již samo označení seniora za neautonomního (mimo jiné v důsledku nesoběstačnosti).<sup>153</sup>

Podmínkou pro zachování autonomie staršího člověka je jeho motivace a schopnost volby a rovněž existence podmínek, jež mu umožní svou autonomii uplatnit. V přirozeném prostředí seniora to znamená poskytování flexibilních služeb na principu subsidiarity, v zařízení pobytových sociálních služeb pak individualizovaný přístup k péči a vytvoření dostatečného klidu i prostoru pro maximální možné zapojení samotného seniora do rozhodování a uspokojování jeho vlastních potřeb.<sup>154</sup>

---

<sup>149</sup> Srov. KALVACH,Z., ONDERKOVÁ,A. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s.16-17.

<sup>150</sup> Srov. Zákon č. 108(2006 Sb. o sociálních službách, § 49, odst.1.

<sup>151</sup> SÝKOROVÁ, D. (ed). *Senioři ve společnosti*. s.10.

<sup>152</sup> Srov. PICHAUD,C., THAREAUOVÁ,I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 43 – 44.

<sup>153</sup> Srov. SÝKOROVÁ,D. (ed). *Senioři ve společnosti*, s.10

<sup>154</sup> Srov. PICHAUD,C.,THAREAUOVÁ,I. *Soužití se staršími lidmi*, 42, 46.

## ***Akceptace a zvládání změn stáří***

V této souvislosti se obvykle zmiňuje koncept úspěšného stárnutí. Podle Sýkorové je procesem a výsledkem procesu „motivace chování, psychiky a sociálních interakcí, které přispívají ke zvládnutí vývojových úkolů stáří“.<sup>155</sup> Kalvach mezi rizikovými faktory, které mohou uspokojivý průběh stárnutí ohrozit, uvádí ztrátu autonomie a soběstačnosti, nemožnost adaptovat se na změnu sociální role, osamělost a ovdovění, nestrukturovaný a nenaplněný čas, ztrátu důstojnosti, sebeúcty a smyslu života, ekonomickou nouzi, nucené přestěhování, diskriminaci a segregaci.<sup>156</sup>

Těžkostmi, které jsou se stářím spojeny, může být vážně ohroženo také sebepojetí staršího člověka. Je nesnadné dosáhnout „smíření s omezeními, se snížením odpovědnosti v sociálních rolích, překonání pocitu ztráty a snížení vlastní hodnoty“.<sup>157</sup> V souvislosti s přijetím stáří se většinou zmiňují Bromleyovy typy reakce na stáří – závislost, obranný postoj, nepřátelství a sebenenávist.<sup>158</sup>

Způsoby zvládání stáří a potenciál jejich úspěšnosti, stejně jako adaptivní strategie, používané k potvrzení vlastní identity, se v průběhu stáří mohou výrazně měnit. V kontextu pokročilého nesoběstačného stáří již podle Sýkorové „nelze hovořit o aktivním, sebevědomém přijetí změn spojených se stárnutím“, ale „spíše o pasivní rezignaci. Bezprostřední ohrožení závislosti a sebeovládání oslabuje sebeúctu a důvěru jedinců“. Seniorovy kapacity ochrany či udržení akceptovatelného sebepojetí jsou redukovány a stáří se stává součástí osobní identity. Vytrácí se také „snaha či zájem konstruovat a prezentovat pozitivní obraz sebe sama“, senior se uzavírá do vlastního světa a svou energii obrací spíše do vlastního vnitřa.<sup>159</sup>

## ***Sociální vztahy a problematika osamělosti ve stáří***

Přiměřené množství kvalitních mezilidských kontaktů se většinou považuje za jednu z hlavních podmínek uspokojivého prožívání období stáří. Sociální vztahy, které jedince obklopují, bývají označovány jako sociální síť. Její význam pro člověka spočívá v tom, do

---

<sup>155</sup> SÝKOROVÁ, D. (a kol.) *Senioři ve společnosti*, s.6.

<sup>156</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie*, s.74 – 77.

<sup>157</sup> SÝKOROVÁ, D. *Senioři ve společnosti*, s.7.

<sup>158</sup> Srov. PACOVSKÝ, V., HEŘMANNOVÁ, D. *Gerontologie*, s. 83 - 84.

<sup>159</sup> SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*, s. 219-220.

jaké míry naplňuje jeho potřeby. Skrze sociální síť člověk udržuje svou sociální identitu a získává nejen emocionální podporu, ale rovněž materiální pomoc, informace, služby.<sup>160</sup>

Určitým paradoxem stáří je, že přestože jsou pro seniory sociální vztahy důležité, navazují se podstatně hůře, než v mladším věku. Wahl a Heyl tuto tendenci starších lidí vysvětlují ani ne tak prostým úbytkem jejich sociálních styků (ačkoliv i k tomu dochází v důsledku ztráty sociálních partnerů, úmrtí vrstevníků), jako spíše aktivní, samotnými seniory iniciovanou selekcí jejich sociálních vztahů. Starší lidé se podle těchto autorů podvědomě zdráhají investovat do kontaktů, jejichž přínosy jsou dlouhodobého charakteru, neboť vzhledem k věkem limitovaným kapacitám je jejich prioritou naplnění bezprostředních (v tomto případě citových) potřeb.<sup>161</sup>

Pokud začneme u vztahů existujících a rozvíjejících se v rámci rodiny, která je zřejmě pro většinu seniorů tou nejdůležitější sociální skupinou, musíme především konstatovat, že fungující rodina představuje pro staršího člověka vysokou hodnotu – je pro něj zázemím, v němž se mu dostává přijetí, lásky, úcty, respektu, solidarity a fyzické i hmotné pomoci. Rodina tak naplňuje většinu potřeb staršího člověka: poskytuje bezpečí, citovou jistotu i otevřenou budoucnost a možnost sebetranscendence.<sup>162</sup>

Jestliže v rovině emocionální se význam rodiny v posledních desetiletích nijak nezmenšil (snad spíše naopak), v ostatních svých funkcích a formálních paktech doznala tato instituce řady závažných proměn, které se, ať již přímo či nepřímo, dotýkají také starší generace.<sup>163</sup>

Pocit osamělosti může být ve stáří spušten například na základě fyzických a psychických obtíží, životních podmínek (ovdovění, ztráta blízkého člověka, odloučení od rodiny dětí či vytržení ze sociální sítě například přestěhováním se do domova pro seniory), ale také nudy a nedostatku aktivity.<sup>164</sup> Jak uvádí Rosenmayr, důvodem vzniku pocitu opuštěnosti často není ani tak nedostatek sociálních kontaktů vůbec, ale spíše nedostatek či náhlé přetržení kontaktů, které jsou (nebo byly) vnímány jako emocionálně významné.<sup>165</sup> S tím souvisí i fakt, že pro

---

<sup>160</sup> Srov. VAĐUROVÁ, H., MUHLPACHR, P. *Kvalita života*, s. 79-80.

<sup>161</sup> Srov. WAHL, H-W., HEYL, V. *Gerontologie – Erfahrung und Gesichte*, s. 178- 180.

<sup>162</sup> Srov. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 47- 51.

<sup>163</sup> Srov. LEHR, U. *Psychologie des Alterns*, s. 257- 267

<sup>164</sup> Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 77- 79. BUMBÁLEK, M. *Stáří a osamělost*. In MUHLPACHR, P. *Schola gerontologica*, s. 35-37.

<sup>165</sup> Srov. ROSENMAYR, L. *Alterwerden ase Erlebnis*, s. 131.

prevenci či překonávání pocitů osamělosti je důležitější kvalita než kvantita sociálních vztahů.<sup>166</sup>

### ***Smysl a význam stáří v životě člověka***

Jednou z potřeb stáří je touha člověka nahlédnout na svůj život jako integrovaný a smysluplný. Naléhavost této potřeby je vystupňována vědomím vlastní konečnosti, jež bává silnější, čím častěji a namáhavěji se člověk musí vyrovnat s obtížemi a ztrátami, které mu stáří přináší.

Výsledkem nelehkého zápasu stáří by mělo být nejen pravdivé nahlédnutí a přijetí vlastního života takového, jaký byl, s jeho výhrami i prohrami, ale také smíření se a odpuštění sobě samému i druhým.<sup>167</sup> V Mezinárodním akčním plánu OSN z roku 1982 k problematice stárnutí se zdůrazňuje, že „delší život umožňuje člověku provést retrospektivní analýzu svého života, napravit některé své chyby, více se přiblížit pravdě a dosáhnout jiného porozumění smyslu a hodnotě svých činů. Stárnutí, kromě toho, že je symbolem zkušenosti a moudrosti, může rovněž přivádět lidské bytosti blíže k osobnímu naplnění v souladu s jejich přesvědčením a usilováním.“<sup>168</sup> Slovy papeže Jana Pavla II. je stáří „příznivým časem k dovršení lidského dobrodružství, časem, do něhož se všechno sbíhá, aby člověk mohl lépe pochopit smysl života a dosáhnout moudrosti srdce.“<sup>169</sup>

Snad nejvíce je smysl života ve stáří prověřován tváří v tvář blížící se a neodvratitelné smrti. Zatímco dříve byla smrt vnímána jako přirozená součást života, zasahující stejnou měrou všechny věkové kategorie, v moderní době je ve vyspělých zemích téměř výlučně spjata se stářím. Umírání ztratilo svou ritualizovanou podobu a do nedávné doby se odehrávalo skryto za zdmi nemocnic a ústavů. Smrt se stala tabuizovaným, úzkost vzbuzujícím tématem, o němž se nehovoří k velké škodě všech, zvláště pak blízkých.<sup>170</sup> Tento pohled na umírání a smrt překonal koncept hospice a paliativních oddělení. V přijetí konečnosti života může být seniorovi významnou oporou také víra, která „osvětluje tajemství

---

<sup>166</sup> Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 77.

<sup>167</sup> Srov. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*, s. 51-52.

<sup>168</sup> KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatricie*, s. 10-11.

<sup>169</sup> JAN PAVEL II. *List Jana Pavla II. starým lidem*, s.10.

<sup>170</sup> Srov. ALAN, L. *Etapy života očima sociologie*, s. 392-393.

smrti a prostupuje stářím vnitřním pokojem, takže už není považováno za útrpné čekání na ničící událost, nýbrž je prožíváno jako slibné přibližování se k cíli plné zralosti“<sup>171</sup>

### ***Potřeby člověka jako syntetizující koncept***

Určitým shrnutím doposud popsaných aspektů stárnutí a stáří (a zároveň nutným východiskem pro jakoukoliv úvahu nad problematikou péče o seniory) je fenomén potřeb. Potřebou rozumíme základní motivační dispozici, která „v interakci s vnějšími podněty podněcuje a usměrňuje chování člověka“.<sup>172</sup>

V souvislosti se základními lidskými potřebami bývá nejčastěji uváděno pojetí amerického psychologa Maslowa, který je uspořádal do hierarchické struktury, takzvané pyramidy potřeb. Bázi této pyramidy tvoří fyziologické potřeby, následuje potřeba bezpečí a jistoty, dále sociální potřeba a potřeba úcty a autonomie. Na pomyslný vrchol Maslow umístil potřebu seberealizace a sebeaktualizace.<sup>173</sup>

Uspokojování fyziologických potřeb, mezi něž se řadí nejen potřeba výživy, vylučování, dýchání, spánku pohybu, hygieny, ale i potřeba smíchu, pláče nebo fyzického kontaktu, představuje nezbytný základ péče o seniory. Neuspokojení potřeb této kategorie je starším člověkem vnímáno velmi citlivě a ovlivňuje negativně jeho zdravotní stav i ostatní aspekty jeho života.<sup>174</sup>

Do oblasti potřeby bezpečí spadá u seniorů nejen pocit fyzického bezpečí (předcházení pádům) a psychického bezpečí (například orientace v prostředí), ale i ekonomického zabezpečení. Podle Vágnerové se potřeba bezpečí s věkem zvyšuje, neboť starší člověk se subjektivně cítí (a objektivně také je) více konfrontován s úbytkem svých kompetencí.<sup>175</sup>

Mezi sociální potřeby se řadí mimo jiné potřeba informovanosti, potřeba sounáležitosti se skupinou (rodinou, přáteli), potřeba lásky a potřeba sdílení komunikace. Vágnerová v tomto kontextu poukazuje na zvýšenou potřebu emoční podpory, které se u seniorů může

---

<sup>171</sup> JAN PAVEL II. *List papeže Jana Pavla II. starým lidem*, s.18.

<sup>172</sup> PAULÍK,K. Zajišťování sociálních potřeb. In PAULÍK,K. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*, s.90.

<sup>173</sup> Srov. PICHAUD,C., THAREAUOVÁ,I. *Soužití se staršími lidmi*,s. 36.

<sup>174</sup> Srov. PICHAUD,C., THAREAUOVÁ,I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 37- 38.

<sup>175</sup> Srov. VÁGNEROVÁ,M. *Vývojová psychologie*,s. 457- 458.

projevovat mimo jiné fixací na členy rodiny a reálným i symbolickým potvrzováním si citového vztahu a vlastní pozice v rodině.<sup>176</sup>

Potřeba úcty a uznání úzce souvisí s potřebou autonomie. V potřebě seberealizace se v konečném důsledku odráží touha člověka dát svému životu smysl a význam. Uspokojení této potřeby bývá ve stáří ohroženo bezvýznamností, vyplývající z ostře vnímaného poklesu vlastních schopností.<sup>177</sup>

Potřeby staršího člověka jsou základním východiskem poskytování kvalitní péče, a to jak v domovech pro seniory a dalších zařízeních sociálních služeb, tak také v rodině. Kalvach a Onderková konstatují, že “k závažným pochybením a nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků) převážně, ba výlučně na základní biologické potřeby. Klienti s takovou péčí jsou nakrmeni, uloženi na čistém lůžku, ale strádají ztrátou kompetencí, komunikační a sensorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti.“ Podle těchto autorů „kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb.“<sup>178</sup>

### ***Vnější determinanty – vybrané aspekty života - problematika péče o seniory v rodině***

Je třeba především zdůraznit, že péči o většinu seniorů v naší zemi skutečně zajistí jejich rodina s případným využitím terénních služeb. Morální závazek děti postarat se o své rodiče ve stáří je tedy všeobecně uznáván a podle možností i realizován. Sýkorová konstatuje, že dospělé děti, ačkoliv by chtěli v zásadě o své rodiče pečovat, si tuto situaci ve skutečnosti neumějí představit, a odsouvají konečné rozhodnutí.<sup>179</sup>

V individuální rovině je rozhodování rodiny o poskytování intenzivnější péče staršímu nesoběstačnému členu determinovaného mnoha činiteli, k nimž se podle Veselé řadí pohlaví a rodinný stav seniora, míra jeho nesoběstačnosti, pohlaví, věk, vzdělání dospělých dětí, vzájemné vztahy v rodině, postoj partnera dospělého dítěte k možnosti poskytovat péči, vzdálenost mezi bydlišti a podobně. Někdy nastupuje nutnost přestěhovat nesoběstačného

---

<sup>176</sup> Srov. tamtéž, s. 457- 458.

<sup>177</sup> Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, s. 39- 41.

<sup>178</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s. 12.

<sup>179</sup> Srov. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*, s. 204.

rodiče k sobě domů, omezení osobního života, soukromí, volného času a možností seberealizace, případně zanedbávání vlastní rodiny – partnera, dětí a vnoučat.<sup>180</sup>

Uvedené skutečnosti jsou především výzvou k tomu, aby byla věnována mnohem větší pozornost alternativním formám služeb. „Osudovost“ volby mezi rodinou a ústavem může být výrazně zmírněna využitím terénních a ambulantních sociálních služeb. Je důležité podporovat vznik poradenských a informačních center, zkvalitnit osvětu širší veřejnosti, poskytovat vzdělávání a psychologickou pomoc pečujícím rodinám, zvýšit lůžek pro přechodné pobyty a respitní péči.<sup>181</sup>

Česká společnost se teprve postupně učí důsledněji respektovat a uplatňovat princip subsidiarity. Není snadné opustit paternalistické pojetí státu a převzít větší díl odpovědnosti, tím spíše, že nezřídka selhává poskytování dostatečné a efektivní podpory rodině, komunitě a vůbec neformálnímu sektoru v oblasti péče o nesoběstačné občany. Moderní trendy sociálních služeb, zejména pak deinstitucionalizace, individualizace a svobodná volba způsobu zajištění péče, budou snad postupně uvedeny v život (mimo jiné prostřednictvím nového zákona o sociálních službách). I zde však, podobně jako v řadě dalších oblastí, platí, že cesta ke změně je náročná a dlouhá.<sup>182</sup>

### ***Důvody pro odchod do domova pro seniory***

Základní kritérium pro vymezení cílové skupiny, které je určena sociální služba domov pro seniory, bylo zmíněno již vícekrát. Podle zákona o sociálních službách je jím snižena soběstačnost a z ní vyplývající potřeba pravidelné pomoci jiné fyzické osoby.<sup>183</sup>

V odborné literatuře je popsána řada důvodů, které staršího člověka vedou k rozhodnutí pro odchod do domova pro seniory. Nejčastěji je to zhoršený zdravotní stav a nevyhovující podmínky životního prostředí (bytu, domu, včetně jeho celkového umístění v zástavbě obce).<sup>184</sup> Tato nesoběstačnost ovšem ještě sama o sobě není důvodem k odchodu staršího člověka do domova pro seniory, je pouze příčinou jeho odkázanosti na péči a pomoc druhých. Teprve v okamžiku, kdy senior nemá možnost zajistit si tuto péči a pomoc takovým

---

<sup>180</sup> Srov. VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*, s. 7, 13.

<sup>181</sup> Srov. tamtéž. s. 15- 16.

<sup>182</sup> Srov. KUCHAROVÁ, V. K problematice péče o starší generaci In RABUŠIC, L. *Česká společnost a seniory*, s. 134- 135, 149- 153.

<sup>183</sup> Srov. Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, § 49 odst. 1.

<sup>184</sup> Srov. WITTERSTATTER, K. *Soziologie für die Altenarbeit*, s. 106.

způsobem, aby mohl setrvat ve svém domácím prostředí, je nucen přijmout institucionální řešení. Někteří autoři mezi důvody odchodu do domova pro seniory uvádí například snahu staršího člověka nebyt svým dětem na obtíž (je otázkou, do jaké míry nese rodina na vzniku tohoto jeho postoje podíl), konfliktní vztahy v rodině či nátlak rodinných příslušníků na seniora (kvůli zájmu o získání jeho bytu a podobně).<sup>185</sup>

S přijímáním starších lidí do domovů pro seniory jsou v současné době spojeny některé obtížně řešitelné problémy a paradoxy. Jedním z nich jsou přeplněné pořadníky zájemců o přijetí do domova pro seniory. Tento jev má do určité míry rysy sebenaplňujícího proroctví, neboť zprávy o množství žádostí o tuto sociální službu vedou mnohé seniory k tomu, že podávají žádost „pro jistotu“ s velkým předstihem, ještě ve stavu plné soběstačnosti.<sup>186</sup>

S odkládáním nástupu do domova pro seniory pak souvisí další, mnohem závažnější jev, totiž radikální změna složení klientely po stránce zdravotního stavu. Zatímco před deseti lety přicházeli do domovů pro seniory ještě poměrně soběstační a aktivní starší lidé, dnes díky výraznému zhoršení zdravotního stavu potřebují již ošetrovatelskou péči. Požadavek, aby pobytové sociální služby nevyužívali lidé, kteří je nepotřebují, je jistě správný a implicitně je zakotven i v příslušných právních předpisech. Je však třeba, aby se uvedenému trendu přizpůsobila i systémová koncepce domovů pro seniory, včetně jejich materiálního a personálního vybavení.<sup>187</sup>

Problémů a nedostatků v oblasti sociálních služeb i konkrétně v domovech pro seniory je přes nesporný přínos transformačních snah stále ještě mnoho. Vyskytují se zejména v rovině psychosociální, ale i ve sféře plánování, organizace, řízení či financování. Častý problém je nevyhovující stav objektů, v nichž původní určení bylo zcela odlišné, a kde se jen obtížně zajišťuje soukromí seniorů či kvalitní péče o ty klienty, kteří potřebují intenzivnější ošetrovatelský přístup. Nezřídka se nacházejí zcela mimo běžnou zástavbu, což vede i k izolaci od okolí, a tak se brání tomu, aby klienti mohli využívat přirozených zdrojů a sociálních sítí vně zařízení.<sup>188</sup>

---

<sup>185</sup> Srov. VESELÁ, J. *Sociální služby a jejich poptávka*, s. 11- 12. SCHROETER, K. R PRAHL, H-W. *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfekerufe*, s. 76.

<sup>186</sup> Srov. KASALOVÁ, H. *Problémy starších občanů se sníženou soběstačností*, s. 11-12.

<sup>187</sup> Srov. KOLDOVÁ, Z. *Zdravotně sociální problematika seniorů*. In IVANOVÁ, K., KRÁLOVÁ, J. (eds). *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorů ve zdraví a nemoci*, s. 32.

<sup>188</sup> Srov. VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, s. 68.



První a možná nejnáročnější překážkou, kterou musí překonat každý starší člověk, který se přestěhuje do domova pro seniory, je adaptace na nové, cizí prostředí. Změn, které mu příchod do domova pro seniory přináší, je celá řada. Mezi časté patří ztráta soukromí, nutnost respektování domovního řádu, nedostatek kontaktů s dětmi, významná změna životního stylu. Po příchodu do domova pro seniory ztrácí starší člověk nejen své teritorium, ale je otřesena jeho identita.<sup>189</sup>

Všechny uvedené skutečnosti mohou vést ke ztrátě konstruktivního přístupu k životu, rezignaci, dezorientaci a dezintegraci osobnosti. Velké riziko pro zdraví a život seniora představuje maladaptivní syndrom, který se projevuje například úzkostí, spavostí, útlumem chování, nechutenstvím či zhoršením zdravotních potíží a může v krajním případě vést až ke smrti.<sup>190</sup>

## 1.4 Geriatrie ve světě a vybrané zahraniční systémy následné péče

### *Historie gerontologie a geriatrie ve světě*

Otázka stáří a stárnutí lákala k objasnění mnohé lékaře již v minulých stoletích a byla důvodem zájmu o nemoci stáří, jejich modifikovaný obraz oproti průběhu onemocnění ve středním věku, zřejmý byl také sociální dopad stárnutí ve společnosti. Za otce specializované gerontologické literatury ve světě je považován Ignác Leo Naher (1863-1944), který se zaměřil na systematické studium chorob stáří, a je zakladatelem a prvním představitelem americké geriatrické školy. V analogii pojmu pediatrie prosadil název **geriatrie**. V roce 1914 vydal knihu s tímto názvem. Koncem 19. století pobýval v Paříži ruský vědec I. I. Mečnikov, který se díky svému mimořádně širokému vědeckému zájmu věnoval také problematice stárnutí. Je autorem pojmu **gerontologie**. Ve 20. století - v r. 1932 - pak Stanley Hall formoval základní problémy osob vyššího věku a je považován za prvního **sociologa stáří**. V roce 1938 vznikl ve Spojených státech amerických první Ústav pro výzkum stárnutí. O rok později je založeno Mezinárodní sdružení pro výzkum stárnutí a v roce 1940 je ustanovena

---

<sup>189</sup> Srov. LEVICKÁ, J., TOMAŠOVIČOVÁ, A. Možnosti zachování autonomie jedinca v domovech důchodců. In SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. (eds) *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*, s. 137- 138.

<sup>190</sup> Srov. JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*, s. 180.

Gerontologická společnost v USA. Aktivita ve spojení s léčbou osob pokročilého věku byla také v SSSR a v Rumunsku.<sup>191</sup>

Po 2. světové válce nastal ve světě významný rozvoj geriatry, a to z mnoha praktických důvodů. Přispěly k tomu a zvláště postoje a činnosti Majrory W. Warrenové (1897 – 1960), která na základě svých zkušeností s tehdejšími odděleními pro dlouhodobě nemocné došla k závěrům, jež se v podstatě staly základem pro britskou geriatrickou medicínu. Spolupracovníci a následovníci Marjorie W. Warrenové prosadili, že se ve Velké Británii stala geriatry základním klinickým oborem s velmi významným lůžkovým, semimurálním i ambulantním zázemím. V roce 1945 Vladimír Korečevský založil na Oxfordské univerzitě Gerontologický ústav, později Britskou společnost pro výzkum stárnutí, mezinárodní gerontologickou společnost. V roce 1946 byl v Kyjevě založen Ústřední gerontologický ústav. První katedra geriatry vznikla na univerzitě v Glasgow v roce 1965.<sup>192</sup>

Od roku 1950 se konaly mezinárodní konference, jejichž vyvrcholením bylo světové vídeňské zasedání o stárnutí a stáří, konané v roce 1982. V souvislosti s ním byla v řadě zemí oficiálně a legislativně zakotvena geriatry jako samostatné lékařská disciplína. Od počátku 80. let 20. stol. rozvíjejí jednotlivé státy moderní programy přípravy na stáří. V návaznosti na globalizaci vznikají strategie na podporu úspěšného stárnutí.<sup>193</sup>

V členských zemích EU je výchově specialistů ve specializačním vzdělávání v oboru geriatry věnována mimořádná pozornost. V 90. letech byla formulována jednotná evropská curricula pro jednotlivé specializace s cílem minimalizovat rozdíly ve vzdělání specialistů a umožnit jejich pracovní mobilitu v zemích EU. Pro obor geriatry pracuje od roku 1997 v rámci EUMS (European Union of Medical Specialists) geriatrická sekce, jejímž úkolem je harmonizovat specializační přípravu v geriatry v členských zemích EU. Současné vzdělání lékařů v geriatry ve střední Evropě má určitou synchronizaci.<sup>194</sup>

Jaká je zkušenost zajištění péče o staré nemocné občany ve vybraných státech světa v současné době? Ze zkušenosti vyspělých států Evropy jsou známy údaje, že podíl obyvatel starších 65 let v evropských státech v ústavní péči nebo v bytech s pečovatelskou službou až

---

<sup>191</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 203-203.

<sup>192</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. Historické mezníky geriatry, *Česká geriatrická revue* 1/2003, s. 5.

<sup>193</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, s. 201-205.

<sup>194</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E., Příloha Specializační vzdělávání v oboru geriatry v evropské unii., *Gerontologické aktuality* 3/2002. s. 6-7.

do období roku 1970 činil 9 %. Pále nastal rozvoj terénních služeb a procento potřeby ústavní péče kleslo na 4 -7 % seniorů.<sup>195</sup> To se odrazilo v celkovém systému péče o seniory - je zcela evidentní snaha omezit institucionální formu péče maximální rozvinutostí terénních služeb s možností zajištění speciálních kompenzačních pomůcek, bezbariérových úprav, zaškolení rodinných příslušníků.

Jako východisko k řešení problému péče o seniory zvolily jednotlivé země stanovení strategického rámce, a to jako národní plány, akční plány. Dalším stupněm, který se v uskutečnění změny osvědčil je organizační přístup, koordinační mechanismus zajišťující kontinuum péče.

### ***Systémy zdravotní péče a zajištění péče o seniory v Rakousku a Německu***

Ze zahraničních zkušeností **následné péče** ze sousedního Rakouska lze uvést, že obyvatelé Rakouska se dožívají přibližně 75 let. Péče o seniory je zajištěna v rámci lůžkových zařízení nemocnic (včetně geriatrických odd.), dále ošetrovatelských domů, event. sociálních zařízeních. penzionů. V sociálních zařízeních, kam náleží i ošetrovací domy, tvoří senioři nad 70 let 7 % populace. Doma žije 55% seniorů nad 70 let, z toho ale 34 % žijících doma, vyžadujících oporu a pomoc.<sup>196</sup> V poslední době se osvědčuje dvacetičtyřhodinový pobyt ošetrovatelky u nemocného (turnusové služby zdravotnického personálu) s minimalizací potřeby ústavní péče. Preferována je individualizovaná péče s diferencovanou nabídkou služeb a zařízení v domácím prostředí nemocného. Z hlediska systému finančního zajištění zdravotnictví je v Rakousku, Německu, zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění a sociálního zabezpečení. Zařízení jsou soukromá a veřejná.<sup>197</sup> Ošetrovatelské domy, jakož i domovy pro penzionované, jsou v režii komunit.<sup>198</sup>

**Z modelů paliativní péče** v zahraničí lze uvést rakouský model hospicového hnutí. První hospic byl otevřen v roce 1992 ve Vídni. Z jeho zkušenosti ovšem vyplývá, že 51 % nemocných se vrací zpět domů, je to tedy spíše oddělení paliativní a symptomatické péče, kdy

---

<sup>195</sup> Srov. tamtéž, s. 558.

<sup>196</sup> Srov. *Diskusní materiální k východiskům dlouhodobé péče*, Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Katedrou řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010, s. 30.

<sup>197</sup> Srov. GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 154-155.

<sup>198</sup> Srov. tamtéž, s. 155 – 162.

po nastavení optimální terapie pacient přechází do domácího prostředí. Je zcela systematicky vytvářen kladný vztah k hospicovému hnutí, které preferuje kvalitu až do konce života. Postupně během několika let, vznikl v každé spolkové zemi v Rakousku nejméně jeden hospic. Rakouský hospicový program je důsledně budován jako otevřený, vyzývá laickou veřejnost ke spolupráci a dbá na principy důstojného závěru života i ve stávajících zdravotnických institucích.

### ***Systémy zdravotní péče a zajištění péče o seniory ve Švédsku, Norsku***

Obyvatelé severských zemí se dožívají průměrně 80 let. Švédské zdravotnictví je postaveno na lůžkových zařízeních, i když v posledních letech dochází k redukci těchto kapacit. Lékaři jsou většinou státními zaměstnanci. Švédské lékařské společnosti, tedy i geriatrická společnost, spolupracují při tvorbě etických a odborných pravidel s dalšími odbornými společnostmi. Systém zdravotní péče o seniory v severských státech je již „zaběhlý“. Významnou roli hraje centrální státní správa, která dohlíží na dodržování bezpečností zdravotní péče, její dobrou kvalitu a na rovnost občanů v přístupu ke sužbám. Švédsko vytvořilo systém komunitní péče vycházející z komunitních týmů zahrnujících zdravotní sestru, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a sociálního pracovníka. V organizování zdravotnických služeb a financování hrají stěžejní úlohu regionální úřady. Regionálně je také zajištěna péče o seniory v oblasti zdravotní v rámci nemocnice i v oblasti ošetrovatelské v rámci ošetrovatelských domů, rovněž i terénní dohled nad pacienty. Odborný dohled nad klienty ošetrovatelských domů má praktický lékař, geriatr je konzultován při složitějších případech.<sup>199</sup>

### ***Systém zdravotní péče a zajištění péče o seniory v Anglii***

V Anglii je zdravotní péče poskytována klasickými zdravotními službami. V poslední době byly provedeny kontrolované studie, které porovnávaly různé modely péče z hlediska klinických, služebních a ekonomických dopadů. Z nich vyplynulo, že nejlepším modelem je „nemocnice doma“. Problémem je nutnost proškoleného personálu a integrace tohoto typu zdravotní péče do klasického modelu stávajících zdravotních služeb. Byly již vypracovány

---

<sup>199</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. Norský model péče o seniory, *Zdravotnické noviny*, roč. 51 číslo 22, 2002, s. 23.

národní standardy tak, aby nová forma péče mohla být poskytována celé populaci starších zranitelných a křehkých seniorů.<sup>200</sup>

Velká Británie reagovala na potřeby zajištění kontinuální péče, například vytvořením „rapid response teams“ (týmy rychlé reakce) a „intermediate care facilities“ (zařízení intermediální péče), které se zaměřují zejména na rehabilitaci a vytvoření pozitivního zázemí a zajištění služeb po propuštění ze zdravotnického zařízení s ohledem na potřeby klienta/pacienta, takže je přechod mezi nemocnicí a domácí péčí pro pacienta i jeho rodinu plynulejší.<sup>201</sup> Velká Británie a Japonsko zavedly institut „community care“, komunitní péče, jež ve Velké Británii provedl reformu směřující k tomu, aby bylo nejvíce služeb dlouhodobé péče poskytováno na místní úrovni. Prostřednictvím trustů (Care Trusts) je péče na místní úrovni ještě dále integrována s poskytováním zdravotní péče. Existuje snaha propojit a lépe koordinovat služby dlouhodobé péče.<sup>202</sup>

**Ve Francii** byla zavedena centra (zvaná CLIC) umožňující dostupnost služeb, multidisciplinárního posouzení a poradenství. Tato centra napomohla vzájemné porozumění mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb, zlepšila jejich komunikaci. Byl zaveden termín „gerontologická koordinace“ za účelem zdůraznění potřeby zajištění specifické dlouhodobé péče a sociální služby pacientům seniorského věku. Cílem není medicinalizovat dlouhodobou péče o seniory, ale naopak poukázat na její multidimenzionalitu a potřebu integrované péče.<sup>203</sup>

V USA dominoval ústavní model dlouhodobé péče ve 30. letech, ale dnes již neodpovídá společenským požadavkům na kvalitu života a ani na kvalitu poskytované péče. Převládá obecný názor, že „souostroví“ velkých institucí dlouhodobé péče nemůže být změněno ani při dobrém vedení a financování a nelze jím naplnit komplexní a intimní potřeby obyvatel. Z toho důvodu vznikl modelový projekt PACE (Program of All inclusive Care for the Elderly), aby umožnil život v komunitě jako alternativu k indikovanému pobytu

---

<sup>200</sup> Srov. YOUNG, J., The development of intermediate care services in England, *Archive of gerontology and Geriatrics*, 49, s. 21-25.

<sup>201</sup> Srov. *Diskusní materiální k východiskům dlouhodobé péče*, Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Katedrou řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010, s. 31.

<sup>202</sup> Srov. tamtéž, s. 33

<sup>203</sup> Srov. *Diskusní materiální k východiskům dlouhodobé péče*, Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Katedrou řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010, s. 31.

v ošetrovatelském zařízení. V návaznosti na něj je rozvoj projektu chráněného komunitního bydlení Green House Project. Základní myšlenky PACE i Green House Project jako alternativy klasické ústavní péče, mohou mít platnost i v ČR. Problematikou ošetrovatelských domů v USA se zabývala Health Care Financing Administration (HCFA), která pod tlakem veřejnosti, se záměrem zlepšení kvality dlouhodobé péče, požádala National Academy of Sciences, Institute of Medicine, aby navrhl doporučení pro reformu a zlepšení kvality péče. Tato zpráva se stala základem pro federální zákon reformující ošetrovatelské ústavy. Byla stanovena základní sada standardů pro ošetrovatelské domy, základní strategie, která přetrvává dosud<sup>204</sup>. V USA je nyní zdravotní systém tzv. pluralistický, zdravotní péče je definována jako zboží nebo služby, vlastnictví zařízení je veřejné, nebo soukromé.<sup>205</sup>

Snaha humanizovat umírání v běžných nemocnicích je zřetelná všude na světě. Ve vyspělých zemích umírá 80 – 92 % lidí v institucích. Některé národy, např. Švédové, Norové jdou cestou implementace principů paliativní péče do zdravotnických zařízení bez rozvoje hospiců jako samostatných jednotek. Vycházejí z myšlenky, že žádný lékařský obor nemůže být vyvážen z péče o umírající, takže tato péče je převedena do generálního systému zdravotní péče. V některých nemocnicích jsou zřizovány jednotky paliativní péče nebo pracoviště specializované na léčbu obtížně zvládnutelné bolesti. Hospicové hnutí je relativní novinkou a názory na to, jakou roli mají hospice hrát ve stávajících zdravotnických systémech, se teprve v jednotlivých státech tříbí. Na významu nabývá léčba bolesti. Jako interdisciplinární fenomén se musí prosadit do výuky. Současně je třeba zabývat se problémem kontroly bolesti.<sup>206</sup>

V zahraničí je sledována efektivita poskytování paliativní péče, provádí se studie zaměřené na zkoumání efektivity působení paliativních týmů na kvalitu života a spokojenost klientů a sledují se ekonomické náklady. Tyto studie prokazují výhody specializované paliativní péče nejen na klienty samotné, ale i na rodinné příslušníky. Jsou doporučovány a jeví se jako potřebné plánované zkoušky, používající standardizované postupy umožňujících měření efektivity.<sup>207</sup>

---

<sup>204</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I., Péče o seniory a nový obor „Medicína dlouhodobé péče“, *Zdravotnické noviny*, příloha lékařské listy, s. 8-9.

<sup>205</sup> Srov. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 505.

<sup>206</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 54.

<sup>207</sup> Srov. KASARETT, D., KARLAWISH, J. et. al., Improving the Use of Hospice Services in Nursing Homes, *Jama*, 2005, 294 (2), s. 211-217.

Všechny oblasti zdravotní péče ve vyspělých zemích čelí rostoucím nárokům a eskalaci nákladů. Reakce na tuto skutečnost je různá. Nejčastěji se projevuje snaha snížit náklady racionalizací poskytovaných služeb, zaváděním opatření na zvýšení produktivity a přesunováním zdrojů. Tyto tendence doprovází vážná debata o tom, co si můžeme dovolit, ale co již ne, a jak zajistit základní péči, těm, kteří ji nejvíce potřebují. Vědomé, explicitní a uvážlivé využití nejlepších současných poznatků při rozhodování o zdravotní péči u každého pacienta spočívá v integraci individuální klinické expertizy a nejlepší dostupné klinické evidence, která je výsledkem systematického výzkumu. V oblasti paliativní medicíny bude vždy vyžadován profesionální úsudek zdravotníků, který by měl být podepřen těmi nejlepšími důkazy nebo praktickými zkušenostmi profesionálů a využíváním celostního pohledu na pacienta.<sup>208</sup>

V zahraničí jsou prováděny studie se snahou o průkaznost komplexního přístupu k pacientovi. U pacientů, ke kterým bylo přistupováno v kontextu bio- psycho- spirit- sociálním, bylo zaznamenáno daleko méně symptomů deprese a úzkosti, lepší duševní pohoda než u kontrolní skupiny pacientů bez této speciální intervence.<sup>209</sup>

Během péče na konci života se duchovní a existenciální problémy stávají více prominentními, stejně jako vnímání kvality péče členů rodiny. Zlepšování kvality péče před smrtí, rodinná podpora a uspokojení z ní, jsou vnímány velmi významně.<sup>210</sup>

Nejsou to jen významné demografické změny, které působí zatížení systému pro poskytování zdravotnické a pečovatelské služby. Roli hraje také klesající schopnost a ochota rodiny postarat se o staré a nemocné členy i zvyšující se míra nesoběstačnosti lidí nad 80 let. S rostoucím věkem stoupá potřeba péče. Například zatím co pouze 0,5% osob mladších 60 let a 1,5% mezi 60 – 64 potřebuje péči, vzroste toto procento osob starších 80 let přibližně na 38%. Lisabonské zasedání Evropské rady v březnu 2000 mimo jiné zdůraznilo, že je třeba zmodernizovat systémy sociální ochrany tváří v tvář stárnutí populace. Vzhledem k tomu, že způsobilost ke zřízení a organizaci systému sociálního zabezpečení spočívá na členských státech, je úloha EU omezena. Byla zavedena takzvaná „Otevřená metoda koordinace“,

---

<sup>208</sup>Srov. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče*, s. 19-21.

<sup>209</sup>Srov. DOUGLAS, K., MILLER, M. at all. Supportive-affective group experience for persons with life-threatening illness: Reducing spiritual, psychological and death-related distress in dying patients, In *Jama*, 2005, č. 8, s. 333- 412.

<sup>210</sup>CLARKE, M., ALDERSON, P., CHALMERS, I. Discussion sections in report of controlled trials Publisher in general medical journals, *Jama*, 2002 č. 5 s. 287.

založena na vzájemné výměně informací, která se zaměřuje na všeobecnou přístupnost, vysokou kvalitu a udržitelnost zdraví a služby dlouhodobé péče.<sup>211</sup>

V rámci **Evropské unie** bylo stanoveno 5 klíčových sociálních a ekonomických cílů, které je z pohledu EU nutno podrobně identifikovat a zajistit jejich řešení v souvislosti s očekávaným stárnutím v Evropě:

- zajistit ekonomickou bezpečnost pro občany vyššího věku
- udržet mezigenerační solidaritu
- vyloučit sociální exkluzi podmíněnou věkovou diskriminací
- provádět dlouhodobou péči v kontextu změn v rodinách
- zajistit ve společnosti vnímání seniorů jako plnohodnotných občanů

Musí dojít k celospolečenskému konsenzu převažující většiny občanů. Mimo jiné proto, že je třeba počítat s tím, že potřeby a požadavky jednotlivých segmentů společnosti nebudou vzájemně stejné, nebudou podloženy stejnou společenskou, politickou a ekonomickou silou. Tyto uvedené parametry, a to lze předpokládat s velkým stupněm pravděpodobnosti, se totiž budou dosti dramaticky měnit především v příštích dekadách.<sup>212</sup>

---

<sup>211</sup> Srov. LANDAUER, M., KOHLER, P.A., KORTEK, Y. et al., Long-Term care benefits and services in Europe, *Gerontology*, 55 s.481-490.

<sup>212</sup> 6. konference ministrů zdravotnictví evropských zemí v Aténách, duben 1999- pod názvem "Stárnutí v 21 století : potřeba vyváženého přístupu ke zdravému stárnutí" uvedeno v příloze č.7.



## 2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Každá kapitola resp. podkapitola začíná terminologickým vymezením základních pojmů, se kterými se v konkrétní části dizertační práce operuje.

### 2.1 Metody a techniky výzkumné práce

Základem celé práce je metoda typologická – tedy podrobný popis a analýza zdravotně sociální péče o seniory jednoho regionu (bývalého okresu Olomouc). Protože se jedná o podrobné seznámení s jedním geografickým teritoriem, je možno považovat za základní kvalitativní metodologický přístup, i když některé fáze popisu a analýzy budou prováděny kvantitativními technikami.

Metodologie kvalitativního přístupu umožňuje zkoumat člověka (případně skupinu osob) v jeho konkrétním prostředí, sociálním kontextu, jedinečnosti jeho životní situace a individuální zkušenosti.<sup>213</sup> Chráska uvádí, že kvalitativně orientované výzkumy vycházejí z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit.<sup>214</sup> Gavora považuje kvalitativní výzkum v terénu jako příležitost pro hluboké poznání a jemnou analýzu konkrétního prostředí. Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis.<sup>215</sup> Podle Dismana je cílem kvalitativního výzkumu vytváření nových hypotéz a nového porozumění, nové teorie.<sup>216</sup> V přípravné části výzkumu byla provedena koncepce výzkumu, jeho základní uspořádání.<sup>217</sup>

Cílem konstrukce vzorku bylo prezentovat problém v celé populaci – vzorek reprezentuje populaci jedinců - seniorů a jejich zdravotně sociální zajištění v okrese Olomouc. Získané informace byly prostudovány z pohledu vývoje a historických návazností, doplněny návštěvou zdravotních a sociálních zařízení. Bylo využito zejména možnosti participačního pozorování, neboť realizátorka šetření byla součástí prostředí pečujícího o sledované seniory.

---

<sup>213</sup> Srov. ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatelstvo teoria a vedecký výskum*, s. 256.

<sup>214</sup> Srov. CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*, s. 40.

<sup>215</sup> Srov. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*, s. 142.

<sup>216</sup> Srov. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost* s 301.

<sup>217</sup> Srov. *Vědecké metody ve společenských vědách*, s. 12  
[www.doctorandus.info/info/e\\_kapitoly/vedecke\\_metody.doc](http://www.doctorandus.info/info/e_kapitoly/vedecke_metody.doc)

Výzkumná sonda vedla k novým porozuměním a k precizaci formulace cílů výzkumu a výzkumných otázek.

**Cíle:**

1. Popis vývoje zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc za posledních 20 let
2. Popis a třídění aktuálního stavu zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc.
3. Komparace vývoje a aktuálního stavu zdravotně sociálních zařízení následné a dlouhodobé péče v okrese Olomouc a v ČR.
4. Případové studie seniorů, které dokládají deficit zdravotně sociální péče.

**Výzkumné otázky:**

- ad 1) Jaký byl vývoj zdravotně sociální péče o seniory v okrese Olomouc?
- ad 2) Jaká jsou zařízení v okrese Olomouc? Existuje přesah zdravotně sociální péče?
- ad 3) Jaká je dostupnost zdravotně sociální péče v okrese Olomouc?
- ad 4) Existuje deficit následné péče o seniory v okrese Olomouc?
- ad 5) Existuje rozdíl zdravotně sociální péče o seniory v ČR a v okrese Olomouc?

**Metody výzkumu:** obsahová analýza dokumentů

komparace

případové studie

participační pozorování

historická analýza – obsahová analýza dokumentů

### **Obsahová analýza:**

Jedná se o analýzu a hodnocení obsahu písemných textů.<sup>218</sup> Záměrem kvalitativní analýzy získaných dat je možnost tvorby závěrů, úsudků, implikací prostřednictvím objektivního identifikování hlavních myšlenek. Pokud jsou tyto informace věcně porovnatelné je možno je analyzovat porovnávacím způsobem na základě stejných kvalifikačních kategorií jejich obsahu.

Základní soubor tvoří všechny dokumenty, které se vztahují k problému a k definovaným výzkumným otázkám. Záznamové jednotky jsou tříděny do jednotlivých analytických kategorií obsahu. Zrcadlí hlavní teoretické koncepty, na kterých je analytická studie založena. Předpokladem této kategorizace je vyčerpávající soupis všech stránek, aspektů nebo dimenzí zkoumaného problému.<sup>219</sup> Kategorie jsou dány obsahem získané informace a naším porozuměním této informaci.<sup>220</sup> K dostatečnému porozumění byla využita deskripce jednotlivých zařízení z jejich vlastních nejčastěji písemných materiálů, která směřovala k popisu a charakteristice daného zařízení a rovněž k porozumění jeho začlenění do kontextu organizační struktury zdravotně sociálního systému.

V určitém procentu pro získání informací a sběr dat byla použita i *historická analýza* při které byly zkoumány zvláště primární dokumenty, které podávají přímé informace o historických událostech<sup>221</sup>. V případě realizovaného výzkumu se jedná i o informace získané ze zákonů a legislativy dané problematiky.

### **Komparativní metoda (metoda porovnávání podobnosti):**

Podstatou této metody je tvůrčí myšlenkový proces, jehož cílem je vyhledávání objektů, které jsou tvarem, složením, rozměry, hmotností apod. podobné výrobku nebo procesu, jenž je předmětem racionalizace. V některých případech jde o srovnání jen vnějších podobností objektů, funkčně třeba zcela odlišných.<sup>222</sup> V našem výzkumu byla využita komparativní metoda pro získání odpovědí na výzkumné otázky a získání přehledu o počtu eventuelního

---

<sup>218</sup> Srov. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*, s. 117.

<sup>219</sup> Srov. FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*, s. 35.

<sup>220</sup> Srov. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 316.

<sup>221</sup> Srov. ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatelstvo teoria a vedecký výskum*, s. 263.

<sup>222</sup> Srov. tamtéž, s. 52 – 54.

deficitu v zajištění seniorů v oblasti zdravotně sociální péče v okrese Olomouc. Srovnání bylo provedeno s daty známými pro Českou republiku a pro Olomoucký kraj.

### ***Případové studie***

Případové studie jsou někdy označovány jako kazuistiky (case studies). Tento termín se označuje také jako studium případu. Znamená klasickou metodu opisu a rozboru jednotlivých případů (léčebných, právnických, pedagogických apod.). Slouží obvykle na ilustraci nebo na vyvození určitých relevantních závěrů. Pokládá se za metodu s ilustrační a verifikační funkcí. Někdy se hovoří o kazuistické metodě jako o studiu případů ve speciálním kontextu. Tato metoda spočívá v důkladném studiu všech dostupných písemných a jiných materiálů o jednotlivcích a jejich zhodnocení a formulování závěrů.<sup>223</sup>

Případová studie je intenzivní a obvykle dlouhodobější výzkum jedné nebo více vybraných osob. Tento intenzivní výzkum má vést k porozumění vnitřní a často neopakovatelné dynamice vývoje jedince, vývoji a průběhu jeho onemocnění, léčby, vývoji jeho interakce s prostředím apod. Data o tomto vývoji lze získat bezprostředně (přímým kontaktem, rozhovorem atd.), ale i zprostředkovaně rozbořením a studiem dokumentů. Případová studie je považována za prototyp objevujícího – explorativního bádání (Wolman, 1965) charakteristického pro kvalitativní výzkum. Rovněž je akceptovatelná pro studium vzácně se vyskytujících jevů, kde nemáme ani jiné možnosti než intenzivně studovat a zkoumat jev, který se právě v daném místě a v daném čase vynořil.<sup>224</sup> V našem výzkumu, pro prokázání termínu plující geronty byly vybrány základní kategorie. Věk pacienta, datum přijetí na odd. geriatry, datum ukončení hospitalizace na odd. geriatry, datum následujícího přijetí do Fakultní nemocnice a datum dalšího přijetí na odd. geriatry.

Nejfrekventovanější je klinická kazuistika, která se věnuje klinickému obrazu na pozadí osobní, rodinné anamnézy s naznačením diagnostických, prognostických, léčebných i preventivních opatření. Méně častá je kazuistika – případová studie ve smyslu opisu historie, týká se relevantních údajů v životě jednotlivce. Poskytuje ucelený obraz o daném případě člověka, řazení informací je obvykle chronologické. Jedinečnost a proměnlivost lidského chování a vzájemné porovnání vede k vyvozování určitých zobecnění, předpovědi dalšího

---

<sup>223</sup> Srov. ŠVEC, Š. a kol., *Metodologia vied o výchově*, s. 211 -212.

<sup>224</sup> Srov. *Vědecké metody ve společenských vědách*, s.48 – 50.  
[www.doctorandus.info/info/e\\_kapitoly/vedecke\\_metody.doc](http://www.doctorandus.info/info/e_kapitoly/vedecke_metody.doc)

možného očekávaného vývinu budoucích důsledků v určitých podmínkách a za určitého působení vnitřních a vnějších činitelů. Umožňuje dedukovat závěry a poučení.<sup>225</sup> Metodu případové studie, odborného participačního pozorování a studiem lékařské dokumentace byla v realizovaném výzkumu využita pro objektivizaci získaných dat o nedostatečném zajištění seniorů, v situaci potřeby následné a dlouhodobé péče.

## **2.2 Popis vývoje zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc za posledních 20 let**

Vývoj jednotlivých zařízení následné a dlouhodobé péče v okrese Olomouc během dvaceti let lze charakterizovat z různých hledisek. Významnou změnou, která v posledních dvaceti letech zasáhla zařízení péče o seniory byly změny ve zřizovatelských vazbách. Kromě státního sektoru, kdy zřizovatelem jsou Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo vnitra a Ministerstvo obrany, ale uplatňují se také samosprávné orgány (obce, města, kraje), se postupně rozvíjí i privátní sektor (fyzické a právnické osoby), akciové společnosti, charitativní organizace apod. Dalším významným krokem vývoje je zahájení akreditací, certifikací jako měřítek kvality jednotlivých zařízení. Velmi významným krokem ve vývoji zdravotně sociální péče o seniory je vznik a uplatnění některých legislativních kroků, který významnou měrou zasáhly do struktury jednotlivých zařízení následné a dlouhodobé péče o seniory. Změny, které nastaly v oblasti legislativy, vyjadřují významný pokrok, neboť oproti původnímu výhradně státnímu sektoru zřizovatelských práv v oblasti zdravotně sociální péče před rokem 1989, umožnily rozvoj v oblasti zřizovatelských práv i v oblasti péče o seniory a tím i rozdělení zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči o seniory v okrese Olomouc podle zřizovatelů.<sup>226</sup> Přehled zařízení a agentur ukazuje tabulka 10.

---

<sup>225</sup> Srov. ŠVEC, Š. a kol., *Metodológia vied ve výchově*, s. 213-214.

<sup>226</sup> Srov. RÝZNAR, V. Poskytování zdravotní péče v Olomouckém kraji, *Krajský lexikon zdraví*, 2005, s.1.

Tab. 10 Přehled zařízení a agentur v okrese Olomouc dle zřizovatele

Typ zřizovatele	Zařízení
1. Státní zařízení	Fakultní nemocnice Olomouc, geriatrické odd. Vojenská nemocnice Olomouc
2. Krajský úřad Olomouc	Odborný léčebný ústav Moravský Beroun
	OLÚ Paseka
	Domov pro seniory Pohoda Olomouc LDN Paseka
3. Akciová společnost	Středomoravská nemocniční, nemocnice Šternberk (odd. LDN)
3. Magistrát města Olomouce	Dům s pečovatelskou službou – celkový počet 7 domů (ul. Přichystalova, Fischerova, Holečkova, Politických vězňů, Erenburgova, Příčná, Peškova)
4. Soukromý subjekt	LDN - „Interna“ Zábřeh na Moravě
5. Arcidiecézní charita	Hospic na Sv. Kopečku Domov pro seniory (Kláster sester Premonstrátek) na sv. Kopečku
6. Obecní úřady v blízkém okolí Olomouce	Domov pro seniory Dolany- Véska
	Dům pokojného stáří Velká Bystřice
	Domov pro seniory Přáslavice
7. Nestátní zařízení	Agentury domácí péče - celkový počet 6 agentur (ve městě Olomouc)
	Denní stacionáře (celkový počet 2 stacionáře)
9. Nestátní - poradenská činnost Státní – poradenská činnost	Pamatováček Sociální poradenství při Krajském úřadě

### 2.2.1 Státní zařízení

#### *Fakultní nemocnice Olomouc*

Specielně pro seniory jsou určena **geriatrická lůžka**, ta sice nepatří do koncepce následné péče, ale úzce se zařízeními jak následné, tak dlouhodobé péče spolupracují. Na odd. geriatric jsou hospitalizováni nemocní ve věku nad 65 let. Na tato oddělení jsou přijímáni z FN (akutních lůžkových oddělení, např. interny, chirurgie, neurologie) a také z terénu cestou ambulance odd. geriatric. Díky specializaci personálu je těmto seniorům poskytována kvalitní diagnostická i léčebná péče. Lépe jsou zvládnuty některé projevy onemocnění (delirantní stavy, poruchy mobility, práce s dementsními). Péče je vždy zaměřena na funkční hledisko a rehabilitaci. Ve Fakultní nemocnici v Olomouci je zřízeno jedno oddělení geriatric. Od roku 1985 zajišťovala léčebnou a ošetrovatelskou péči u pacientů ze spádové oblasti

původně Léčebna pro dlouhodobě nemocné ve Fakultní nemocnici Olomouc, a to s kapacitou 150 lůžek. V roce 1991 došlo k organizační změně léčebny na oddělení geriatrie a dlouhodobě nemocných a v roce 1994 vzniklo současné oddělení geriatrie.

Oddělení geriatrie provádí ústavní, (lůžková kapacita je t.č. 40 lůžek), ambulantní a poradenskou činnost. Průměrná ošetrovací doba je přibližně 21 dnů. Za rok činí počet hospitalizovaných asi 850 pacientů. Nejčastější choroby nemocných jsou ICHS, DM, a jejich komplikace a dále jsou zde pacienti po CMP a velkou skupinu nemocných tvoří pacienti po prodělaných úrazech nebo náhradách umělých kloubů (k rehabilitaci a nácviku soběstačnosti). Oddělení geriatrie zajišťuje také výukovou bází pro obor geriatrie pro střední a vysoké školy zdravotní a sociální.<sup>227</sup>

### ***Vojenská nemocnice***

Vojenská nemocnice disponuje oddělením pro veterány, které má charakter léčebny dlouhodobě nemocných a bylo otevřeno v roce 2008 s kapacitou 25 lůžek z toho 5 - 10 lůžek určených pro sociální hospitalizaci. Průměrná ošetrovací doba je 3 měsíce.<sup>228</sup> V posledních čtyřech letech také disponuje oddělením DIP v počtu 10 ti lůžek.

### **2.2.2 Nestátní zařízení**

Krajské úřady byly legislativně zajištěny zákonem 129/2000 Sb. Fyzicky byla jejich funkce zahájena na podzim roku 2001. Krajský úřad Olomouc, odbor zdravotnictví zajišťuje péči o potřebné seniory v rámci příspěvkových organizací např. v Odborném léčebném ústavu Moravský Beroun a Odborný léčebný ústav Paseka. Cestou odboru sociálních věcí je řízena příspěvková organizace Domov pro seniory Pohoda včetně Penzionu v Olomouci, Chválkovicích.

### ***Odborný léčebný ústav neurologicko - geriatrický v Moravském Berouně***

Ústav má bohatou historii, z původní tuberkulózní léčebny se v roce 1966 ústav profilizoval na interní léčbu. V roce 1968 vzniklo neurologické oddělení. Od roku 1975 byl přičleněn k Fakultní nemocnici se zajištěním konziliárních služeb, čímž byla zabezpečena specializovaná péče o nemocné. Tato spolupráce trvá dodnes přesto, že s příchodem nových

---

<sup>227</sup> Výroční zpráva Fakultní nemocnice Olomouc, 2009.

<sup>228</sup> RÝZNAR, V. *Krajský lexikon zdraví*, 2005.

společenských poměrů od 1. 1. 1991 získal tento ústav právní subjektivitu. V současné době jej tvoří dva pavilony s lůžkovou kapacitou 128 lůžek. Od září 1991 bylo vytvořeno oddělení cévních mozkových onemocnění, ve kterém jsou léčeni pacienti po odeznění akutního stádia cévní mozkové příhody. V současné době je zde ročně přijímáno 750-800 pacientů především z Fakultní nemocnice Olomouc, nemocnice Šternberk, nemocnice Šumperk a z jiných zdravotnických zařízení, včetně ordinací praktických a ambulantních specialistů z celé ČR. Od r. 1994 zde byly otevřeny pro občany Moravského Berouna a okolí ordinace praktického lékaře, neurologa, internisty, geriatra, rehabilitačního lékaře, diabetologa, dermatologa a gynekologa. Odborný léčebný ústav poskytuje: komplexní následnou péči včetně rehabilitace, pro pacienty postižené cévní mozkovou příhodou, léčbu neurologických a onkologických onemocnění ve spolupráci s pracovišti akutní medicíny, rehabilitaci poúrazových stavů a léčbu chronických ran, zajišťuje péči o pacienty s cukrovkou pomocí nejnovějších léčebných postupů, doléčování u srdečních a oběhových onemocnění, odbornou psychiatrickou pomoc u psychických komplikací závažnějších, somatických onemocnění.<sup>229</sup>

### ***Odborný léčebný ústav Paseka***

Původně Zemská plicní léčebna byla postupně reprofilována na Odborný léčebný ústav, který tvoří v současnosti tři základní pracoviště (Léčebna TRN, odd. rehabilitace, léčebna dlouhodobě nemocných). K 1.1.1992 v rámci transformace zdravotnictví došlo k organizační změně a OLÚ Paseka se stal samostatným právním subjektem, jehož zřizovatelem byl Okresní úřad Olomouc. Po roce 2000 bylo vytvořeno oddělení sociálních hospitalizací, které slouží pro nemocné, již po úpravě zdravotního stavu, kteří nemají zajištěnou domácí péči, nebo domácí péče není dostatečná vzhledem k jejich chronickému zdravotnímu stavu. Pacienti využívají pobyt na sociálních lůžkách až do doby přijetí do sociálního zařízení. LDN v současnosti disponuje 135 lůžky, a poskytuje kompletní zdravotnickou péči, která je zaměřena na stabilizaci zdravotního stavu, zlepšení hybnosti, nácvik sebeobsluhy a zlepšování soběstačnosti pacientů. K dispozici jsou konziliární vyšetření specialistů (oční, ORL, gynekologie, chirurgie, TRN, rehabilitace atd.). U imobilních a psychicky alterovaných pacientů je věnována pozornost komplexní ošetrovatelské péči, zvláště prevenci dekubitů,

---

<sup>229</sup> PODIVÍNSKÝ, J. Léčebný ústav Moravský Beroun výročí, In *Česká geriatrická revue*, 2008,6, s. 59.



hydrataci, výživě atd. Léčebna úzce spolupracuje s Nemocnicí Šternberk a FN Olomouc. LDN zajišťuje péči o dlouhodobě nemocné občany převážně z regionu Olomouc.<sup>230</sup>

### ***Hospic na sv. Kopečku***

Je prvním hospicem v Olomouckém kraji a byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc. Původní poutní dům, který patřil Matici svatokopecké, byl rekonstruován a stavebně přizpůsoben k provozování zdravotnického zařízení. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení, které svým celostním přístupem umožňuje nevyléčitelně nemocným prožít kvalitně a důstojným způsobem závěrečné období jejich života. Má kapacitu 30 lůžek, nedisponuje ambulantním provozem, stacionářem a není organizačně propojeno s domácí hospicovou péčí. Celý hospic je koncipován bezbariérově a s důrazem na kompenzační ošetrovatelské pomůcky v intencích dnešní doby. Pokoje jsou většinou jednolůžkové, jsou vybaveny přistýlkou pro příbuzné, kteří mohou být přítomni po celou dobu pobytu a mohou tak doprovázet svého blízkého v nejtěžších chvílích jeho života. Návštěvy u nemocných bývají umožněny nepřetržitě a klienti mohou trávit se svými příbuznými tolik času, kolik si sami přejí. Pacientům a jejich rodinám stojí po boku odborný personál, který tvoří lékaři, vrchní sestra, staniční sestra, zdravotní sestry, ošetrovatelé a pečovatelé, sociální pracovníce, psycholog, duchovní a v neposlední řadě také dobrovolníci. Z pracovního týmu je patrné, že pozornost je zaměřena na všechny aspekty osobnosti, tedy také na psychický, sociální a duchovní rozměr lidské bytosti a je uznávána lidská jedinečnost a důstojnost každého člověka, a to i v období jeho umírání. V hospici je snaha zajistit lidskou a profesionální péči.

231

Klient je přijímán na základě podané žádosti, která obsahuje kromě ostatních údajů vyjádření ošetřujícího lékaře a informovaný souhlas nemocného. Přesto nastávají komplikace způsobené nedostatečnou informovaností. Umírající člověk by měl být se svým stavem seznámen a měl by také vědět, co je poslání a funkce hospice. Počet žádostí převyšuje trvale kapacitu zařízení, přesto je přijetí žadatelů uskutečněno průměrně do několika dnů.

---

<sup>230</sup> Strov. *Výroční zpráva Léčebny dlouhodobě nemocných v Pasece*, 2009.

<sup>231</sup> *Výroční zpráva: Hospic na sv. Kopečku 2007*.

### ***Domov seniorů Pohoda***

dříve Domov důchodců v Olomouci Chválkovicích, příspěvková organizace Olomouckého kraje. V Olomouci je jediným tohoto druhu a má kapacitu 201 míst (Olomoucký kraj disponuje celkem 26 domovy důchodců s celkovým počtem 2774 míst). Činnost domova seniorů ve Chválkovicích je zaměřena na bydlení osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku. Obyvatelům domova je poskytována celoroční komplexní, tedy i rehabilitační a ošetrovatelská péče, která sestává především ze zdravotní a sociální péče. Lékařská zdravotní péče je zajištěna praktickým lékařem pro dospělé a specialisty (neurolog, kožní, psychiatr). Žádosti o umístění, po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách, vyřizuje od 1.1.2007 poskytovatel služby, tj. zařízení sociálních služeb, po kterém se žádá o poskytnutí sociální služby.<sup>232</sup>

Součástí Domova seniorů Pohoda je také Penzion (Chráně bydlení) pro seniory. Do penzionů jsou přijímáni občané jejichž zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Penzion poskytuje především kvalitní bydlení, pomoc při péči o osobní hygienu a osobní potřeby, stravování, pomoc při udržování a zajišťování chodu domácnosti, podporu kontaktů s rodinou a spolupráci ve využívání vlastních přirozených sítí. V posledních dvaceti letech zde kromě technických úprav došlo především k posílení konkrétního vztahu ke klientům, aktivizaci jejich fyzických a psychických sil. Pořádají se výlety, klienti jsou začleňováni do drobných prací na zahrádce dalších aktivačních programů.

### ***Domovy pro seniory, které zřizují obce v bezprostředním okolí Olomouce***

#### *Domov pro seniory Dolany – Véska u Olomouce*

Dům s pečovatelskou službou v uvedené lokalitě byl postaven v roce 1997. Nabízí svým obyvatelům nejen bydlení, ale i veškeré sociální, postupně rovněž zdravotní služby a také kulturně společenský program. Domov je přednostně určen občanům obce Dolany, využívat jej mohou i občané z blízkého okolí.<sup>233</sup>

---

<sup>232</sup> Olomoucký rádce pro seniory, s. 66-68.

<sup>233</sup> Výroční zpráva Domov pro seniory Dolany – Véska, 2006.

### *Domov pokojného stáří sv. Anny, Velká Bystřice*

Byl připravován od roku 1996 ve spolupráci Charity Olomouc a města Velká Bystřice. Hlavní myšlenkou tohoto zařízení bylo zajištění potřebných služeb v zařízení rodinného typu, které stárnoucím obyvatelům zajistí trvalou péči. V současné době je kapacita 40 obyvatel.<sup>234</sup>

Obecní úřad *Přáslavice* rekonstruoval bydlení pro seniory v kapacitě sedm bytů, t.č. zatím bez trvalého obsazení.

### ***Chráněné bydlení – penziony***

Penziony prodělaly vývoj v období dvaceti let. Spektrum jejich obyvatel zůstává stejné, původně byli klienti soběstační nyní se jedná o klienty, kteří nevyžadují ošetrovatelskou péči. V Olomouci je **Penzion pro seniory** stavebně součástí Domova seniorů Pohoda ve Chálkovicích, jak již zmíněno.

### ***Penzion pro důchodce a pečovatelská služba Olomouc, Zikova ul.***

Penzion pro důchodce na Zikové ulici je příspěvkovou organizací Olomouckého kraje. Je rozšířen o pečovatelskou službu. Umožňuje seniorům a zdravotně postiženým občanům setrvat co možná nejdéle v jejich přirozeném prostředí, dává možnost žít běžným způsobem života. Penzion poskytuje především pomoc při péči o osobní hygienu a osobní potřeby, stravování, pomoc při udržování a zajišťování chodu domácnosti, podporu pro zvýšení orientace ve vlastních právech a povinnostech, podporu kontaktů s rodinou a spolupráci ve využívání vlastních přirozených sítí. Za dvacet let existence je zřejmé nastavení činnosti na aktivizaci fyzických a psychických sil, zajištění základní zdravotní péče, včetně rehabilitačních služeb, edukační programy pro klienty a odborné semináře pro personál.

### ***Domy s pečovatelskou službou***

Město Olomouc poskytuje nájem bytů v domech s pečovatelskou službou (dále jen DSP) a v bezbariérových bytech. Požadavky ovšem převyšují kapacity. Byty v DPS jsou určeny pro bydlení starých a zdravotně postižených občanů. První domy vznikaly po roce 1968 a jejich obliba stále vzrůstala. Sympatické je, že si nájemce může vzít svůj nábytek, své oblíbené předměty, čímž si zachová kontinuitu vlastní minulosti. Jedná se o nájemní byty, kde nájemce

---

<sup>234</sup> *Výroční zpráva Domu pokojného stáří sv. Anny, Velká Bystřice, 2007.*

hradí měsíčně stanovené nájemné za byt a za služby spojené s bydlením. Na základě smlouvy si nájemce tj. žadatel o službu vybere sjednané služby pečovatelské, ošetrovatelské nebo asistenční. V Olomouci se jedná o DPS na ulici Přichystalova č.64,66,68, Fischerova č. 2.4.6, Holečkova č.9, Politických vězňů č. 4, Erenburgova č. 26, Příčná č. 2.4.6.8, Peškova č.67.

### **2.2.3 Zařízení soukromých subjektů**

#### ***Interna Zábřeh s.r.o.***

Léčebna s ošetrovatelskými lůžky pro spádovou oblast Olomouckého kraje. Od ledna 2002 došlo vlivem restrukturalizace původní interny ke vzniku léčebny s ošetrovatelskými lůžky v počtu 104 lůžek. V rámci provozování ošetrovatelské péče poskytuje léčebna základní rehabilitaci. Slouží sice převážně pro nemocné ze Šumperska, ale je využívána i nemocnými z okresu Olomouc.<sup>235</sup>

#### ***LDN ve Šternberka v rámci nemocnici (součástí Středomoravské nemocnice)***

Ve šternberské nemocnici je provozována LDN již 15 roků. Hlavní náplní je doléčení nemocných z akutních oddělení této nemocnice. Má kapacitu 35 lůžek, využíváno bývá až 98,5% a délka hospitalizace je 45 dnů.

### **2.2.4 Agentury domácí péče**

V Olomouci v r. 1991 vznikla charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba Arcidiecézní charity, jakožto projekt Ministerstva zdravotnictví, spojující ošetrovatelskou a pečovatelskou potřebnost u seniorů. Během času se zdokonaloval a měnil rozsah kompetencí sester v agenturách domácí péče, kdy kromě ošetrovatelské problematiky (ošetrování defektů, aplikace inzulínu, odběry glykemií, krevní srážlivosti atd.) se specializují na diagnostiku a podporu nutriční u seniorů, včetně možnosti (na základě indikace praktického či ošetrovajícího lékaře) provádět infuzní hydratační terapie a také hospicovou domácí péči u terminálně nemocných. V Olomouci v současnosti existuje šest agentur domácí péče (Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba, POMAD, SDOP, agentura - Novosadovi, agentura - Pospíšilová). Je pravdou, že mezi nejčastější onemocnění, která vedou k indikaci agentury

---

<sup>235</sup> *Výroční zpráva*, Interna Zábřeh s.r.o Léčebna s ošetrovatelskými lůžky, 2005.

domácí péče, patří diabetes mellitus, jeho komplikace a jeho léčba inzulinem, dehydratace nemocných a poruchou nutrice nemocných, chronické defekty. Častými klienty jsou pacienti také pacienti s onemocněním kardiovaskulárního aparátu, s indikací monitorování tlaku krevního, subkutánní aplikace nízkomolekulárního heparinu, nemocní u nichž jsou nutné odběry krve pro sledování parametrů koagulace. V Olomouci agentury domácí péče spolupracují s 20 praktickými lékaři, kteří jsou také indikujícími lékaři k zajištění domácí péče u nemocného v domácnosti. Kromě praktických lékařů jsou nejčastěji indikujícími lékaři jsou lékaři z odd. geriatric FN a nemocnice Šternberk LDN.

### **2.2.5 Stacionář a poradenství**

Stacionáře, které zajišťují denní pobyt pro seniory (v pracovní dny od 6,30 – 18.00 hod.) mají v Olomouci dlouhou historii, avšak nikoli v pojetí komplexnosti péče. V oblasti poradenství vznikají v posledních letech především sociální informační centra v rámci Magistrátu města Olomouce a na Krajském úřadě Olomouc, rovněž další subjekty (blíže uvedeno v kapitole 2.3).

#### ***Chronologický přehled zařízení následné péče v regionu Olomouc***

V níže uvedené tabulce je zachycen chronologický nárůst zařízení následné péče a agentur domácí péče v období posledních 20 let v okrese Olomouc.

Tab. 11 Chronologický nárůst zařízení následné péče v období 1989 - 2008 v okrese Olomouc

Časová řada zjištění	Zařízení	Agentury	Paliativní péče	Nově zřízená LDN zařízení
1989	Fakultní nemocnice Olomouc OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka			
1991	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka	Agentura CHOPS		
1993	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka	Agentura AURA		
1994	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka	Agentura POMADOL		
1995 – 2001	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka LDN Šternberk	Agentura Novosadovi Agentura Pospíšilová		
2002	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka		Hospic na Sv. Kopečku	
2004	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka	Agentura SDOP	Hospic na Sv. Kopečku	LDN Interna Zábřeh na Mor.
2006	OLÚ Mor. Beroun LDN Paseka	Celkem 6 funkčních agentur	Hospic na Sv. Kopečku Domov pro seniory – (klášter), sv. Kopeček	LDN Interna Zábřeh na Mor. Ošetřovatelská odd. v Domovech pro seniory s platbou ZP
2008	OLÚ Mor. Beroun OLÚ Paseka	Celkem 6 funkčních agentur	Hospic na Sv. Kopečku	Vojenská nemocnice – LDN oddělení

Z chronologického vývoje péče o seniory v okrese Olomouc za posledních dvacet let je zřejmý narůstající počet zařízení zdravotně sociální péče a potažmo jejich potřebnost. Dalším zjištěním je zvýrazněna jejich provázanost, resp. přesah potřebnosti zdravotní i sociální péče, zajištění komplexní péče u každého potřebného starého člověka našeho okresu. Reakcí zařízení poskytujících zdravotně sociální péči o seniory v regionu Olomouc v minulých

letech, bylo dosaženo současného stavu těchto zařízení, který dovoluje jejich členění v kontextu **připravovaného zákona o zdravotnických službách a o podmínkách jejich poskytování**. Třídění zařízení následné a dlouhodobé péče v pohledu nového připravovaného zákona se věnuje následující kapitola.

## **2.3 Popis a třídění aktuálního stavu zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc**

V Olomouckém okrese je poskytována zdravotní péče ve všech medicínských oborech ve třech nemocnicích. V některých z nich je poskytována také následná i dlouhodobá péče o seniory.

- **Fakultní nemocnice Olomouc**
- **Vojenská nemocnice Olomouc**
- **Středomoravská nemocniční a.s. Nemocnice Šternberk**

### **2.3.1 Následná péče poskytována v institucích v okrese Olomouc**

1. OLÚ Moravský Beroun vznik před rokem 1989
2. LDN (od roku 2009 změna názvu) OLÚ Paseka vznik před rokem 1989
3. LDN – nemocnice Šternberk (1995)
4. LDN – oddělení pro veterány – Vojenská nemocnice Olomouc (2006)

**Blíže o výše uvedených zařízeních zmíněno v kapitole 2.2**

### **2.3.2 Dlouhodobá péče zdravotně sociální poskytovaná v institucích**

Dlouhodobá péče, vyjadřující zdravotně sociální péči poskytovanou současně u jednoho pacienta, představuje převis zdravotní a sociální potřeby u seniora a potřebnost propojení obou typů péče. Zařízení poskytující dlouhodobou péči jsou:

### ***a) Sociální hospitalizace***

Níže uvedená tabulka uvádí přehled zdravotnických zařízení, která na základě zákona č. 100/1988 Sb (§ 73) zřídila a zvláště po roce 2000 zajišťují a poskytují sociální hospitalizace.

*Tab. 12 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních*

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
Olomouc	Vojenská nemocnice	Hranice na Mor.	Nemocnice Hranice a.s.
Paseka	Odborný léčebný ústav Paseka	Zábřeh na Mor.	Interna Zábřeh s.r.o.

### ***b) Zdravotní služby poskytované v zařízeních sociální péče.***

V řadě domovů pro seniory si situace vynutila vznik ošetřovatelských lůžek, neboť mnozí klienti vyžadují jak zdravotní péči, tak i sociální péči. V níže uvedené tabulce jsou uvedeny domovy pro seniory v okrese Olomouc a v blízkém okolí.<sup>236</sup> Zdravotně sociální provázanost, zajištění ošetřovatelské péče existuje ve všech níže uvedených zařízeních (po roce 2008 se smluvním vztahem se Zdravotními pojišťovnami pro úhradu ošetřovatelské péče) s výjimkou Domova pro seniory v Dolanech.

---

<sup>236</sup> Srov. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje, 2009.*



Tab. 13 Přehled zařízení Domovy pro seniory v okrese Olomouc s vyjádřením možnosti ošetrovatelské péče

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
Olomouc	Domov pro seniory Pohoda, Chválkovice	Přerov – Pavlovice	Domov Alfreda Skeneho
Sv. Kopeček	Česká katolická charita, klášter sester premonstrátek	Přerov	Sociální služby
Červenka	Domov důchodců Červenka	Rokytnice u Přerova	Domov Na zámečku
Hrubá Voda	Domov důchodců Hrubá voda	Radkova Lhota	Domov pro seniory Radkova Lhota
Velká Bystřice	Dům pokojného stáří sv. Anny	Tovačov	Domov pro seniory Tovačov
Dolany u Olomouce	Dům pro seniory	Hranice	Domov pro seniory
Náměšť na Hané	Dům seniorů František		
Šternberk	Sociální služby Šternberk Ošetrovatelský domov	Mohelnice	Domov pro seniory s pečovatelskou službou

### 2.3.3 Následná a dlouhodobá péče poskytovaná v domácnosti nemocného

#### *Agentury domácí péče*

Propojením zdravotní domácí péče a pečovatelské služby vznikly a byly podporovány ošetrovatelsko- pečovatelské služby jako základ dnešní podoby domácí péče.

Tab. 14 Přehled agentur poskytujících pečovatelskou službu v okrese Olomouc a blízkém okolí<sup>237</sup>

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
Olomouc	Charitní pečovatelská služba	Hranice na Moravě	Charitní pečovatelská služba
Sv. Kopeček	Českomoravská provincie Kongregace sester premonstrátek	Hranice na Moravě	Domov pro seniory Pečovatelská služba
	Pečovatelská služba Pomadol	Brodek u Přerova	Dům s pečovatelskou službou
	Sociální služby pro seniory Olomouc	Hustopeče nad Bečvou	Dům s pečovatelskou službou
Uničov	Centrum sociálních služeb	Přerov	Charitní pečovatelská služba
		Přerov	sociální služby Přerov
Šternberk	Sociální služby pro seniory Šternberk	Lipník nad Bečvou	Sociální služby a charitní ošetřovatelská služba
Šternberk	Charitní pečovatelská služba	Lipník nad Bečvou	Charitní ošetřovatelská služba
Litovel	charitní pečovatelská služba	Mohelnice	Domov pro seniory s pečovatelskou službou
Uničov	Charitní pečovatelská služba	Zábřeh na Mor.	Charitní pečovatelská služba
		Sobotín	Diakonie ČCE
		Moravský Beroun	Pečovatelská služba
		Dub nad Moravou	Pečovatelská služba Amant

### 2.3.4 Zařízení dlouhodobé sociální péče v okrese Olomouc

#### *Stacionář a poradenství*

V současné době existuje v regionu Olomouc několik denních center. První stacionář zajišťuje denní pobyt pro seniory v pracovní dny od 6,30 – 18,00 hod. V roce 2009 vznikl v rámci občanského sdružení Pamatováček, které spolupracuje s Českou alzheimerovskou společností, další stacionář na ulici Roosweltova 7, jenž poskytuje pomoc a poradenství občanům postiženým demencí a jejich rodinám. V blízkém okolí se nachází třetí stacionář

<sup>237</sup> Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje, s. 28-40.

provozovaný sociálními službami města Přerova, který zajišťuje denní pobyt bez omezení věku.

V oblasti poradenství jsou sociální informační centra v rámci Magistrátu města Olomouce a také na Krajském úřadě Olomouc. Dále nabízejí sociální poradenství také Charita Olomouc, Charita Šternberk, Přerov, Národní rada osob se zdravotním postižením ČR v Olomouci a v Přerově. Židovská obec Olomouc poskytuje sociální poradenství pro seniory Olomouce. V Přerově existuje centrum pro zdravotně postižené, cílovou skupinou jsou senioři s chronickým onemocněním. Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR vyvíjí aktivitu rovněž v Přerově, cílovou skupinou jsou osoby s chronickým onemocněním, se zdravotním postižením a senioři. Přerovská pobočka organizace Svazu tělesně postižených v ČR se zaměřuje rovněž na seniory. Podrobně je tomu u centra pro zdravotně postižené v Šumperku. PONTIS Šumperk o.p.s. slouží jako informační středisko pro seniory a zdravotně postižené, zde je využívána půjčovna kompenzačních pomůcek. Přehled denních stacionářů v regionu Olomouc a blízkém okolí nabízí níže uvedená tabulka.

*Tab. 15 Přehled denních stacionářů v okrese Olomouc a v blízkém okolí*

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
Olomouc	Občanské sdružení Pamatováček	Přerov	Sociální služby město Přerov
Uničov	Charita Šternberk Denní stacionář pro seniory	Zábřeh na Mor.	Charita Zábřeh Denní stacionář Domovinka

Týdenní stacionáře jsou v okrese Olomouc jen pro osoby do 64 let, nikoliv pro seniory.

### **Centra denních služeb**

Základní činností při poskytování těchto služeb je pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro základní péči, poskytování stravy, aktivační činnost, zprostředkování kontaktů – sociálně terapeutické činnosti i udržení osobních a sociálních dovedností. Přehled těchto center je v níže uvedené tabulce.

*Tab. 16 Denní centra v okrese Olomouc a blízkém okolí*

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
Olomouc	Sociální služby pro seniory, jsou součástí denních stacionářů	Hranice na Mor.	Charita denní centrum Archa
Zábřeh na Mor	Charita Centrum denních služeb		

### ***Domovy pro osoby se zdravotním postižením***

Přehled v okrese Olomouc a blízkém okolí viz tabulka č. 17.

*Tab. 17 Domovy se zdravotním postižením (pro seniory) v okrese Olomouc a blízkém okolí*

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
Šternberk	Vincentinum – poskytovatel sociálních služeb Šternberk	Dřevohostice	Domov Dřevohostice, příspěvková organizace Adam

### ***Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením***

Tyto služby jsou poskytovány ambulantní nebo terénní formou osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Základní činnost při poskytování sociálních služeb jsou zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zájmové, vzdělávací volnočasové aktivity) a sociálně terapeutické činnosti. Přehled v okrese Olomouc uvádí níže uvedená tabulka.

*Tab. 18 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením v okrese Olomouc a blízkém okolí<sup>238</sup>*

<b>Okres Olomouc</b>		<b>Okolí okresu Olomouce</b>	
Olomouc	Maltéžská pomoc o.p.s.	Přerov	Armáda spásy v České republice
Olomouc	Mana o.s.	Přerov	Oblastní charita
Olomouc	Tyflocentrum pro osoby se zrakovým, postižením, věkově neomezené		
Uničov	Centrum sociálních služeb		
Šternberk	Charita Společenství klub Želva		

<sup>238</sup> Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje 2009, s.32.45.

## ***Chráněné bydlení - Penziony***

Přehled zařízení chráněného bydlení uvádí tabulka 19

*Tab. 19 Přehled zařízení „Chráněné bydlení“ v Olomouci a blízkém okolí.*

<b>Olomouc</b>		<b>Blízké okolí</b>	
	Sociální služby pro seniory Olomouc, Zikova ulice	Loštice	Penzion pro důchodce
	Penzion pro seniory Pohoda Olomouc, Chválkovice		

## **2.4 Komparace situace zdravotně sociální péče o seniory v ČR, v Olomouckém kraji a okrese Olomouc**

### **2.4.1 Demografická data v Olomouckém kraji, okrese Olomouc a městě Olomouc**

#### ***Popis okresu Olomouc***

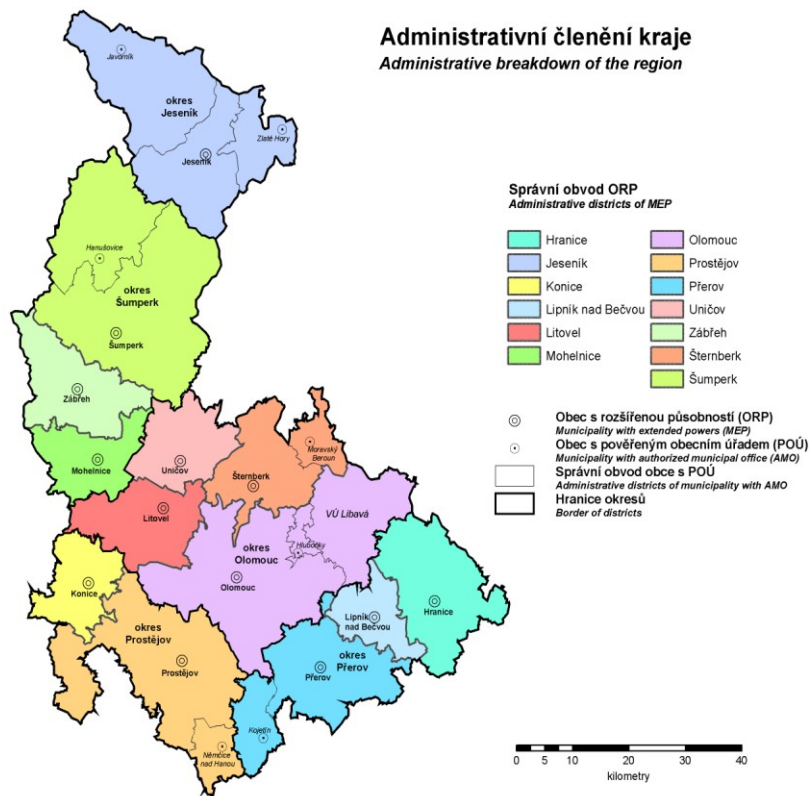
Olomoucký okres se rozkládá ve střední části Moravy, je součástí Olomouckého kraje a úzce souvisí s regionem Šternberka, Litovle, Prostějova, Přerova a Hranic na Moravě. Rozloha okresu Olomouc v roce 2009 činila 1 620 km<sup>2</sup> a představovala 30,8 % z rozlohy Olomouckého kraje. K 31. 12. 2009 žilo v okrese Olomouc 231 843 obyvatel, z nichž 51,5 % bylo žen. Průměrný věk v roce 2009 dosahoval 40,6 let (39,1 muži a 42,1 ženy).<sup>239</sup>

#### ***Administrativní členění***

Olomoucký kraj je administrativně členěn na jednotlivé okresy (Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk). Na území Olomouckého kraje bylo stanoveno 13 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 20 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem. odkaz

---

<sup>239</sup> <http://czso.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

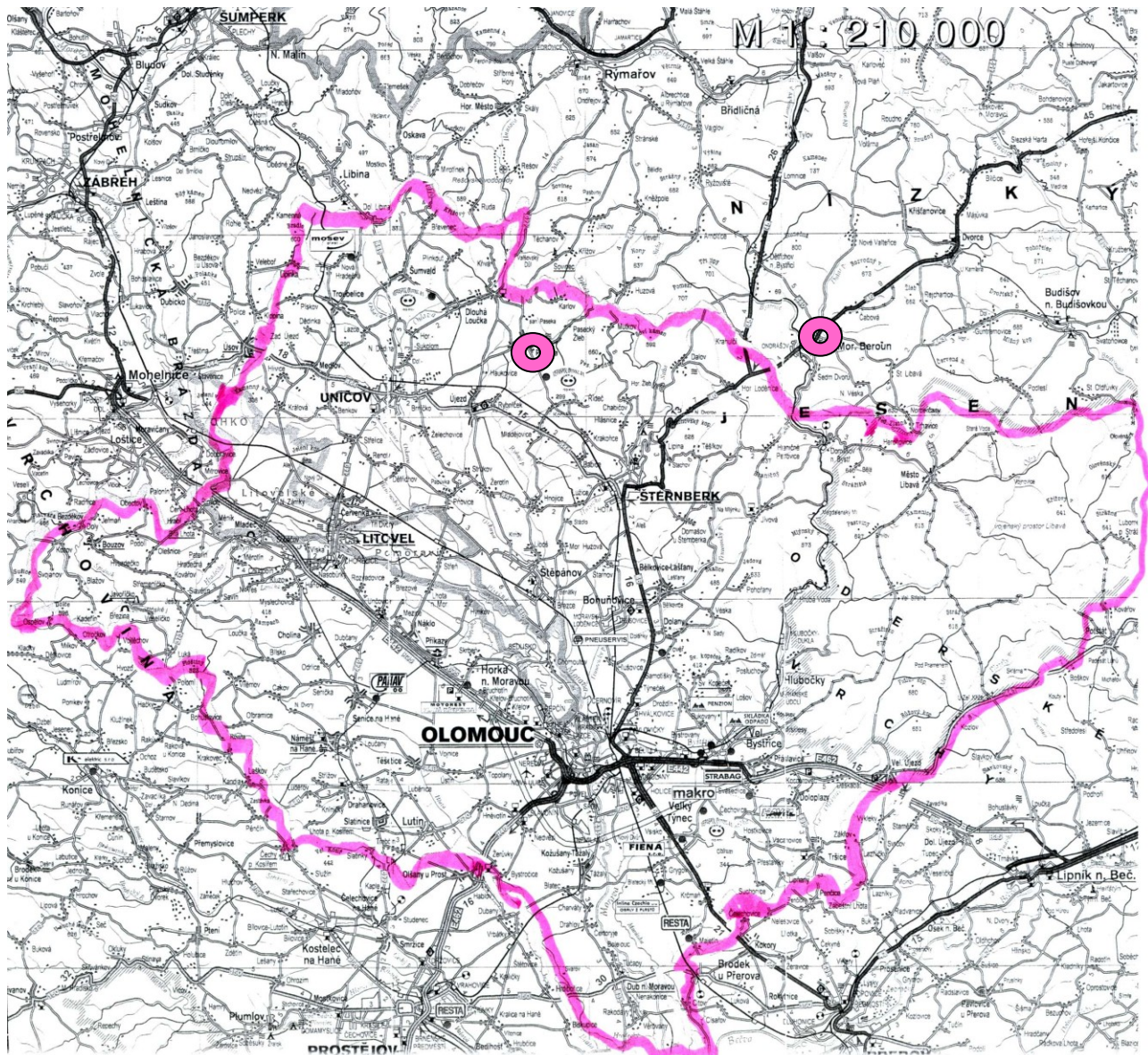


### *Struktura obyvatel*

K 31. 12. 2009 měl Olomoucký okres celkem 231 843 obyvatel. Počtem obyvatel na 1 km<sup>2</sup> se přibližuje průměrné hustotě zalidnění za celou Českou republiku.<sup>240</sup>

Z hlediska zajištění seniorů je nutno zdůraznit hraniční lokality okresu obec Paseka a město Moravský Beroun.

<sup>240</sup> <http://czso.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>



Z pohledu **srovnání počtu obyvatel** Olomouckého kraje, okresu i města v letech 2003-2009 není výrazný rozdíl v počtu obyvatel, ale především ve věkové struktuře populace. Jak uvedeno v následujících tabulkách a grafech.<sup>241</sup> Z níže uvedené tabulky je zřejmý počet obyvatel Olomouckého kraje v letech 2003 (640 680) v přibližně stejném počtu se pohybuje počet obyvatel Olomouckého kraje do roku 2009 (642 041). Okres Olomouc jeví stejnou tendenci v roce 2003 (228 922) obyvatel a v roce 2009 (231 843) obyvatel. Město Olomouc v roce 2003 mělo 101 268 obyvatel a v roce 2009 100 362 obyvatel. V pohledu složení obyvatel (ženy, muži) je patrné, že v Olomouckém kraji v roce 2003 bylo 328 989 žen tento

<sup>241</sup> <http://czsc.cz/csu2010ediciplan.nsf/4021-10>

přibližný počet si Olomoucký kraj udržel a v roce 2009 je počet žen 328 440. U mužů je zřejmé, že v r 2003 bylo v Olomouckém kraji 311 691 mužů a v roce 2009 činil počet mužů 313 601. V okrese Olomouc u žen byl počet žen v roce 2003 118 221, během let až do roku 2009 počet žen mírně narůstal a v roce 2009 činil 119 364. Mužů ve sledovaném období bylo v roce 2003 110 701, do roku 2009 počtu mužů narůstá a sice na 112 479. Ve městě Olomouci byl počet žen v roce 2003 53 462 a v roce 2009 52 961. Mužů v roce 2003 bylo 47 806, v roce 2009 dosáhli počtu 47 401. Je zřejmé, že není výrazný nárůst v počtu obyvatel v letech 2003 – 2009.

Tab. 20 Srovnání počtu obyvatelstva v Olomouckém kraji, okrese Olomouc, městě Olomouc (obě pohlaví, muži, ženy.) v letech 2003 – 2009.<sup>242</sup>

### POČET OBYVATEL K 31. 12. V LÉTECH 2003 - 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Celkem						
Olomoucký kraj	640680	639423	639161	639894	641791	642137	642041
okres Olomouc	228922	228815	228831	229171	230607	231339	231843
město Olomouc	101268	100752	100381	100168	100373	100373	100362
	Ženy						
Olomoucký kraj	328989	328340	328020	328030	328505	328416	328440
okres Olomouc	118221	118242	118164	118232	118726	118986	119364
město Olomouc	53462	53254	53037	52899	52936	52893	52961
	Muži						
Olomoucký kraj	311691	311083	311141	311864	313286	313721	313601
okres Olomouc	110701	110573	110667	110939	111881	112353	112479
město Olomouc	47806	47498	47344	47269	47437	47480	47401

Data jsou přepočtena na územní strukturu datrouk 1.1.2007

Věkové složení obyvatelstva podle pohlaví v Olomouckém kraji, okrese a městě Olomouci k 31.12.2009 je patrné v níže uvedené tabulce. U obou pohlaví je početně vyjádřena skupina seniorů (starších 65 let) a v Olomouckém kraji je počet obyvatel starších 65 let 99 489 z toho počet žen činí 59 899 a mužů 39 590. V okrese Olomouc je celkový počet obyvatel starších 65 let 35 525 z toho počet žen činí 21 511 a mužů 14 014. V samotném městě Olomouci je celkový počet seniorů starších 65 let, 16 288 z toho žen 10 053 a mužů 6 235.<sup>243</sup>

<sup>242</sup> <http://czso.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

<sup>243</sup> <http://cz:so.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>



Tab. 21 Věkové složení obyvatelstva podle pohlaví v Olomouckém kraji, okrese a městě Olomouc k 31. 12. 2009<sup>244</sup>

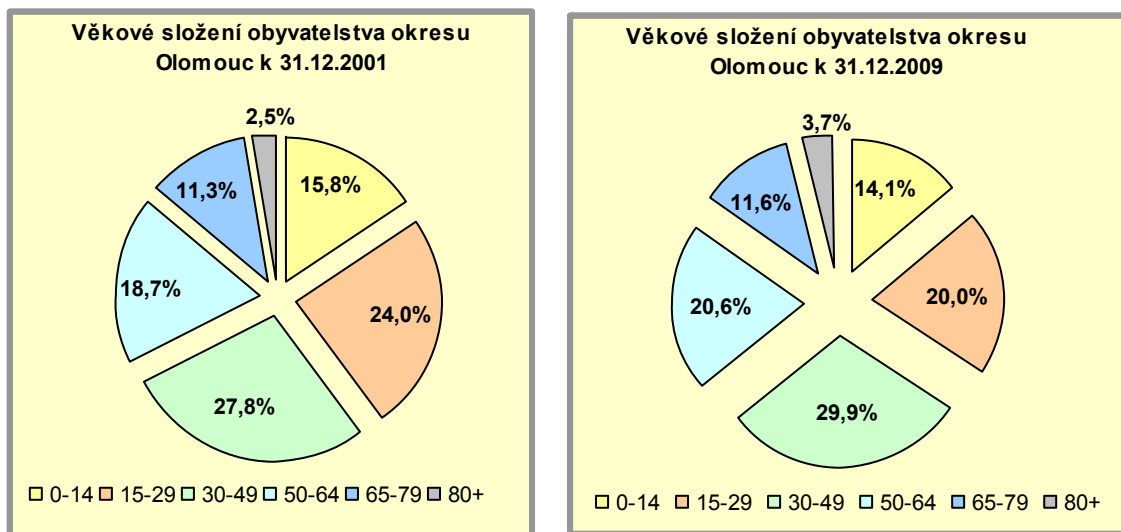
<b>Věková skupina</b>	<b>Olomoucký kraj</b>	<b>Okres Olomouc</b>	<b>Město Olomouc</b>
<b>Muži celkem</b>	<b>313 601</b>	<b>112 479</b>	<b>47 401</b>
0 – 14	46 388	16 715	6 723
15 – 64	227 623	81 750	34 443
65 +	39 590	14 014	6 235
<b>Ženy celkem</b>	<b>328 440</b>	<b>119 364</b>	<b>52 691</b>
0 – 14	44 550	16 086	6 598
15 – 64	223 991	81 767	36 310
65 +	59 899	21 511	10 053
<b>Obě pohlaví celkem</b>	<b>642 041</b>	<b>231 843</b>	<b>100 362</b>
0 – 14	90 938	32 801	13 321
15 – 64	451 614	163 517	70 753
65 +	99 489	35 525	16 288

Věkové složení obyvatelstva olomouckého okresu v roce 2001 (k 31.12) a v roce 2009 (k 31.12.) je znázorněno v níže uvedených grafech. Procentuální zastoupení seniorů (65 -79) v roce 2001 činilo 11,3 % a velmi starých seniorů (starších 80 ti let) 2,5%. V roce 2009 obyvatelé ve věkovém složení 65 – 79 činily 11,6% a velmi staří senioři (nad 80 let) 3,7 %. Což odpovídá celorepublikovému trendu nárůstu velmi starých obyvatel.

---

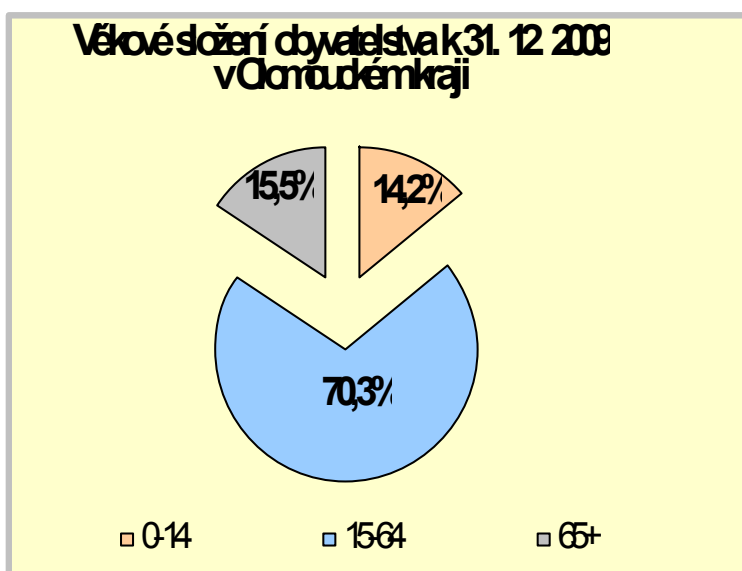
<sup>244</sup> <http://cz:so.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

Graf 4 Věkové složení obyvatelstva olomouckého okresu (pro porovnání v čase rok 2001 a 2009)<sup>245</sup>



V Olomouckém kraji je věkové složení obyvatelstva k 31.12.2009 znázorněno na níže uvedeném grafu. Senioři starší 65 let činí 15,5%.

Graf 5 Věkové složení obyvatelstva Olomouckého kraje<sup>246</sup>



<sup>245</sup> <http://cz:so.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

<sup>246</sup> <http://cz:so.cz//exu2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

**Průměrný věk a index stáří obyvatelstva v Olomouckém kraji, okrese Olomouc, městě Olomouc**

V tabulce č. 22 vykazuje průměrný věk Olomouckého kraje (40,7) jednotlivých okresů kdy nejvyšší průměrný věk má okres Prostějov (41,0) město Olomouc (41,3) ve srovnání s hodnotou průměrného věku v ČR (40,6) mírně lepší průměrný věk. V níže uvedené tabulce vykazuje obyvatelstvo olomouckého okresu nepatrně vyšší index stáří v porovnání s hodnotou v celé České republice. Index stáří vykazují nejvyšší okresy Prostějov a Přerov, jak u mužů, žen, tak i v celkovém počtu. Nejnižší index stáří je zřejmý v okrese Jeseník. Okres Olomouc a město Olomouc se nachází ve středních hodnotách indexu stáří. Index stáří udává poměr obyvatelstva v poproduktivním věku k dětské složce v populaci. Znamená to tedy, že v olomouckém okrese připadá na 100 dětí ve věku 0-14 let přes 108 osob ve věku 65 a více.<sup>247</sup> Index stáří u žen v Olomouckém kraji činí 134,5, lehce je vyšší nežli za celou Českou republiku (131,7) V okresech je index stáří u žen vyšší v okrese Prostějov (138,5) a Přerov (139,1). Město Olomouc dominuje svým indexem stáří u žen (152,4). U mužů je index stáří v rámci Olomouckého kraje 85,3 a převyšuje index stáří ČR (83,5). V okresech vyšší index stáří můžeme pozorovat v okrese Prostějov (89,5) a okrese Přerov (89,3). Město Olomouc také převyšuje index stáří ČR (92,7).

Tab. 22 Průměrný věk a index stáří obyvatelstva v Olomouckém kraji, okrese Olomouc a městě Olomouc k 31. 12. 2009<sup>248</sup>

	Česká republika	Olomoucký kraj	v tom okresy					Město Olomouc
			Jeseník	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šumperk	
<b>Muži celkem</b>	<b>5 157 197</b>	<b>313 601</b>	<b>20 498</b>	<b>112 479</b>	<b>53 682</b>	<b>65 765</b>	<b>61 177</b>	<b>47 401</b>
Průměrný věk	39,1	39,2	38,9	39,1	39,4	39,3	39,2	39,5
Index stáří (65+/0-14)	83,5	85,3	77,2	83,8	89,5	89,3	83,0	92,7
<b>Ženy celkem</b>	<b>5 349 616</b>	<b>328 440</b>	<b>20 757</b>	<b>119 364</b>	<b>56 532</b>	<b>68 559</b>	<b>63 228</b>	<b>52 961</b>
Průměrný věk	42,1	42,2	42,0	42,1	42,5	42,4	42,1	42,8
Index stáří (65+/0-14)	131,7	134,5	123,3	133,7	138,8	139,1	130,7	152,4
<b>Obě pohlaví celkem</b>	<b>10 506 813</b>	<b>642 041</b>	<b>41 255</b>	<b>231 843</b>	<b>110 214</b>	<b>134 324</b>	<b>124 405</b>	<b>100 362</b>
Průměrný věk	40,6	40,7	40,5	40,6	41,0	40,9	40,7	41,3
Index stáří (65+/0-14)	107,0	109,4	99,8	108,3	113,7	113,8	106,2	122,3

<sup>247</sup> <http://czsc.cz/csu2010edicniplan.nsf/4021-10>

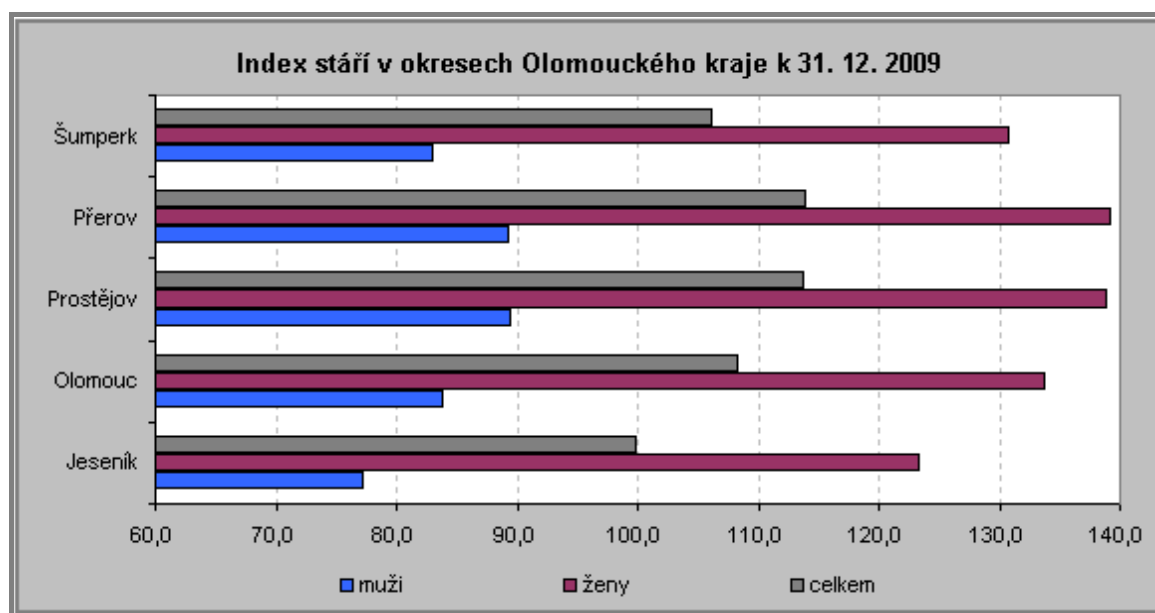
<sup>248</sup> <http://czsc.cz/csu2010edicniplan.nsf/4021-10>

Dalším z významných faktorů demografického hodnocení seniorů ve společnosti je vyšší zastoupení počtu žen. Zvláště v populačním segmentu seniorů nad 65 let se ženy se dožívají delšího života a přežívají své muže o několik roků a toto vyšší zastoupení žen přetrvává do nejvyšších věkových skupin.

V tabulce (23) a v následném grafickém vyjádření je patrný vyšší index stáří v okrese Prostějov a Přerov jak u žen tak, mužů. Index stáří u žen ve všech okresech převyšuje hodnotu indexu stáří mužů.

Tab. 23 Index stáří v okresech Olomouckého kraje k 31.12.2009<sup>249</sup>

	Jeseník	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šumperk
<b>Muži</b>	77,2	83,8	89,5	89,3	83,0
<b>Ženy</b>	123,3	133,7	138,8	139,1	130,7
<b>Celkem</b>	99,8	108,3	113,7	113,8	106,2



Věkové složení obyvatel starších 65 let v Olomouckém kraji, olomouckém okrese a městě Olomouci v procentech (k obyvatelstvu celkem) znázorňuje tabulka č.24. V Olomouckém kraji činí 15,5%, v olomouckém okrese 15,3%, v městě Olomouc 16,2%.

<sup>249</sup> <http://czsc.cz/csu2010edicniplan.nsf/4021-10>

Srovnatelné procentuální zastoupení seniorů nad 65 let má také okres Prostějov. Nejnižší procentuální zastoupení seniorů nad 65 let je v okrese Jeseník.

Tab. 24 Věkové složení seniorů nad 65 let v Olomouckém kraji, okrese a městě Olomouc k 31. 12. 2009<sup>250</sup>

	Olomoucký kraj	v tom okresy					Město Olomouc
		Jeseník	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šumperk	
<b>Muži ve věku 65+</b>	<b>39 590</b>	<b>2 301</b>	<b>14 014</b>	<b>7 156</b>	<b>8 512</b>	<b>7 607</b>	<b>6 235</b>
v tom ve věkových skupinách:							
65 – 79	32 095	1 930	11 282	5 748	7 009	6 126	4 906
80 – 89	7 035	344	2 571	1 320	1 413	1 387	1 261
90 +	460	27	161	88	90	94	68
<b>Muži ve věku 65+ k mužům celkem (v %)</b>	<b>12,6</b>	<b>11,2</b>	<b>12,5</b>	<b>13,3</b>	<b>12,9</b>	<b>12,4</b>	<b>13,2</b>
<b>Ženy ve věku 65+</b>	<b>59 899</b>	<b>3 533</b>	<b>21 511</b>	<b>10 711</b>	<b>12 826</b>	<b>11 318</b>	<b>10 053</b>
v tom ve věkových skupinách:							
65 – 79	43 874	2 625	15 705	7 776	9 507	8 261	7 238
80 – 89	14 623	819	5 301	2 670	3 026	2 807	2 590
90 +	1 402	89	505	265	293	250	225
<b>Ženy ve věku 65+ k ženám celkem (v %)</b>	<b>18,2</b>	<b>17,0</b>	<b>18,0</b>	<b>18,9</b>	<b>18,7</b>	<b>17,9</b>	<b>19,0</b>
<b>Obě pohlaví ve věku 65+</b>	<b>99 489</b>	<b>5 834</b>	<b>35 525</b>	<b>17 867</b>	<b>21 338</b>	<b>18 925</b>	<b>16 288</b>
v tom ve věkových skupinách:							
65 – 79	75 969	4 555	26 987	13 524	16 516	14 387	12 144
80 – 89	21 658	1 163	7 872	3 990	4 439	4 194	3 851
90 +	1 862	116	666	353	383	344	293
<b>Celkem ve věku 65+ k obyvatelstvu celkem (v %)</b>	<b>15,5</b>	<b>14,1</b>	<b>15,3</b>	<b>16,2</b>	<b>15,9</b>	<b>15,2</b>	<b>16,2</b>

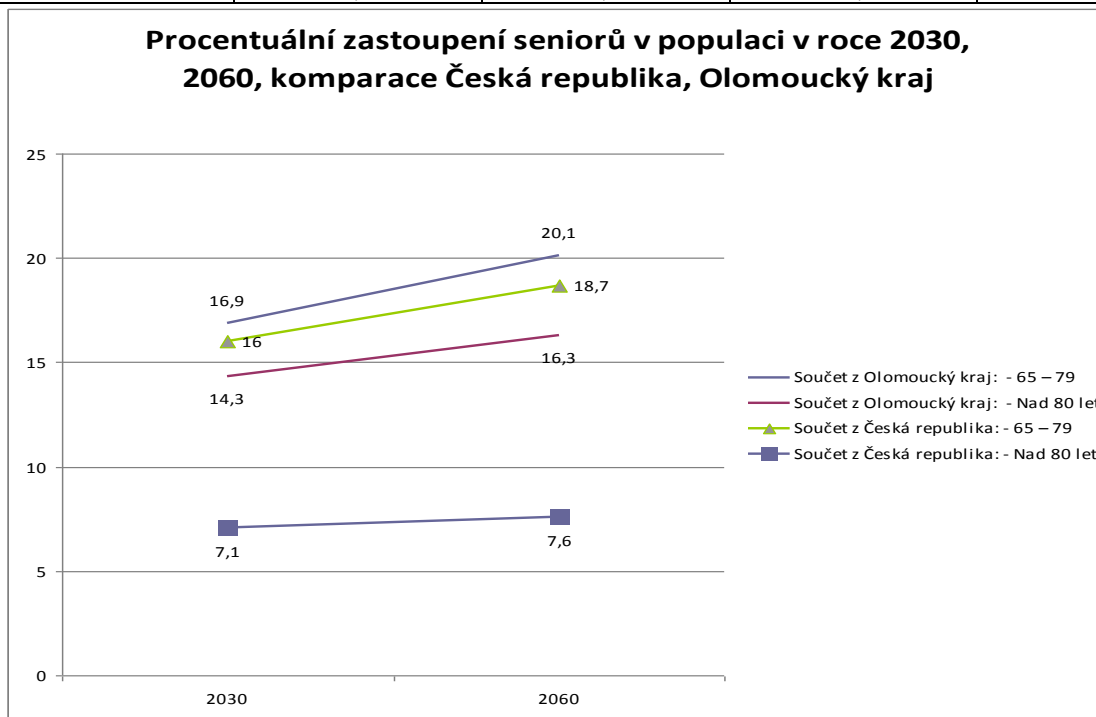
Potřeba zajištění péče o seniory bude stále naléhavější, tak jak lze předpokládat a jak signalizují demografické prognózy.

Z následující tabulky a grafu je patrný nárůst procentuálního zastoupení seniorů ve věkovém rozmezí 65 – 79 roků, v populaci České republiky v roce 2030 (16,0 %) a v roce 2060 (18,7). Je patrný nárůst o 2,7 %. U seniorů nad 80 roků v populaci České republiky v roce 2030 dle prognóz bude (7,1 %) a v roce 2060 (7,6 %). Lze evidovat nárůst o 0,5 %. V komparaci s Olomouckým krajem je patrné, že v roce 2030 bude seniorů ve věku 65 – 79 roků 16,9 % a v roce 2060 – 20,1 %. Nárůst o 3,2 %. Velmi starých seniorů (nad 80 roků) v roce 2030 bude dle prognóz činit 14,3 % a v roce 2060 – 16,3 %. Nárůst lze předpokládat o 2 %. Olomoucký kraj v roce 2030 i v roce 2060 pravděpodobně bude mít více seniorů ve věkové skupině 65- 79 roků, taktéž i velmi starých seniorů ve srovnání s údaji charakterizujícími Českou republiku.

<sup>250</sup> <http://czso/csu2010edicniplan.nsf/4021-10>

Tab. 25 Demografická prognóza, procentuální zastoupení seniorů v populaci roce 2030, 2060, komparace Česká republika, Olomoucký kraj<sup>251</sup>

	Česká republika	Česká republika	Olomoucký kraj	Olomoucký kraj
Věk	Rok 2030	Rok 2060	Rok 2030	Rok 2060
65 – 79	16,0	18,7	16,9	20,1
Nad 80 let	7,1	7,6	14,3	16,3



Na rozdíl od republikové projekce však do zpracování projekce za nižší územní celky nevstupovala migrace, neboť její vývoj je naprosto nepředvídatelný. Prezentované projekce tedy vypovídají o hypotetickém vývoji počtu obyvatel a věkovém složení daného kraje (oblasti).<sup>252</sup>

Při srovnání projekce počtu obyvatel České republiky a Olomouckého kraje jsou předpoklady totožné. Pokud se soustředíme v níže uvedené tabulce na vývoj populace 80 letých a starších, pak počet v roce 2030 v procentuálním vyjádření bude činit pravděpodobně 7,1 % v České republice a v Olomouckém kraji 7,6%, V roce 2060 bude procento starších 80 let v České republice 14,3 % a v Olomouckém kraji 16,3 %.

<sup>251</sup> <http://www.czso.cz> Český statistický úřad

Tab. 26 Projekce obyvatelstva **Olomouckého kraje/ Česká republika** r. 2030, 2060.<sup>253</sup>

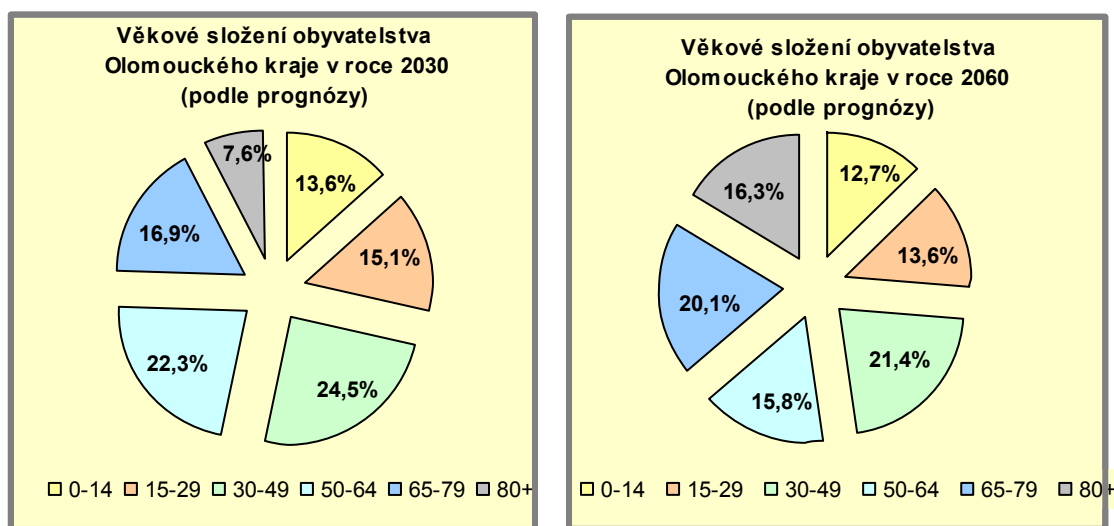
	2030				2060			
	Olomoucký kraj <sup>1)</sup>		Česká republika <sup>2)</sup>		Olomoucký kraj <sup>1)</sup>		Česká republika <sup>2)</sup>	
	absolutně	v %	absolutně	v %	absolutně	v %	Absolutně	v %
<b>Obyvatelstvo celkem</b>	<b>628 639</b>	<b>100,0</b>	<b>10 908 419</b>	<b>100,0</b>	<b>547 725</b>	<b>100,0</b>	<b>10 776 512</b>	<b>100,0</b>
<b>v tom ve věkové skupině:</b>								
<b>0-14</b>	85 200	13,6	1 509 161	13,8	69 608	12,7	1 460 710	13,6
<b>15-29</b>	95 206	15,1	1 690 388	15,5	74 625	13,6	1 547 257	14,4
<b>30-49</b>	154 069	24,5	2 753 557	25,2	117 155	21,4	2 446 668	22,7
<b>50-64</b>	139 925	22,3	2 438 356	22,4	86 669	15,8	1 767 298	16,4
<b>65-79</b>	106 344	16,9	1 742 982	16,0	110 356	20,1	2 013 168	18,7
<b>80+</b>	47 895	7,6	773 975	7,1	89 312	16,3	1 541 411	14,3

<sup>1)</sup> věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin k 1. 1. bez migrace

<sup>2)</sup> věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin k 1. 1., střední varianta

Prognóza věkového složení obyvatelstva Olomouckého kraje v roce 2030 a v roce 2060 je vyjádřena také na níže uvedených grafech. V roce 2030 bude pravděpodobně složení populace (vyjádřeno v procentech): 0-14 letí - 13,6 %, 25-29letí - 15,1 %, 30-39 letí – 22,3 %, 50-64 letí – 24,5 %, 65 – 79 letí -16,9 %, starší 80 let- 7,6 % V roce 2030 dle předpokladů dojde ke složení populace Olomouckého kraje v následujících procentech: 0-14 letí – 12,7%, 15 – 29 letí – 13,6%, 30 -49 letí 21,4, 50-64 letí 20,1 %, 65 -79 letí – 20,1 % a starší 80 ti let budou činit 16,3 % (viz níže uvedený graf).

Graf 8 Věkové složení obyvatelstva **Olomouckého kraje** v roce 2030 a v r 2060. (podle prognózy)<sup>254</sup>

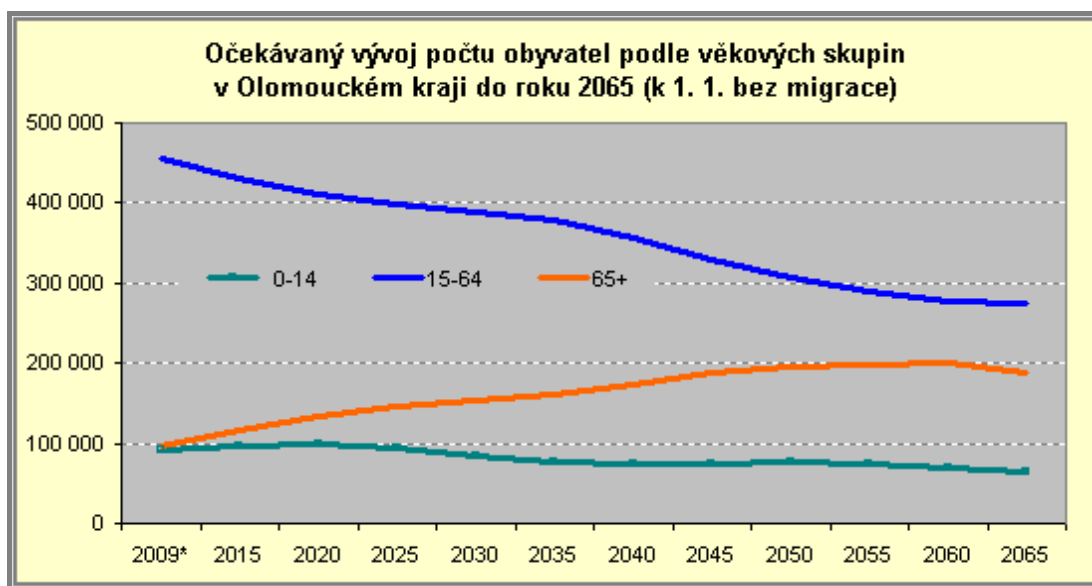


Prognózy věkového složení obyvatelstva Olomouckého kraje podle věkových skupin (obě pohlaví) uvedeno v následující tabulce a názorně na níže uvedeném grafu, kde je zřejmý nárůst obyvatel nad 65 let, úbytek populace ve věkové skupině 15-64 let a mírný pokles i u věkové skupiny 0-14 letých<sup>255</sup>

V roce 2009 ve věkovém rozmezí obyvatel 0 – 14 bylo 90 741 a v roce 2060 se předpokládá pokles na 69 608 obyvatel. Ve věkové skupině 15 – 64 letých v roce 2009 bylo 454 240 obyvatel a v roce 2060 lze předpokládat 278 449. Ve věkové skupině obyvatel starších 65 let v roce 2009 bylo 97 156 a prognózy v roce 2060 jsou nárůst na 199 668 obyvatel.

Tab. 27 Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, obě pohlaví (k 1.1.) (bez migrace) **Olomoucký kraj**<sup>256</sup>

	2009	2020	2030	2040	2050	2060
<b>0 -14</b>	90 741	98 265	85 200	74 277	75 865	69 608
<b>15 – 64</b>	454 240	409 882	389 200	356 877	307 296	278 449
<b>65+</b>	97 156	133 103	154 239	173 691	195 159	199 668





## 2.4.2 Komparace následné péče o seniory Česká republika a okres Olomouc

### a) *Geriatric, komparace Česká republika / okres Olomouc*

Geriatric sice nepatří přímo do systému následné péče, ale vzhledem k tomu, že s tímto systémem úzce spolupracuje, zvláště se zařízeními následné péče, považují za nutné se geriatrici věnovat. V roce 2006 bylo v celé České republice provozováno 545 geriatrických lůžek na třinácti geriatrických odděleních. FN Olomouc disponuje t.č. 40 geriatrickými lůžky. Dle doporučení Ministerstva zdravotnictví by měla kapacita oddělení geriatric činit 90 lůžek. Z reality je patrné, že nynější kapacita i přes existenci gerontopsychiatrického oddělení ve Šternberku není dostačující. **Pro region Olomouc deficit – chybí 50 geriatrických lůžek. I**

### b) **Následná péče, Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN, OLÚ, ošetrovatelská oddělení), komparace Česká republika/okres Olomouc**

Jedná se o skupinu zařízení velmi rozmanitého charakteru, z nichž některé mají charakter rehabilitačních a doléčovacích oddělení, některé poskytují dlouhodobou péči. Záleží na typu zařízení, cílech jak zřizovatele, tak managementu. V současné době máme v **České republice 7 194 lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.**<sup>257</sup> Průměrná ošetrovací doba 68,1 dne<sup>258</sup>. Zahrnují různou profilizaci lůžek následné péče např. plicní, rehabilitační a jednou z profilizací jsou tzv. *ošetrovatelská lůžka v LDN* která vznikla, a to zpravidla v 90. letech podle metodického pokynu o tzv. následné péči<sup>259</sup>, a to i přesto, že platná legislativa vyšší právní síly pojem následné péče nezná.

#### ***Ošetrovací lůžka v Odborných léčebných ústavech Léčebnách pro dlouhodobě nemocné.***

Počet LDN a OLÚ v České republice popisuje níže uvedená tabulka. Síť ústavů se dlouhodobě výrazně nemění s výjimkou LDN, jejichž počet kolísá. Některé LDN

---

<sup>257</sup> Srov. TVRDÁ, Jana. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Počet ani kapacita léčebných ústavů se příliš nemění. In *Zdravotnické noviny* 20.2002,s.9.

<sup>258</sup> Srov. TVRDÁ, Jana. Ústav zdravotnických informací a statistiky, Počet ani kapacita léčebných ústavů se příliš nemění, *Zdravotnické noviny* 20. 2002 s. 9.

<sup>259</sup> Srov. Metodická opatření, koncepce následné péče. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 9,s 3.

administrativně migrují mezi samostatnými zařízeními, odděleními nemocnicí i nemocnicemi následné péče.<sup>260</sup>

Tab. 28 Přehled zařízení LDN a OLÚ v ČR<sup>261</sup>

ČR	Počet	Lůžková Kapacita	Využití	Řízení
OLÚ celkem (LDN, TRN, psych.léčebny, rehabilitační ústavy)	154	21 704	92 %	7 MZ 42 kraje 9 město, obec 10 privátních
Ošetřovatelská péče		7 018	94 %	
OLÚ Pro dospělé (bez léčen TBC a respiračních chorob)	11	1 099	79.8 %	1 MZ 8 kraje 2 privátních

Léčebný pobyt na lůžkovém oddělení tohoto typu je časově limitován třemi měsíci, delší pobyty jsou možné na základě schválení žádosti zdravotní pojišťovnou, po posouzení revizním lékařem.<sup>262</sup>

#### **Komparace zařízení následné péče Česká republika / okres Olomouc**

Zařízení následné péče v okrese Olomouc slouží dva ústavy (OLÚ v Moravském Berouně a v Pasece) Senioři, vojenští veteráni využívají 25 lůžek následné péče ve Vojenské nemocnici v Olomouci. **Další zařízení typu LDN či OLÚ v krajském městě Olomouci není, jedná se o deficitní stav v počtu tohoto typu lůžek.** Níže uvedená tabulka uvádí počet ošetřovatelských lůžek, stávající stav (v roce 2010) v počtu lůžek následné péče v LDN a OLÚ v kraji a v regionu Olomouc.

Tab. 29 Následná péče, ošetřovatelská lůžka, v ČR, v kraji, okrese Olomouc 2010<sup>263</sup>  
(Vyjádření v procentech)

Počet lůžek	Česká republika	Olomoucký kraj	okres Olomouc
Doporučený počet lůžek	18 200	1 300	415
Reálný počet lůžek	7 018	721	312
Reálný počet lůžek v %	38,56 %	55,46 %	75 %

<sup>260</sup> Srov. tamtéž Srov. TVRDÁ, Jana. Ústav zdravotnických informací a statistiky, Počet ani kapacita léčebných ústavu se příliš nemění, *Zdravotnické noviny* 20. 2002 s. 9.

<sup>261</sup> Srov. TVRDÁ, Jana. Ústav zdravotnických informací a statistiky, Počet ani kapacita léčebných ústavu se příliš nemění, *Zdravotnické noviny* 20. 2002 s. 9.

<sup>262</sup> Metodická opatření, koncepce následné lůžkové péče, *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, Částka 9, s 3.

<sup>263</sup> Zastupitelstvo Olomouckého kraje 25.2.2011. 24.- informace o zajištění zdravotní péče v Olomouckém kraji.

Ačkoliv je z výše uvedené tabulky je zřejmé, že okres Olomouc má poměrně procentuálně „malý“ deficit v počtu ošetrovatelských lůžek ve srovnání s krajskou i celorepublikovou situací, přesto tento deficit je pro obyvatele okresu Olomouc velmi stresující. Kapacitu zařízení následné péče a počet žádosti uvádí níže uvedená tabulka.

Tab. 30 Srovnání kapacity a počtu žádostí do OLÚ ústavů v okrese Olomouc k 31.12.2010

	Název zařízení	Kapacita	žádosti
Následná péče ústavy	Odborný léčebný ústav Paseka	139	153
	Odborný ústav neurologicko - geriatrický Moravský Beroun	128	86

### c) Paliativní péče komparace paliativní péče České republiky / okres Olomouc

Potřebný počet hospicových lůžek je dle zahraničních zkušeností 5/100 000 obyvatel<sup>264</sup> Což představuje cca 515 na celou Českou republiku. Díky systematické podpoře vzniku hospicových zařízení udělala ČR za posledních deset let v oblasti péče o terminálně nemocné kvalitativní krok. V počtu hospicových lůžek zvýšila kapacitu z 0 na 366.<sup>265</sup> Zbývá tedy z celkového požadavku 525 lůžek vytvořit cca 159 lůžek v lůžkových hospicích.

V regionu Olomouc je zřízen Hospic na sv. Kopečku lůžkové zařízení pro spádovou oblast Olomouckého kraje, disponuje 30 hospicovými lůžky. **Odpovídá koncepci hospicové paliativní péče pro ČR.** Viz tabulka č. 31

Tab. 31 Komparace *paliativní péče* ČR/ okrese Olomouc 2010

Počet lůžek	Česká republika	Olomoucký kraj	Olomoucký region
Doporučený počet lůžek	525	30	30
Reálný počet lůžek	366	30	30
Reálný počet lůžek %	69,7 %	100 %	100 %

### 2.4.3 Komparace dlouhodobé péče (zdravotně sociální) v České republice a okresu Olomouc

V posledních deseti letech se v dlouhodobé péči objevuje termín dlouhodobá intenzivní péče. V praxi se jedná se o spektrum lůžek určených pro dlouhodobě nemocné buď

<sup>264</sup> Srov. Metodická opatření, koncepce následné lůžkové péče. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. Částka 9, s.3.

<sup>265</sup> Srov. SLÁMA,O., KABELKA,L., VORLÍČEK,J. *Paliativní medicína pro praxi*, s.32.

s potřebností dlouhodobé podpory základních životních funkcí, nebo o nemocné s poruchou vědomí a potřebností dlouhodobé ošetrovatelské péče. Na 100 000 obyvatel je t.č. doporučení 5 lůžek DIP, DIOP.<sup>266</sup> Senioři nejsou nejčastějšími pacienty těchto oddělení, spíše se jedná o mladší osoby po těžkých úrazech. Jelikož tento typ lůžek je zařazen do dlouhodobé zdravotní péče, jsou uváděny aktuální čísla v níže uvedené tabulce.

Tab. 32 Lůžka dlouhodobé péče DIP, DIOP v ČR, kraji, okrese Olomouc 2010<sup>267</sup>

Počet lůžek Počet obyvatel	Česká republika 10 506 813	Olomoucký kraj 642 041	Olomoucký okres 231 843
Doporučený počet lůžek	150	15	10
Reálný počet lůžek	130	10	10
Reálný počet lůžek %	86,6 %	66,6 %	100%

### ***Sociální hospitalizace, komparace České republiky / okres Olomouc***

Stanovení počtu potřebnosti sociálních lůžek je problematické, neboť v terminologii sociálního hospitalizace se hovoří o stabilizovaném zdravotním stavu pacienta, což v praxi představuje, že kandidátem tohoto typu hospitalizace by měl být pacient, klient, který nevyžaduje zdravotní péči, ale péči převážně sociální, což je často složité a měnlivé. Vzhledem k tomu, že zdravotní indikace do zařízení následné péče byly definovány velmi vágně, není možné zodpovědně stanovit, kdy tyto indikace pominuly. Sociální hospitalizace byla již od samého počátku značně finančně podhodnocena a ni později nebyla valorizována, což vedlo k tomu, že tento institut prakticky nebyl v praxi využíván. Na 100 000 tisíc obyvatel je t.č. 10 lůžek sociální hospitalizace.<sup>268</sup> Z rozsáhlé kontroly provedené VZP v roce 2009 vyplývá, že zdravotní péče velmi často supluje péči sociální. Odstranit to mohou jen důrazné kontroly. Předpokládá se, že zhruba 20 % pacientů jsou sociální případy.<sup>269</sup> Tato skrytá sociální hospitalizace v ČR odčerpává ze systému veřejného zdravotního pojištění částku cca 3 miliardy Kč ročně.

<sup>266</sup> Srov. Zpravodaj VZP.2009.

<sup>267</sup> Zastupitelstvo Olomouckého kraje 25.2.2011. 24. Informace o zajištění zdravotní péče v Olomouckém kraji.

<sup>268</sup> Srov. Zpravodaj VZP. 2009.

<sup>269</sup> Srov. PLÍŠEK, M. Náměstek ministryně zdravotnictví v roce 2009. In. Lidé zbytečně cestují z jedné léčebny do druhé. www.dnes.cz 10.6.2009.

Tab. 33 Přehled počtu sociálních lůžek v kraji, okrese Olomouc v roce 2010<sup>270</sup>

Olomoucký kraj	Počet lůžek	okres Olomouc	Počet lůžek
Reálný počet lůžek	76	Reálný počet lůžek	21
Reálný počet lůžek v %	96%	Reálný počet lůžek v %	97 %

Zdravotně sociální péče poskytovaná v zařízeních sociální péče (ošetřovatelská oddělení Domovů pro seniory), komparace České republiky/ okres Olomouc

Podle průzkumu Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v současnosti v České republice:

- na místo v domově pro seniory se čeká až 8 let
- na místo v domově pro seniory čeká 46 tisíc seniorů
- na jedno místo v domově připadá 42 osob nad 60 let.
- domovů pro seniory je v ČR 461 a kapacita je 49 715 lůžek
- v domovech žije necelých 51 tisíc klientů.<sup>271</sup>

Z výše uvedeného je zřejmé, že situace je vážná, kapacita stávajících zařízení činí přibližně polovinu potřebné kapacity, kde podaných žádostí. Odpovídá tomuto stavu také čekací doba na umístění seniora o sociálního zařízení, která se ovšem liší zařízení od zařízení. V průměru činí čekací doba 2- 8 let. Čekací doby jsou velmi individuální, přihlíží se ke zdravotnímu stavu žadatele. Srovnání kapacity a žádostí do domovů pro seniory ve městě Olomouci je zřejmé z níže uvedené tabulky.

Tab. 34 Srovnání kapacity a počtu žádostí do Domovů pro seniory ve městě Olomouc k 31.12.2009

	Název zařízení	kapacita	žádosti
Sociální zařízení včetně ošetřovatelského oddělení	Domov pro seniory Pohoda ve Chválkovicích	281	380
Vyjádření v %		100%	135 %

<sup>270</sup> Zastupitelstvo Olomouckého kraje 25.2.2011. 24.- informace o zajištění zdravotní péče v Olomouckém kraji.

<sup>271</sup> Srov. POLÁČEK, Štěpán. Do domova seniorů? Deník www.dennik.cz 2009, 21.3.

#### 2.4.4 Zařízení sociální péče o seniory v okrese Olomouc

Nepatří do systému následné ani dlouhodobé péče, ale uvádím je z důvodu, jak doplňují zajištění seniorů ve městě Olomouci. K zařízením sociální péče pro seniory, bez možnosti ošetrovatelské péče, patří *Chráněné bydlení*. V Olomouci se nachází dvě zařízení jeden na ul. Zikova a druhý Domov pro seniory Pohoda, Chválkovice, níže uvedená tabulka uvádí srovnání kapacity a počtu žádostí seniorů města Olomouce.

Tab. 35 Srovnání kapacity a počtu žádostí do zařízení Chráněné bydlení v Olomouci k 31.12.2009

	Název zařízení	kapacita	žádosti
Sociální zařízení bez ošetrovatelského oddělení	Domov pro seniory Pohoda ve Chválkovicích	150	420
	Vyjádření v %		280%
	Penzion – Olomouc, Zikova	200	500
	Vyjádření v %		250 %

#### *Domy s pečovatelskou službou*

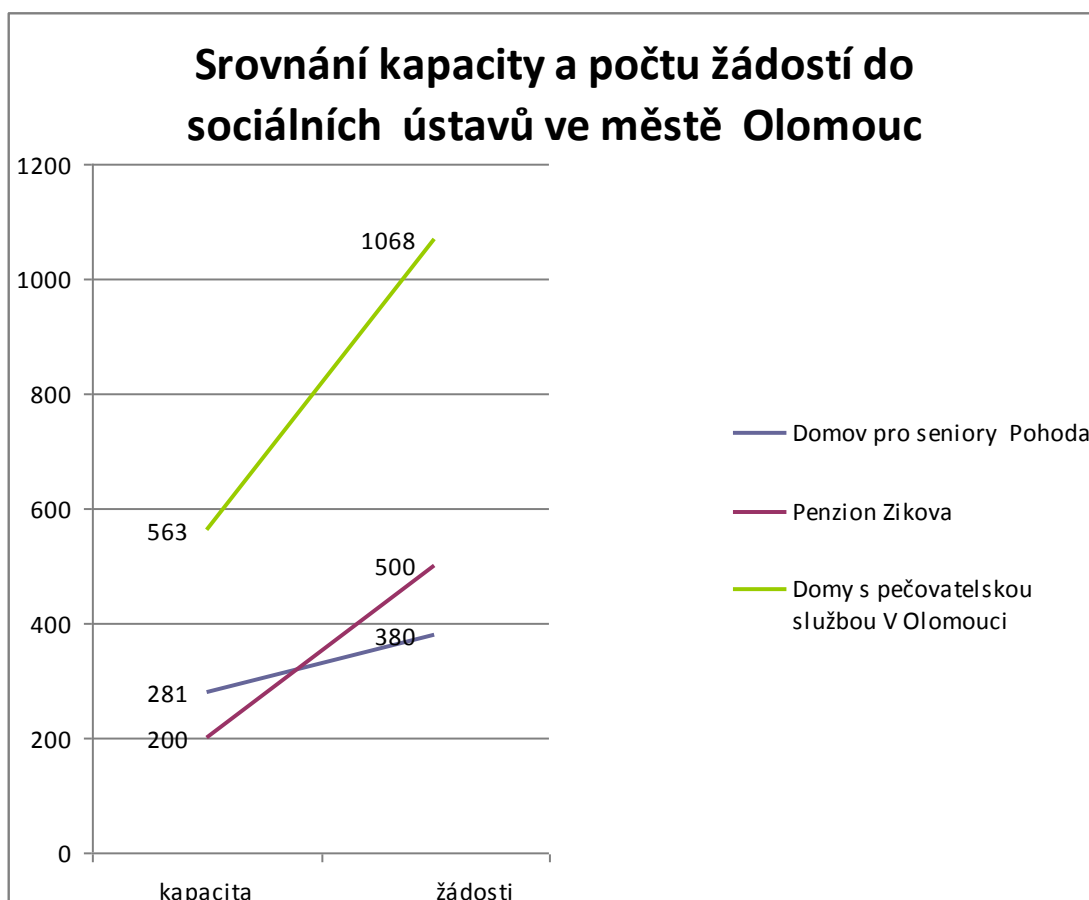
Domy s pečovatelskou službou nepatří do systému sociální péče, ale po pravdě mají velmi úzký vztah ke zkoumané problematice. Níže uvedená fakta dokreslují změnu úvahy seniorů o možnosti bydlení ve stáří a zájem o umístění do Domů s pečovatelskou službou představuje vzrůstající pocit zajištění v případě poklesu soběstačnosti. V současné době je v evidenci více než 900 žádostí. V posledních letech je ročně poskytnut nájem asi 55 žadatelům z této evidence. Stejně velká města disponují se srovnatelným počtem bytů v DPS jako Olomouc.<sup>272</sup> Níže uvedená tabulka popisuje přehled kapacity DPS ve městě Olomouci.

Tab. 36 Přehled kapacity DPS ve městě Olomouc

Ulice	Počet bytů
Přichystalova č. 64,66,68	160
Fischerova č. 2,4,6	126
Holečkova č. 9	27
Politických vězňů č. 4	80
Erenburgova č. 26	18
Příčná č. 2,4,6,8	94
Peškova	67
<b>Celkem</b>	<b>572</b>

<sup>272</sup> Olomoucký rádce nejen pro seniory, 2006 s. 82 - 84

Graf 10 Srovnání kapacity a počtu žádosti do sociálních ústavů ve městě Olomouc



#### 2.4.5 Souhrn komparace následné a dlouhodobé péče potřebné dle doporučení pro Českou republiku / stávající stav v okrese a v kraji Olomouc

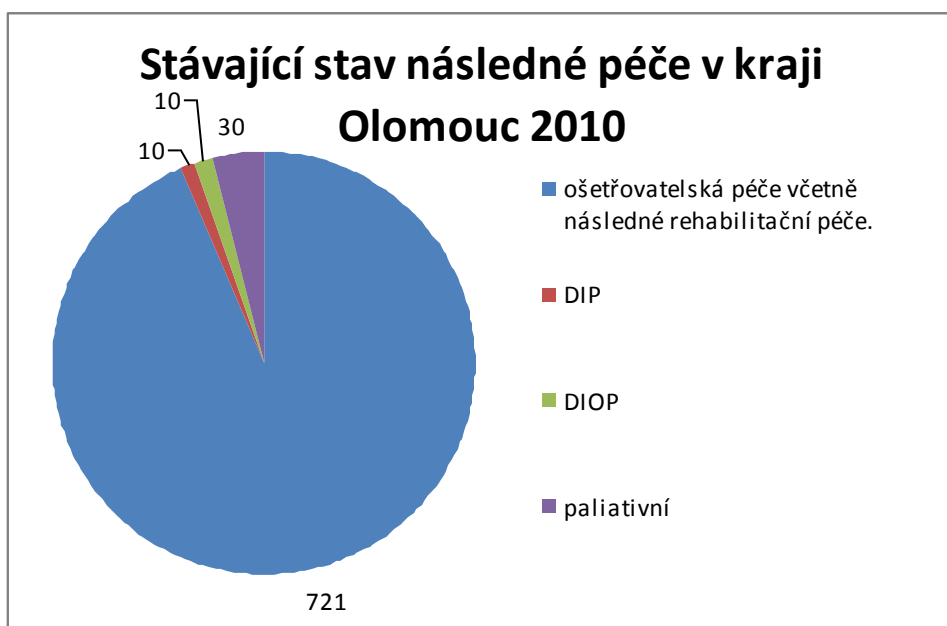
Metodické opatření MZ ČR č. 12/1998 Věstníku MZ hovoří o potřebnosti 130 lůžek odborného ošetřovatelství na 100 000 obyvatel. V tomto pohledu chybí v kraji Olomouc 172 ošetřovatelských lůžek a 214 lůžek následné rehabilitační péče. Níže uvedená tabulka a graf vyjadřují stávající stav následné péče v kraji a okrese Olomouc.

Tab. 37 Stávající stav následné péče v kraji, okrese Olomouc 2010

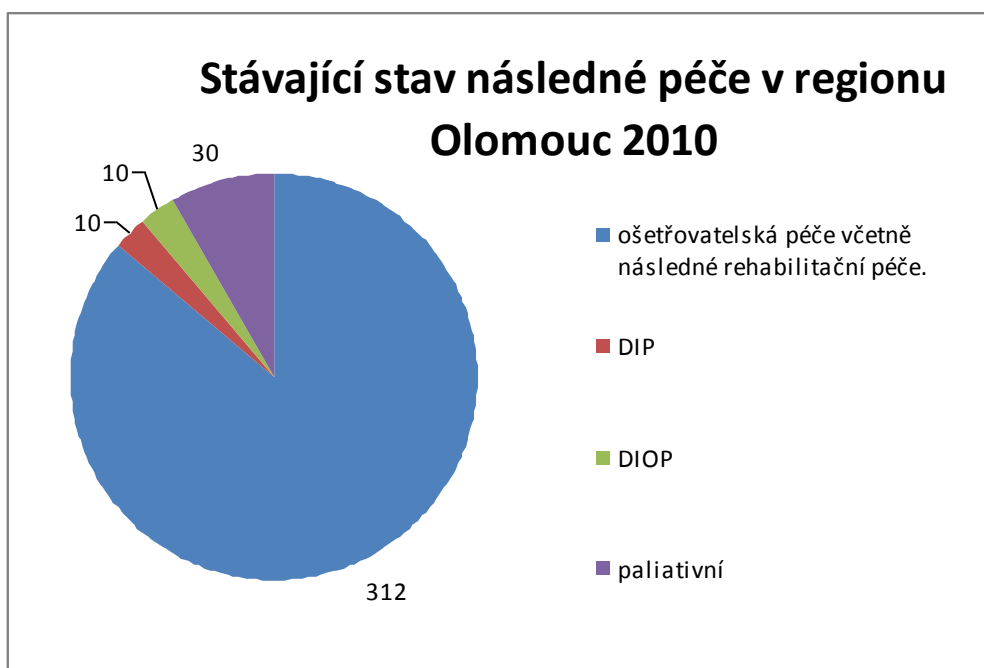
Olomoucký kraj	Počet lůžek	Olomoucký okres	Počet lůžek
Ošetřovatelská péče včetně následné rehabilitační péče.	721	ošetřovatelská péče včetně následné rehabilitační péče.	312
DIP	10	DIP	10
DIOP	10	DIOP	10
Paliativní	30	Paliativní	30
sociální hospitalizace	76	sociální hospitalizace	21

Následující graf uvádí stávající stav následné péče v Olomouckém kraji (2010).

Graf 11 Stávající stav následné péče v kraji Olomouc (2010)



Graf 12 Stávající stav následné péče v okrese = regionu Olomouc 2010



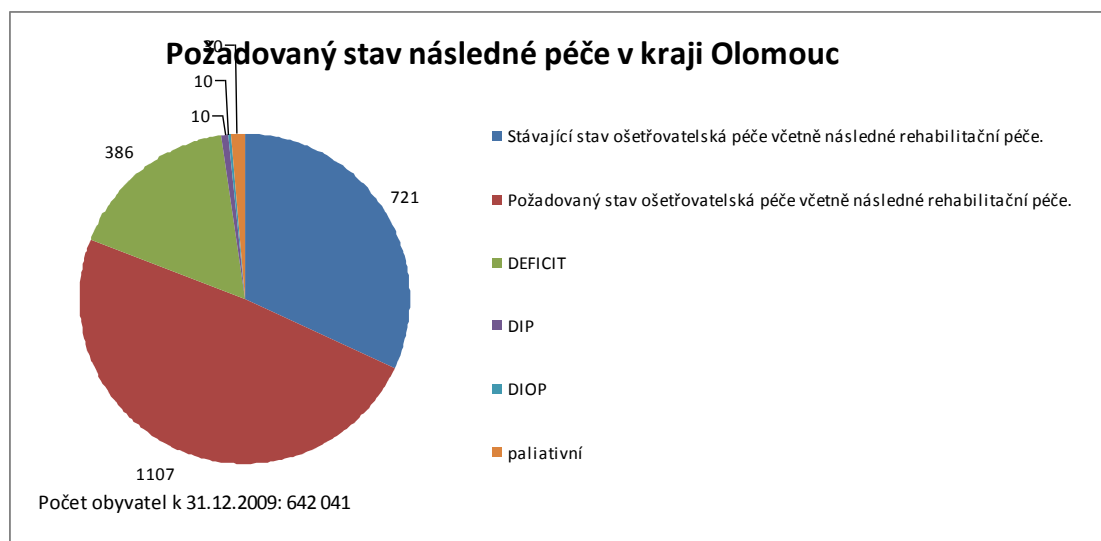
Požadovaný stav následné péče v kraji a v okrese Olomouc popisuje níže uvedená tabulka, kdy je zřejmé, že v kraji Olomouc i v okrese je podle srovnání s potřebou dle doporučení pro celou Českou republiku deficit 386 lůžek ošetřovatelského typu pro Olomouc kraj a pro okres činí 101 lůžek.



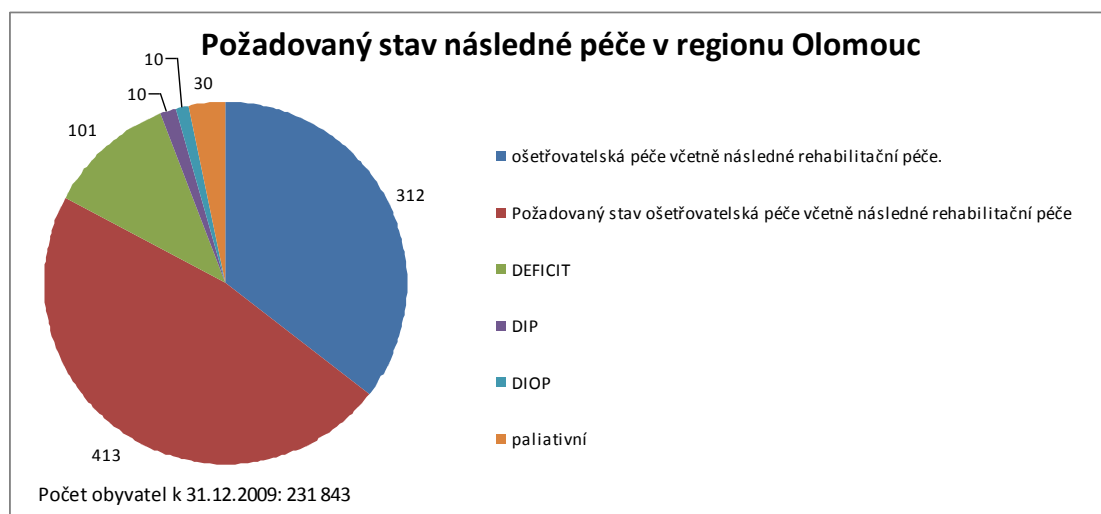
Tab. 38 Požadovaný stav následné péče v kraji, okrese Olomouc

	<b>Olomoucký kraj</b>	<b>Olomoucký okres</b>
<b>Počet obyvatel</b>	642 041 (k 31.12.2009)	231 843 (k 31.1.2009)
	<b>Počet lůžek</b>	
<b><i>Stávající stav</i></b> ošetřovatelská péče včetně následné rehabilitační péče	721	312
<b><i>Požadovaný stav</i></b> ošetřovatelská péče včetně následné rehabilitační péče	1 107 (846 – ošetřovatelská lůžka 261 – následná rehabilitační péče)	413 (265 – ošetřovatelských lůžek 148 – následná rehabilitační péče)
<b>DEFICIT</b>	<b>386</b>	<b>101</b>
DIP	10	10
DIOP	10	10
Paliativní péče	30	30

Graf 13 Požadovaný stav následné péče v kraji Olomouc



Graf 14 Požadovaný stav následné péče v okrese = regionu Olomouc



Požadovaný stav následné péče v kraji a v regionu Olomouc je při zohlednění demografické prognózy navýšení deficitu v kraji téměř 600 lůžek ošetřovatelského typu a téměř 200 lůžek v okrese Olomouc (viz níže uvedená tabulka).

Tab. 39 Požadovaný stav následné a dlouhodobé péče v kraji, okrese Olomouc, při zohlednění demografické prognózy

	<b>Olomoucký kraj</b>	<b>Olomoucký okres</b>
Počet obyvatel	642 041 (k 31.12.2009)	231 843 (k 31.1.2009)
	<b>Počet lůžek</b>	
<b>DEFICIT</b>	<b>386</b>	<b>101</b>
Požadovaný počet lůžek při zohlednění % demografického nárůstu obyvatel do roku 2030	1300	490
<b>Navýšení DEFICITU</b>	<b>+ 193</b>	<b>+ 77</b>
<b>Celkem</b>	<b>579</b>	<b>178</b>

### *Zařízení následné péče*

#### *Obecně k následné péči ve zdravotnické sféře*

Z výše uvedeného vidíme, že následná, ošetřovatelská a dlouhodobá péče jsou poskytovány v různých typech zařízení. Vzhledem k tomu, že se jedná o méně placenou formu péče, která však nevyžaduje příliš náročné zajištění, využívají je nemocnice spíše v těch případech, kdy se pobyt pacienta prodloužil tak, že by v rámci regresivní platby byl jeho pobyt na lůžku ještě více ztrátový, než je platba za toto tzv. ošetřovatelské lůžko. Dlouhodobé pobyty pacientů ve zdravotnických zařízeních jsou plně financovány ze

zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny ve snaze alespoň částečně limitovat dlouhodobé pobyty ve zdravotnických zařízeních, smluvně zavazují zdravotnická zařízení limitem 3 měsíců, po které budou hradit pobyt pacienta ne lůžku následné a ošetrovatelské péče, ale dále musí být pobyt pacienta individuálně zdravotně odůvodněn. To se zpravidla netýká psychiatrických léčeben a léčeben pro dlouhodobě nemocné poskytujících převážně ošetrovatelskou péči. Systém této formy poskytování následné péče některým lidem nevyhovuje, jsou to zejména ti, kteří by si pro své blízké představovali individualizovanější péči, osobitější, intenzivnější.

#### **2.4.6 Analýza zajištění seniorů ve městě Olomouci**

Z pohledu magistrátu města Olomouc byla provedena analýza zajištění seniorů ve městě Olomouci (tzv. SWOT analýza, která proběhla při magistrátu města Olomouce v rámci pracovní skupiny senioři – zaměstnanci Magistrátu města Olomouce. V roce 2009.<sup>273</sup> Cílovou skupinou jsou senioři jejichž charakteristikou je dosažený věk 65 roků a často mají z důvodu svého zdravotního stavu současně sníženou soběstačnosti v úkonech péče o vlastní osobu, úkonech péče o domácnost.

---

<sup>273</sup> Srov. *Komunitní plán Magistrátu města Olomouce.*

Tab. 40 SWOT analýza

<b>Silné stránky</b>	<b>Slabé stránky</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Základem jsou komunitní plány a analýzy potřeb uživatelů sociálních služeb</li> <li>2. Odbornost, zkušenost</li> <li>3. Pracovní skupina Senioři při Magistrátu města</li> <li>4. Cílová skupina senioři</li> <li>5. Chuť do práce</li> <li>6. Zapojení politické reprezentace</li> <li>7. Dosavadní síť poskytovatelů sociálních služeb</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zajištění terénních služeb (dostupnost na celém území Olomouckého okresu)</li> <li>2. Financování (nedostatečné, neprůhledné)</li> <li>3. Rozdílnost nákladů na služby</li> <li>4. Zaplnění bílých míst sociálními službami (domov pro seniory, denní stacionář, odlehčovací služby, aktivizační služby)</li> <li>5. Nezapojení uživatelů</li> <li>6. Málo času na zpracování Střednědobých plánů)</li> <li>7. Bílá místa (oblasti v nichž neprobíhá komunitní plánování)</li> <li>8. Nerovnoměrná síť v nabídce sociálních služeb</li> <li>9. Nekompatibilní výstupy z analýz při zpracování komunitních plánů</li> <li>10. Prestiž a význam sociálních služeb</li> <li>11. Sociální poradenství a informovanost</li> </ol>
<b>Příležitosti</b>	<b>Ohrožení</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iniciativa na místní úrovni – politická reprezentace – možnost obhajoby výstupů před ní</li> <li>2. Apel na narovnání podmínek financování sociálních služeb (kritéria financování)</li> <li>3. Modernizace a zkvalitnění stávajících pobytových zařízení</li> <li>4. Podpora komunitního plánování v celém území Olomouckého okresu</li> <li>5. Transformace služeb</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cílová skupina – dostupnost a kvalita</li> <li>2. Obavy seniorů – finanční tíseň + definování potřeb</li> <li>3. Zákonné předpisy</li> <li>4. Státní rozpočet</li> <li>5. Demografický vývoj</li> <li>6. Nedostatek kvalifikovaných pracovníků</li> <li>7. Zachování a udržitelnost stávajících sociálních služeb (aktivizační služby, denní stacionáře, odlehčovací služby, tísňová péče).</li> </ol>

### ***Komentář ke SWOT***

Jednou z priorit je zejména vytvoření takové sítě služeb v dané oblasti, která by umožňovala co největšímu počtu seniorů na území města a potažmo i okresu Olomouc žít co nejdéle i přes ztrátu soběstačnosti v jejich přirozeném prostředí, dále pak dosažení cíle, který je vymezen dvěma opatřeními – analýzou stávající sítě sociálních služeb a podporou a rozvojem terénních a ambulantních sociálních služeb pro seniory. V případě potřeb sociálních služeb pobytového typu je pak cílem podpořit proces „transformace pobytových

sociálních služeb pro seniory“, umožnit prožití kvalitního, důstojného stáří s pomocí co nejvíce individualizované podpory.<sup>274</sup>

## 2.5 Případové studie - Plující geront

Případové studie byly provedeny obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace a odborným participačním pozorováním. Identifikační údaje byly změněny. Výběr probandů do souboru byl realizován z pacientů, kteří byli hospitalizováni na oddělení geriatrické v roce 2010. Záměrem byla snaha popsat osud nemocných po propuštění z oddělení Geriatrické Fakultní nemocnice Olomouc. Ze statistického přehledu „lůžkového fondu a jeho využití“ je zřejmé, že průměrná doba hospitalizace pacientů je cca 23 dnů. po té odchází buď domů, nebo využijí některou z možností doléčení (za asistence agentur domácí péče v domácím prostředí, nebo v následné péči v okrese Olomouc).

V roce 2010 bylo hospitalizováno na Geriatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci 872 nemocných. Níže uvedená tabulka popisuje počet propuštěných pacientů domů, do další následné péče.

Tab. 41 Počet propuštěných (přeložených) pacientů z odd. geriatrické FNOL v roce 2010<sup>275</sup>

Název zařízení	Počet překladů, propuštění
OLÚ Moravský Beroun	87
OLÚ Paseka	137
Mimospádové LDN (Zábřeh na Mor, Hranice)	19
Vojenská nemocnice Olomouc	7
Hospic na sv. Kopečku	13
Zajištění agenturou domácí péče	148
Domů z toho:	461 z toho:
Domů – Domov důchodců	153
Domů – do domácího prostředí bez zajištění agenturou	308

U deseti pacientů hospitalizovaných v roce 2010 byla sledována jejich kauza po propuštění, po překladu do jiného zdravotnického zařízení a eventuální návrat k rehospitalizaci na odd. geriatrické obvykle přes akutní oddělení FNOL. Otázka rehospitalizací je zajímavá, podává podklad k zamyšlení nad otázkou následné péče o nemocné seniory ve městě Olomouc a okrese Olomouc.

<sup>274</sup> Srov. Komunitní plán Magistrátu Olomouce

<sup>275</sup> Sstatistika sociálního odd. FNOL.

*V roce 2010:*

*1) Pacient M. L. 82 roků.*

1. hospitalizace na odd. geriatricke od 6.4. – 10.5. 2010 přijatý z kliniky urologie, propuštěn do domácí péče se zajištěním agentury domácí péče
2. hospitalizace na odd. geriatricke od 3.12. – 21.12. 2010 z kliniky urologie, propuštěn do domácí péče se zajištěním agentury domácí péče

*2) Pacientka P. M. 84 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatricke od 19.3. – 14.4. 2010. přijata z odd. rehabilitace propuštěna do domácí péče se zajištěním agentury domácí péče
2. hospitalizace na odd. geriatricke od 28.5.- 9.6. 2010 přijata z interní kliniky přeložena do OLÚ Moravský Beroun.
3. hospitalizace na odd. geriatricke od 8.10.- 20.10.2010 přijata z interní kliniky /z domu/ a po ukončení hospitalizace přeložena do OLÚ Moravský Beroun.

*3) Pacient J. S. 84 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatricke od 12.10 – 3.11. 2010 přijatý z interní kliniky. Po ukončení hospitalizace byl propuštěn domů se zajištěním agentury domácí péče
2. hospitalizace na odd. geriatricke od 18.11. – 1.12. 2010 přijatý z kliniky neurologie. Po ukončení hospitalizace byl přeložen do LDN Paseka.

*4) Pacientka G. L. 83 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatricke 11.2. – 19.2. 2010. Přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na oddělení geriatricke byla propuštěna do domácí péče se zajištěním agenturou domácí péče.
2. hospitalizace 6.9.- 23.9. na odd. geriatricke, přijata z interní kliniky, a po ukončení hospitalizace na odd. geriatricke propuštěna do domácí péče s agenturou domácí péče.
3. hospitalizace od 2. 11. – 11.11. přijata z chirurgické kliniky, po ukončení hospitalizace byla nemocná propuštěna do domácí péče se zajištěním domácí péče.

4. hospitalizace 28.11. – 14. 12 přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry, byla nemocná propuštěna do LDN Paseka.

5) *Pacient D. J. 87 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatry od 8.2. – 11.2. 2010 přijat z traumatologického oddělení, po ukončení hospitalizace na geriatrii byl propuštěn do domácí péče s zajištěním agenturou domácí péče.

5. hospitalizace na odd. geriatry od 29. 12. 2010– 14.1. 2011, přijatý z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry přeložen do OLÚ Moravský Beroun.

6) *Pacientka L. B. 78 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatry od 20.7. – 9.8.2010. Přijata z neurologické kliniky, po ukončení hospitalizace byla propuštěna domů.

2. hospitalizace na odd. geriatry od 30.8. – 1.10.2010. Přijata z ORL kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry, byla nemocná přeložena do OLÚ Paseka.

7) *Pacientka O. V. 82 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatry 12.12.2009 – 4.1. 2010. Přijata z neurologické kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry byla přeložena do OLÚ Moravský Beroun.

2. hospitalizace na odd. geriatry 7.5. – 12.5. 2010. přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry byla přeložena do LDN Paseka.

8) *Pacientka K. L. 87 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatry 3.7. – 16.7. 2010. Přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry byla nemocná propuštěna do domácí péče.

2. hospitalizace 16.12 – 22.12.2010 na odd geriatry, přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry propuštěna do domácí péče

3. hospitalizace 29. 12. – 13. 1. 2011, nemocná přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace byla propuštěna domů se zajištěním agentury domácí péče.

9) *Pacientka R. M. 85 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatry 17.2. – 4.3.2010, přijata z traumatologického oddělení, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry, byla nemocná propuštěna domů s agenturou domácí péče
2. hospitalizace na odd. geriatry 26.5. – 14.7.2010 nemocná přijata z neurologické kliniky. po ukončení hospitalizace na odd. geriatry byla nemocná přeložena do OLÚ Paseka.
3. hospitalizace na odd. geriatry 15.12. – 29.12. 2010, přijata z interní kliniky, po ukončení hospitalizace na odd. geriatry byla nemocná položena do OLÚ v Moravském Berouně.

10) *Pacienta A. S. 79 roků*

1. hospitalizace na odd. geriatry 24.6. – 28.6. 2010, přijata z domu, cestou ambulance odd. geriatry, po ukončení hospitalizace návrat zpět do domácí péče na pokračuje v ambulantní péči odd geriatry.

Níže uvedená tabulka sumarizuje výše uvedená data o rehospitalizacích u deseti pacientů, hospitalizovaných na odd. geriatry v roce 2010.



Tab. 42 Počet rehospitalizací u vzorku pacientů na odd. geriatry v roce 2010

Pacient/ pacientka	Přijat/přijata	Propuštěn/ propuštěna	Počet hospitalizací na odd. geriatry v 2010
1. M.L.	Urolog. kl. FNOL 6.4.2010	Domů + agentura 10.5.2010	2
	Urolog. kl. FNOL 3.12.2010	Domů + agentura 21.12.2010	
2 P. M.	Odd. rehabilitace FNOL 19.3.2010	Domů + agentura 14.4.2010	3
	Interní kl. FNOL 28.5.2010	OLÚ Mor. Beroun 9.6.2010	
	Interní kl. FNOL 8.10.2010	OLÚ Mor. Beroun 20.10.2010	
3. J. S.	Interní kl. FNOL 12.10.2010	Domů + agentura 3.11.2010	2
	Neurolog. kl. FNOL 18.11.2010	OLÚ Paseka 1.12.2010	
4. G. L.	Interní kl. FNOL 11.2.2010	Domů + agentura 19.2.2010	4
	Interní kl. FNOL 6.9. 2010	Domů + agentura 23.9.2010	
	Chirurg. kl. FNOL 2.11.2010	Domů + agentura 11.11.2010	
	Interní kl. 28.11.2010	OLÚ Paseka 14.12.2011	
5. D. J.	Traumatolog. odd. FNOL 8.2.2010	Domů + agentura 11.2.2010	2
	Interní kl. FNOL 29.12. 2010	OLÚ Mor. Beroun 14.1.2011	
6. L. B.	Neurolog. kl. FNOL 20.7.2010	Domů bez zajištění domácí péče 9.8.	2
	ORL kl. FNOL 30.8.2010	OLÚ Paseka 1.10.2010	
7 O.V.	Neurolog.kl. FNOL 12.12.2009	OLÚ Mor. Beroun 4.1.2010	2
	Interní kl. FNOL 7.5.2010	ULÚ Paseka 12.5. 2010	
8. K. L.	Interní kl. FNOL 3.7. 2010	Domů bez zajištění agent. 16.7. 2010.	3
	Interní kl. FNOL 16.12.2010	Domů bez zajištění agent. 2.12.2010	
	Interní kl. FNOL 29.12.2010	Domů + agentura 13.1.2011	
9. R. M.	Traumatolog. odd. 17.2.2010	Domů + agent. 4.3.2010	3
	Neurolog. kl. FNOL 26.5.2010	OLÚ Paseka 14.7.2010	
	Interní kl. FNOL 15.12.2010	OLÚ Mor. Beroun 29.12.2010	
10. S.A.	Interní kl. FNOL 24.6.2010	Domů bez zajištění agent. 28.6.2010	1

Četnost rehospitalizací je také vyjádřena v níže tabulce, kdy je patrné, že z 10 hospitalizovaných pacientů na odd. geriatry v roce 2010 je pouze 1 pacientka, která je propuštěna do domácí péče bez zajištění agenturou a v roce 2010 nebyla dále hospitalizována. Dvě rehospitalizace v roce 2010 absolvovalo 5 pacientů ze sledovaného vzorku. Tři hospitalizace absolvovaly 3 nemocní a čtyři hospitalizace absolvovala v roce 2010 jedna nemocná.

Tab. 43 Četnost hospitalizací u sledovaného vzorku nemocných v roce 2010

Počet hospitalizací v roce 2010	Četnost
Jedna hospitalizace	1 x jedné pacientka
Dvě hospitalizace	5 x jedné pacientka
Tři hospitalizace	3 x jedné pacientka
Čtyři hospitalizace	1 x jedné pacientka

U souboru sledovaných pacientů v roce 2010 byly zjištěny tyto výsledky: četnost rehospitalizaci pacientů je vysoká, z 10 sledovaných nemocných 9 absolvovalo nejméně dvě hospitalizace během roku. V devíti případech přijetí bylo realizováno z klinik a oddělení Fakultní nemocnice a v jednom případě byla nemocná přijata z domu cestou ambulance odd. geriatric. Ošetrovací doba na odd. geriatric odpovídá, dle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 472/2009 Sb., průměru pro obor geriatric. Po nastavení léčby a specifického geriatrického režimu byli nemocní propuštěni domů se zajištěním agentury home care celkem sedmkrát u sledovaného souboru nemocných, do lůžkové následné péče byly nemocní předáni desetkrát u sledovaného souboru nemocných. Je zřejmé, že starý nemocný člověk je velmi křehký, snadno dochází k dekompenzaci jeho zdravotního stavu a jsou vyžadovány jednak akutní ošetření, specifická geriatrická péče, jednak zajištění do domácí péče event. následná lůžková péče, nejlépe v blízkosti svého bydliště pro možnost kontaktu se svými blízkými.

## 2.6 Diskuse

Změny, které nastaly v oblasti legislativy, vyjadřují významný pokrok, neboť oproti původnímu výhradně státnímu sektoru zřizovatelských práv v oblasti zdravotně sociální péče před rokem 1989, umožnily rozvoj v oblasti zřizovatelských práv i v oblasti péče o seniory a tím i rozdělení zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči o seniory v okrese Olomouc podle zřizovatelů. Možno říci, že vývoj dosáhl zabezpečení v oblasti zdravotně sociální na velmi dobrou úroveň, odpovídající slušnému evropskému standardu.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na analýzu stávající poskytované péče seniorům v okrese Olomouc, včetně retrospektivního pohledu vývoje péče o seniory v posledních dvaceti letech a rovněž krátce pohledu prospektivnímu v intencích demografického vývoje. Vyhodnocením zkoumané situace možno odpovědět na výzkumné otázky:

### *1) Jaký byl vývoj zdravotně sociální péče o seniory v regionu Olomouc?*

V oblasti lůžkové péče (v okrese Olomouc) participují: geriatrické oddělení – standardní oddělení nemocnice, následná lůžková péče na ošetrovatelském oddělení ve Vojenské nemocnici v Olomouci, ve Šternberku, dále pak odborné léčebné ústavech a v domovech pro seniory. Ve všech těchto zařízeních poskytujících zdravotní péči nastal vývoj ve smyslu nastavení parametrů kvality v péči o nemocné. Bylo vybudováno hospicové zařízení, pro léčbu terminálně nemocných pacientů. Do praxe byl zaveden institut sociální hospitalizace a byla vytvořena ošetrovatelská lůžka v domovech pro seniory v okrese Olomouc. V posledních dvaceti letech byly vybudovány domovy pro seniory v okolí Olomouce o kapacitě do 30 ti lůžek. Tento trend malých domovů, určených pro nemocné seniory v určité lokalitě jim umožňuje prožít své stáří ve své komunitě ve známém prostředí. Zřízení těchto domovů o malé kapacitě je trend, který dle zkušeností vyspělých států je velmi významný a je kladně hodnocen, podle Kalvacha (významného odborníka v geriatrii) se jedná o protiklad velkokapacitních ústavů bazálního ošetrovatelství, segregovaného živoření, úzkostné osamělosti, vyhoření, laciného umírání.<sup>276</sup> Měla by vzniknout zařízení s kapacitou přibližně o třiceti lůžkách s kvalitním, proškoleným personálem, vlídným prostředím, zajišťujícím pocit bezpečí a jistoty. Ve městě Olomouci je jedno oddělení následné péče ve Vojenské nemocnici). Dlouhodobou péči zajišťuje domov pro seniory Olomouc, Chválkovice, domov pro seniory - součást kláštera sester premonstrátek, dva penziony (Chráněné bydlení). V bezprostředním okolí Olomouc jsou 3 menší zařízení (o kapacitě 30 lůžek), která zajišťují dlouhodobou péči (Velká Bystřice, Přáslavice, Dolany – Véska). Dlouhodobou péči v blízkém okolí Olomouc včetně zařízení na hranici okresu Olomouce poskytuje v současné době celkem 11 zařízení, které jsou určeny pro místní obyvatele, v lokalitě, ve které je zřízeno sociální zařízení.

Vývoj zařízení pečujících o seniory v regionu Olomouc nastal i v oblasti právních vztahů, zvláště změnou zřizovatelů jednotlivých zařízení, vznikem krajských úřadů, a soukromého sektoru. Jedná se o odraz celkové situace v České republice, kdy v roce 2009 nestátní lůžkových zařízení (zřizovatelem fyzická nebo právnická osoby) na sebe vzala 42% lůžkového fondu (nemocnice téměř 49 %, odborné léčebné ústavy, s výjimkou lázní 24).<sup>277</sup>

---

<sup>276</sup> Srov. KALVACH, Z. Demografický vývoj z pohledu geriatrie, *Zdravotnické noviny*, s. 52 -54.

<sup>277</sup> Srov. Statistika ÚZIS. *Hospitalizovaní v nemocnicích.*, s. 35.

2) V posledních dvaceti letech došlo k nárůstu služeb péče o seniory zvláště v oblasti domácí péče, kdy vznikla *síť agentur domácí péče*, poskytujících odbornou ošetrovatelskou péči. Z hlediska vývoje je patrné postupné rozšiřování spektra možných výkonů v domácí péči zvláště rehabilitace, logopedie v posledních letech i možnosti zajištění hospicové péče v domácím prostředí nemocného. V současné době je ve městě Olomouci funkčních 6 agentur domácí péče. V blízkém okolí 19 agentur domácí péče. Pokrytí regionu Olomouc je plně zajištěno zvláště vznikem detašovaných pracovišť jednotlivých agentur domácí péče.

### 3) *Jaká jsou zařízení v okrese Olomouc, existuje přesah zdravotně sociální péče?*

Další výzkumná otázka se týkala specifikace zařízení určených k péči o seniory v okrese Olomouc. Specializovanou zdravotní péči poskytuje *odd. geriatricke ve FN v Olomouci*, které sice nepatří do systému zařízení následné a dlouhodobé péče, ale úzce s nimi spolupracuje. Pokud pacienti nevyžadují intenzivní akutní léčbu, provádí oddělení geriatricke diagnostiku, léčbu těchto pacientů, s ohledem na zvláštnosti chorob a zvláštnosti diagnosticko - léčebných postupů u seniorů, nastavení účelné terapie a po té je pacient dle svého zdravotního stavu předán buď do domácí péče, nebo zpět do zařízení následné a dlouhodobé péče.

**Následná péče** (zdravotní péče) v městě Olomouci je 25 lůžkové oddělení pro veterány ve Vojenské nemocnici, jinak se v krajském městě nenachází žádný ústav tohoto charakteru. Senioři a nemocní využívají OLÚ vzdálená 40 km od vlastního města (Mor. Beroun, Paseka), což je pro ně samotné a jejich příbuzné značně stresující bez ohledu na to, že oba ústavy jsou velmi kvalitní, oceněny patřičnými certifikáty kvality, jsou specializovány na ošetrovatelskou a rehabilitační péči, eventuelně jsou profilovány dle medicínských oborů (například ústav neurologicko geriatrický). Dle Topinkové následná péče zajišťuje kvalitního doléčení a rehabilitaci v adekvátním prostředí, s dostatečným technickým vybavením a dostatkem personálu, a to s cílem co nejdříve a v co nejlepším stavu zdraví a soběstačnosti umožnit tak návrat nemocného do domácího prostředí. Teprve tam, kde jsme v léčbě a rehabilitace nemohli uspět vzhledem k charakteru onemocnění, je třeba disponovat péčí dlouhodobou. Ta by měla být kvalitní, zdravotně sociální, kvalifikovaně ošetrovatelská. Víme, že nároky ze stran seniorů budou narůstat.<sup>278</sup> Zvláště v prospektivním pohledu je ovlivněno mnoha faktory a může vést k obavě z inflace stáří v populaci. Topinková, hovoří v souvislosti

---

<sup>278</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. Jaké geriatrické služby potřebujeme? *Interní medicína pro praxi*, s.155.

s prodlužujícím se věkem o doporučení ze strany WHO sledování kromě střední délky života, vyjadřovat také střední délku života bez chronického onemocnění (health expectancy, life expectancy without chronic disease) a střední délku života bez postižení (disability – free life expectancy). V posledních dvaceti let byla k tomu v USA provedena řada longitudinálních i průřezových epidemiologických a gerontologických výzkumů. Byla vyvíjena snaha vyřešit otázku, zda nové kohorty seniorů jsou zdatnější a zdravější než senioři v minulosti. Současné výsledky z vyspělých zemí přinesly nejednoznačné výsledky. Zdá se, že nemocnost seniorů v posledních 25 až 30 letech se podstatněji nezměnila. Pozitivní je, že ve většině sledovaných zemí dochází ke zlepšování funkčního stavu (zdatnosti a soběstačnosti). V České republice nebyl výzkum v této oblasti prioritou, nejsou známy přesné počty osob se zdravotním postižením, charakter postižení a jeho závažnost. V Evropě dochází k posouvání závažnějších nemocností a zdravotního postižení do stále vyšších věkových skupin. Populace dnešních 65-75 letých je zdravější než před 10 a 20 lety a prodlužování života znamená zisk zdravých roků v období mladšího seniorského věku. Na základě těchto znalostí je už dnes možno říci, že stárnoucí populace nemusí být jen časovanou bombou.<sup>279</sup> Je však za potřebí adekvátní sítě zdravotní i sociální zařízení pro stárnoucí populaci.

*Paliativní péče* je v regionu Olomouc zajištěna zřízením *Hospice na sv. Kopečku*. Hospicová (paliativní péče) je určena nemocným všech věkových kategorií, není tedy vyčleněna pro seniory, kteří jsou ale rovněž klienty hospicových zařízení. Dá-li se hovořit o přínosu, pak z principu paliativní péče profitují i geriatrickí nemocní a umírající. Vzhledem k tomu, že v České republice ročně umírá asi 110 000 osob a ve nejvíce než 80 % úmrtí se jedná o osoby v geriatrickém věku, proto je nezbytné, jak uvádí Topinková, se seriózně zabývat problematikou paliativní a terminální péče v geriatrii.<sup>280</sup> Paliativní postupy zmírňují somatické i psychické symptomy, současně nemocnému poskytují kvalifikovanou, individualizovanou, empatickou lidsky autentickou ošetrovatelskou péči včetně pomoci duchovní/spirituální. Paliativní medicína a geriatrické mají mnoho společného. Ve stáří je potřeba symptomatických a paliativních postupů větší než ve střední věku.<sup>281</sup>

*Přesah zdravotně sociální péče* ve zvláště patrný vznikem a realizací institutu *sociální hospitalizace*. V okrese Olomouc jsou zřízena sociální lůžka ve Vojenské nemocnici

---

<sup>279</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. Dlouhověkost – hrozba nebo triumf?, *Zdravotnické noviny* s. 50-51

<sup>280</sup> Srov. TOPINKOVÁ E., Geriatrická paliativní péče a péče o umírající, *Česká Geriatrická revue* I/2004 s. 14.

<sup>281</sup> Srov. TOPINKOVÁ E., Geriatrická paliativní péče a péče o umírající, *Česká geriatrická revue* I/2004, s. 14-16

v Olomouci (5 lůžek) a v OLÚ v Pasece(16 lůžek). Kalvach poměrně kriticky komentuje pojetí tohoto typu lůžek. Hovoří se o fenoménu bedblockingu (blokování lůžek obtížně propustitelnými pacienty), ve snaze minimalizovat náklady „odfiltrováním“ klienta do sousedního resortu.<sup>282</sup> Ošetrovatelská oddělení v domovech pro seniory jsou podložena možnostmi zdravotní ošetrovatelské péče, hrazené ze zdravotního pojištění u indikovaných seniorů. Všechny domovy v okrese Olomouc (14) využívají této možnosti a zřizují ošetrovatelská oddělení. Přesah zdravotně sociální péče evidentně existuje, je „přiznán“ v institutu sociální hospitalizace a ošetrovatelských odděleních domovů důchodců.

#### 4) *Jaká je dostupnost zdravotně sociální péče?*

Z hlediska dostupnosti zdravotně sociální péče v okrese Olomouc je možno říci, že domácí péče poskytované formou *agentur* a s rozvojem stacionářů (v Olomouci dva stacionáře, v blízkém okolí pět stacionářů) došlo ke zlepšení dostupnosti následné i dlouhodobé péče o nemocného seniora v domácnosti včetně zajištění případně logopedie, rehabilitace, hospicové péče V případě potřeby lze cestou praktického lékaře nebo specialisty u indikovaných nemocných zajistit tuto formu péče do 24 hod. Dalo by se říci, že došlo k velkému pokroku, senior má pocit velkého zájmu a jistoty. Domácí péče je zajišťována ve městě Olomouci i mimo v celém okrese Olomouc denně. (Ve městě Olomouc je zajištění 6 agenturami a v okrese Olomouc 19 agenturami domácí péče).

Následná péče pro seniory města Olomouce je pouze možná ve Vojenské nemocnici a jinak v OLÚ vzdálených 40 km od vlastního města Jak již bylo zmíněno. Dlouhodobá péče je ve městě Olomouci je zajišťována jedním domovem pro seniory, v okrese Olomouc 14 domovy pro seniory. Dostupnost z hlediska lokality by nebyla tak velkým problémem, jako spíše možný časový nástup do těchto zařízení. Často se počítá čekací doba na roky. Přitom je nutné u seniora vnímat také psychosociální dostupnost, která ukazuje připravenost a motivaci jedince vyhledat v případě potřeby nejen lékařskou pomoc, ale také následnou péči. Důležitým faktorem je informovanost o zařízeních a jejich možnostech.<sup>283</sup>

Z našeho výzkumu vyplývá, že i přes nárůst agentur domácí péče, přes rozvoj jednotlivých zařízení z hlediska kvality, je dostupnost problémová. Nedostatečnost zajištění seniorů následnou a dlouhodobou péčí v okrese Olomouc lze vyjádřit i četností

---

<sup>282</sup> Srov. KALVACH Z. Nejsem si jist, Zdravotnické noviny, č 11, s. 23.

<sup>283</sup> Srov. IVANOVÁ.K. Fenomén dostupnosti zdravotní péče se zaměřením na názory seniorů v regionu Olomouc in *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům ve zdraví a pomoci*,s.20.

rehospitalizací, existencí tzv. fenoménu plujícího geronta. K tomuto problému se vyjadřoval v rámci České republiky také Kalvach, který hodnotil tuto situaci jako konfrontaci seniorů s místně nedostatečnou kapacitou vhodných zařízení a limitováním délky pobytu. Takto plující geront je Kalvachem nazýván tulákem po českých nemocnicích, ošetrovatelských centrech, sociálních zařízeních. Problematika se týká především větších měst s nedostatečnou a nerovnoměrně rozmístěnou kapacitou násadné zdravotní či sociální lůžkové péče.<sup>284</sup>

Ve výzkumné části byla popsána situace *rehospitalizací pacientů seniorů*, kteří jsou opakovaně hospitalizováni na odděleních akutní péče, dále byli hospitalizováni na odd. geriatrie a po té dle jejich potřebnosti zajištění odbornou agenturou v domácí péči a nebo přeložení dále často do zařízení následné péče (LDN, OLÚ). V roce 2010 ze zkoumaného souboru rehospitalizaci absolvovala většina nemocných (2x, 3x i 4x v roce), čili přes zajištění po propuštění. Lze již předpokládat potřebnost využití další lůžkové následné péče. Časté rehospitalizace jsou projevem potřebnosti zdravotně sociální a komplexní péče, tedy jsou i projevem přesahu zdravotně sociální potřebnosti zajištění seniorů daného okresu.

Ve výzkumu byly také popsány, i když zcela okrajově také *Domy s pečovatelskou službou* v Olomouci, které mají charakter upravených, malometrážních bytů, mající blíže k autonomnímu bydlení. Jejich obliba stoupá a pocit zajištění je evidentní z počtu žadatelů, kdy ve městě Olomouci je počet žádostí v těši než 100% stávající kapacity. Zde je první krokem zajištění seniorů v dané lokalitě, což je úkol komunitního plánování. Kalvach uvádí, že dle zahraničních zkušeností by měly být garantem ostrovů jistoty domovské obce.<sup>285</sup> Tento názor podporuje i Holmerová.<sup>286</sup> Magistrát města Olomouce provedl v roce 2009 SWOT analýzu ze které je zřejmé, že největší obavou seniorů je ztráta soběstačnosti, vznik závislosti a dislokace v zařízení mimo lokalitu, se kterou jsou senioři spjatí svým životem

Kalvach dodává, že péče o seniory by měla být koordinovaná, kontinuální a především na úrovni komunity.<sup>287</sup> A pokud je nutná dlouhodobá hospitalizace, pak možno co nejlíže domovskému prostředí, což je pro člověka zcela přirozené, logické a z psychologického hlediska velmi důležité.<sup>288</sup>

---

<sup>284</sup> Srov. KALVACH, Z. Nejsm si jist, *Zdravotnické noviny* č.,23, s. 17.

<sup>285</sup> Srov. tamtéž, s. 18.

<sup>286</sup> Srov. HOLMEROVÁ, E. Východiska dlouhodobé péče. In *Zdravotnické noviny*.2009 s.4.

<sup>287</sup> Srov. KALVACH, Z. Geriatr musí být především člověk. *Zdravotnické noviny*,č. 17,s. 22-24

<sup>288</sup> Srov. KALVACH Z. Geriatrii a následnou péči je nutno rozlišovat, *Zdravotnické noviny* č. 5, s. 5-6.

##### 5) Existuje deficit následné péče o seniory v okrese Olomouc?

Z našeho výzkumu vyplývá, že v okrese Olomouc v rámci FNOL je zřízeno geriatrické oddělení a ambulance odd. geriatry. Podle komparace potřebnosti skutečného počtu lůžek v okrese Olomouc je stávající stav nedostatečný. To souhlasí s Topinkovou, která uvádí, že přes vědecké důkazy, jež jednoznačně existují (výsledky získané ve velkých mezinárodních klinických studiích nebo metaanalýzami menších klinických studií umožnily i v oboru geriatry praktikovat geriatrii založenou na vědeckých důkazech), docházíme ke zjištění, že počet specializovaných geriatrických služeb v České republice je nedostatečný.<sup>289</sup>

Holmerová považuje za nutné podpořit existující a podnítit vznik dalších *geriatrických oddělení, stacionářů a ambulancí*.

Při komparaci stávajícího stavu geriatrické péče jsme dospěly k výsledku, že se jedná o nedostatek těchto lůžek pro okres Olomouc v počtu cca 50 ti lůžek.

V oblasti následné péče a dlouhodobé lůžkové péče o seniory v okres Olomouc lze při komparaci s doporučeními pro Českou republiku říci, že se jedná také o deficitní stav (přibližně minus 100 lůžek, pro kraj Olomouc se jedná o deficit minus 380 lůžek). Současně lze říci, tato péče je poskytována v různých typech zařízení (z pohledu zřizovatelského, vlastnického atd.) Ve všech těchto zařízeních počet žádosti převyšuje možnosti aktuálního uspokojení počtu žadatelů. Uvedené zjištění koreluje s názorem Holmerové, která uvádí, že následná ošetrovatelská péče je poskytována v různých typech zařízení a jejich počet je nedostačující.<sup>290</sup> Poptávka po lůžkách následné péče je evidentní, je třeba dodat, že bude v budoucnu žádána i ve vyšší kvalitě. Odpovídající parametry z hlediska srovnání existence a potřebnosti, vztaženo rovněž k počtu žádosti, nacházíme pouze u hospicového zařízení v okrese Olomouc. Dalo by se říci, že *paliativní lůžková péče* v regionu Olomouc je zajištěna odpovídajícím počtem lůžek potřebných dle statistických doporučení, za předpokladu fungování domácí hospicové péče. Koordinace hospicové péče je v zahraničí často zajišťována speciálními pracovníky zdravotně sociálními koordinátory pro zavedené optimální formy péče o nemocného.<sup>291</sup>

---

<sup>289</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. Co je a co není geriatry, Zdravotní noviny 2007, příloha geriatry s. 3.

<sup>290</sup> Srov. HOLMEROVÁ I. Východiska dlouhodobé péče, Zdravotnické noviny 2009, s. 4.

<sup>291</sup> BRUERA, E., HIGGINSON, I. RIPAMONTI, C. at al. *Textbook of Palliative Medicine*. 1. vyd. London: Edward Arnold, 2009. s. 213.



## 6) Existuje rozdíl zdravotně sociální péče v ČR a v okrese Olomouc?

Otázce potřeby lůžek následné a dlouhodobé péče se v Praze věnoval Kalvach, který popisuje, že kvalifikovaný odhad potřeby lůžek a míst dlouhodobé péče se stanoví z věkového složení populace: Praha potřebuje asi 7 500 až 9 500 lůžek a míst dlouhodobé péče. V Praze chybí 2100 míst. Tomu odpovídají dlouhé čekací doby na přijetí do domovů pro seniory (několik let), bedblocking v nemocnicích, nedůstojná nezabezpečenost části nemocných. Navíc zařízení stávající nevyhovují provozně či umístěním mimo Prahu. K zajištění přibývajících seniorů potřebuje Praha vybudovat do roku 2020 další 4850 míst. Celkem se jedná téměř o 7 000 potřebných míst.<sup>292</sup> Holmerová upozorňuje, že v současné době pracovníci expertního panelu pro dlouhodobou péče analyzují současnou situaci v poskytování následné a dlouhodobé péče pro seniory v České republice v jednotlivých regionech.<sup>293</sup> Olomoucký okres bude dle našeho výzkumného šetření v možnostech zajištění následné péče pro své občany jistě zařazen mezi deficitní regiony. Neboť již současný stav v okrese Olomouc činí deficit minus 100 lůžek následné a dlouhodobé péče a na úrovni kraje Olomouc je tento deficit minus 380 lůžek.

Podobně jako jeden z významných odborníků v geriatrii v České republice, Zdeněk Kalvach, jsme dospěly k závěru, že *demografický vývoj* je charakterizován stárnutím populace a je třeba reagovat zajištěním kvalitní zdravotní i sociální péče. Jde o jeden z globálních jevů, který již pronikl do podvědomí veřejnosti., který má značný medicínský význam odborný, organizační i etický. Při komparaci stávajícího stavu tohoto typu lůžek v okrese Olomouc se situací České republiky, je nutno uvést, že se jedná o deficitní stav vzhledem k požadovanému jako celorepublikový problém. Numerický výpočet nedostatku lůžek OLÚ (LDN) a zvláště jeho prognostický odhad je velmi obtížný, ovlivněn řadou různých faktorů. Následné a dlouhodobá péče v současné době prožívá významné změny, je předmětem jednání komisí na MPSV, na MZ. Vytváří se nové specializace v oblasti vzdělávání, kdy v České republice vznikl nový obor *medicína dlouhodobé péče*, který kromě poznatků z gerontologie a geriatrie zahrnuje také určitě manažerské znalosti, aby takto vzdělání odborníci byli co nejlépe připraveni na činnost na odděleních následné péče i v komunitních sužbách.<sup>294</sup>

---

<sup>292</sup> Srov. KALVACH, Z. Nejsem si jist, vytvářením sociálního zázemí pro stárnoucí populaci ve zdravotnických zařízeních., *Zdravotnické noviny* s. 17.

<sup>293</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. Východiště dlouhodobé péče, *Zdravotnické noviny*, 18, příloha Lékařské listy s 7.

<sup>294</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. *Péče o seniory a nový obor „Medicína dlouhodobé péče“*. Gerontologie a paliativní medicína *Zdravotnické noviny* 18/2010, Lékařské listy, s. 8-9.

Otázka adekvátní péče o seniory se stává naléhavou a přestavuje do blízké budoucnosti výzvu. Předchozí zjištění koreluje s názorem Ivanové, která ve své habilitační práci podporuje potřebnost komplexní péče o seniory<sup>295</sup> tato se musí stát jednou z prioritou státu v oblasti zdravotní politiky. Přibývání generace seniorů se odráží ve zvýšené potřebě zdravotnických služeb a zdravotní péče jako celku představuje výzvu pro nové pojetí jejich rolí. Nová role by měla odpovídat na specifické potřeby geriatrických pacientů přede vším modifikací služeb a vzájemnou spoluprací s poskytovateli sociálních služeb. V Rakousku, Německu, Velké Británii existuje role tzv. „discharge manager“, který zajišťuje další služby, které by měly následovat po propuštění pacienta do domácí péče. V českých podmínkách tuto roli po dlouhá léta zastávaly sociální pracovnice jednotlivých zdravotnických zařízení.<sup>296</sup>

V evropském kulturním a společenském kontextu je považováno za spravedlivé, aby společnost zajistila seniorům po celoživotní práci důstojné životní podmínky a odpovídající kvalitu života v domácí, ale také v institucionální péči.<sup>297</sup>

Konzultační materiál Švédského předsednictví EU stále tak, jako naše vlastní zkušenost potvrzují, že klíčový a nejvíce problematickým momentem je dobrá koordinace služeb jednotlivých poskytovatelů. Dalším aspektem je vytvoření „společného jazyka“ a komunikace mezi těmito profesionály.<sup>298</sup>

Z diskusního materiálu Ministerstva práce a sociálních věcí k východiskům dlouhodobé péče v České republice je uvedeno: „že aktivity v péči o seniory vycházejí z místních podmínek, ale sdílejí určité principy, které jsou společné a jsou proto důležité, a jedná se o koordinaci služeb nebo case management, multidisciplinární posouzení.

---

<sup>295</sup> Srov. IVANOVÁ, K. *Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v ČR*, Habilitační práce, s.20.

<sup>296</sup> Srov. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice, s.31.

<sup>297</sup> Srov. IVANOVÁ, K. *Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v ČR*, Habilitační práce, s.21-22.

<sup>298</sup> Srov. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR, s. 32.

## 2.7 Závěr

Dizertační práce byla věnována problematice nemocného seniora a vývoji možností jeho zajištění v okrese Olomouc. Byla zaměřena na objasnění náplně specializované geriatrické péče, následné i dlouhodobé péči včetně odborné péče o nevléčitelně nemocné v regionu Olomouc. V teoretické části autorka vymezila základní složky následné i dlouhodobé péče, poskytované v lůžkových i ambulantních zařízeních. Zaměřila se na teoretické podklady směřující k získání teoretické báze pro splnění stanovených cílů.

Na základě údajů získaných kvalitativním výzkumem byly splněny výzkumné cíle:

*Popis vývoje zdravotně sociálních zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v okrese Olomouc za dvacet let.* Pro naplnění tohoto cíle byla použita metoda obsahové analýzy dokumentů a deskripce jednotlivých zařízení, které se zabývají péčí o seniory v okrese Olomouc. Po studiu materiálů o jednotlivých zařízeních lze konstatovat, že v průběhu času nastaly v posledních dvaceti letech výrazné změny v oblasti zařízení v péči o seniory, zvláště změna ve zřizovatelských právech jednotlivých zařízení pečujících o seniory. Participují zřizovatelé státního, nestátního i soukromého sektoru. Jedná se o navýšení ambulantní odborné péče, která je realizována v domácnosti seniora, ale i lůžkové následné a dlouhodobé péče.

Zdravotně sociální zařízení naplňují ve zdravotní oblasti specializovanou geriatrickou péči, následnou péči včetně péče o nevléčitelně nemocné a v oblasti dlouhodobé péče je realizována řadou zařízení. Při provedení obsahové analýzy, deskripce jednotlivých zařízení v okrese Olomouc a studiem odborných materiálů, je zřejmý velký kvalitativní pokrok v jednotlivých zařízeních v nemocnicích v odborných léčebných ústavech i v domovech pro seniory nastal pokrok v technickém vybavení, v kontinuálním vzdělávání pracovníků, zavedením standardů kvality péče. Výraznou změnou bylo uvedení zákona 106/2008 do praxe, neboť změnou legislativy došlo k možnosti poskytovat ošetrovatelskou (zdravotní) péči v domovech pro seniory, ta je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Další významnou změnou v oblasti zdravotně sociální péče o seniory bylo zavedení institutu sociální hospitalizace ve zdravotnických zařízeních. Obě tyto poslední změny dokládají nutnost komplexní zdravotně sociální péče o seniory, tyto formy péče nelze v určitých indikovaných případech od sebe oddělit a lze hovořit o realitě přesahu zdravotně sociální péče o seniory.

*Popisem a tříděním aktuálního stavu zařízení poskytujících následnou a dlouhodobou péči v regionu Olomouc (cíl č. 2)* se metodou analýzy dokumentů dostáváme do současné, aktuální situace, kdy zjišťujeme, že jednotlivá zařízení se stále rozvíjí, nabývají na počtu, zvláště v oblasti agentur domácí péče, nastává rozvoj stacionářů i se speciálním zdravotním zaměřením (Alzheimerova demence). Rozvíjí se poradenství pro seniory. Ale také vystupuje do popředí nutnost přesného vydefinování následné a dlouhodobé péče, odčlenění obou druhů péče (v intenzitě péče), nikoliv však k újmě jednoho nebo druhého. V praxi je zřejmé, že není možné zcela směřovat oba druhy péče. Tento problém řeší připravovaný zákon o zdravotnických službách, vyčleňuje jednotlivé druhy zařízení specifikované pro následnou, nebo dlouhodobou péči. V Olomouckém okrese jsou zařízení zdravotně sociální svým obsahem péče připravena na třídění podle připravovaného zákona. Takto, by se mohlo zdát, že v oblasti zajištění seniorů v regionu Olomouc, je vše v nejlepším pořádku. Bohužel nikoliv, existuje několik vážných problémů.

Jedním z nich je dostupnost zdravotně sociální péče o seniory v regionu Olomouc. Ta byla zjišťována formou *případových studií (cíl č. 4)* u souboru deseti pacientů hospitalizovaných na odd. geriatry v roce 2010. Studium jednotlivých materiálů, opisem a rozbořením situace jednotlivých případů lze konstatovat významnou existenci rehospitalizací seniorů, což naplňuje nechvalný termín „Plující geront“. Situace je výrazem nedostatečného adekvátního zajištění nemocných seniorů v okrese Olomouc. Analýzou a sumarizací počtu žadatelů do zařízení následné i dlouhodobé péče o seniory (domy s pečovatelskou službou ve městě Olomouc, domovy pro seniory, chránění bydlení a zařízení LDN a OLÚ) bylo zjištěno, že žádosti významně převyšují kapacitní možnosti jednotlivých zařízení. Tento výsledek byl podpořen závěrem SWOT analýzy, která byla provedena magistrátem města Olomouc, kdy prokazatelně existuje vážná obava seniorů v případě vzniku závislosti a tudíž potřeby zajištění v zařízeních následné a dlouhodobé péče. Tento fakt je pro starého člověka velmi stresující.

Další výzkumný cíl byl zaměřen na komparaci zdravotně sociální péče o seniory v ČR a v okrese Olomouc. Jaký je rozdíl mezi počtem lůžek zařízení následné a dlouhodobé péče v ČR a v okrese Olomouc a počtem lůžek následné a dlouhodobé péče, doporučeným Ministerstvem zdravotnictví pro Českou republiku? Další komparace byla provedena v rámci Olomouckého kraje. Ze srovnání stávajícího stavu a doporučení je zřejmý deficit následné i dlouhodobé lůžkové péče pro region Olomouc, rovněž v oblasti geriatrické péče, s výjimkou počtu lůžek hospicové péče, která odpovídá doporučením, což zdaleka neplatí pro jiné oblasti

České republiky Získané výsledky podporují stávající deficit lůžkové následné a dlouhodobé péče. V oblasti ambulantní následné péče existuje velmi flexibilní zajištění seniorů formou Home care, která zajišťuje odbornou ošetrovatelskou péči, v současné době i hospicovou péče přímo v domácnosti seniora. U těžce nemocných seniorů je nutná spolupráce s rodinou nemocného V zajištění této formy péče není rozdíl mezi městem a vesnicí. Okres Olomouc je pokrytý ambulantní formou následné péče. Z pozorování a studia materiálů vyplývá, že město Olomouc zajišťují soukromé agentury, okolí města Olomouce více Charitní ošetrovatelská o pečovatelská služba.

Problém následné lůžkové péče v okrese Olomouc nespočívá pouze v nedostatku lůžek, ale také v dislokaci zařízení poskytující tuto formu péče pro seniory mimo město Olomouc. Zařízení následné péče jsou 40 km od vlastního města a ve městě Olomouci neexistuje žádné zařízení následné péče pro nemocné seniory, s výjimkou Vojenské nemocnice (25 ošetrovatelských lůžek určených veterány). Oddělení geriatrie, nepatří do systému následné péče, jedná se standardní oddělení nemocnice.

Dizertační práce strategií kvalitativního výzkumu umožnila zachytit zjišťované údaje v kontextu výzkumných cílů a otázek. Nalezla podněty i výzvu k zamyšlení nad aktuální problematikou zajištění zdravotně sociální péče o seniory. Důležitým krokem bude jistě vydání zákona o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, podrobné vydefinování následné a dlouhodobé péče o seniory a vytvoření legislativního rámce péče o seniory. Zatím je však evidentní nedostatečné zajištění následné a dlouhodobé péče o seniory v okrese Olomouc, zejména institucionální. Také se nabízí další problematické okruhy: nedostatečná koordinace mezi zdravotní a sociální péčí (následnou a dlouhodobou péčí), nedostatečná informovanost seniorů o možnostech následné a dlouhodobé péče, rovněž nutnost vzdělání a přípravy personálu v oblasti medicíny dlouhodobé péče. Existuje určitě řada dalších podnětů, jejichž úpravou a řešením by bylo možné přispět ke klidnému prožití poslední etapy lidského života, stáří.

## **2.8 Anotace**

Příjmení a jméno autora: MUDr. Bretšnajdrová Milena

Instituce: Oddělení geriatrie Fakultní nemocnice Olomouc

Název práce: Současný stav geriatrické a hospicové péče v regionu Olomouc

Školitel: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhD.

Počet stran:

Počet příloh:

Rok obhajoby:

Klíčová slova: seniři, demografie stárnutí, zařízení následné péče o seniory

Disertační práce se snaží vymezit pojem následné a dlouhodobé péče, včetně paliativní péče, a jejich význam pro seniory. Cílem práce je také podat charakteristiku jednotlivých zařízení následné a dlouhodobé péče v regionu Olomouc, jejich chronologický vývoj v období posledních dvaceti let (1989 - 2009). Byl zjištěn přesah zdravotně sociální péče o seniory v praxi.

Dále byly zjištěny deficit následné péče o seniory, její dostupnost v regionu Olomouc a existence rehospitalizací seniorů na oddělení geriatric FN Olomouc.

### **Abstract**

Name and Surname: MD. Bretšnajdrová Milena

Institution: Department of Geriatrics University Hospital Olomouc

Title: Current state of geriatric and hospice care in Olomouc region

Supervisor: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhD.

Number of pages:

Number of attachments:

Year of defense:

Keywords: seniors, aging demographics, after-care for the elderly

The dissertation seeks to define the concept of long-term and follow-up care, including palliative care and their importance for the elderly. The thesis also submits a description of facilities and long-term follow-up care in the region of Olomouc and their chronological development over the past twenty years (1989 - 2009). The outreach health care services for seniors in practice were found out.

A deficit of the after-care for the elderly, its availability in the region of Olomouc and the existence of rehospitalizations of seniors in the Department of Geriatrics, University Hospital Olomouc were also found out.

## Seznam tabulek

Tab. 1	Česká republika. Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, obě pohlaví (k 1.1.) - nízká varianta.....	s. 13
Tab. 2	Demografické stárnutí populace v ČR v historickém vývoji.....	s. 14
Tab. 3	Index stáří populace ČR v historickém vývoji .....	s. 15
Tab. 4	Předpokládané stárnutí populace v letech 2008-2060 Česká republika .....	s. 18
Tab. 5	Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, obě pohlaví (k 1.1.) bez migrace Česká republika .....	s. 18
Tab. 6	Dělení zařízení poskytujících lůžkovou následnou péči.....	s. 41
Tab. 7	Ambulantní složka následné péče.....	s. 49
Tab. 8	Následná a dlouhodobá péče v pohledu připravovaného zákona o zdravotnických službách.....	s. 53
Tab. 9	Struktura následné a dlouhodobé péče v regionu Olomouc poskytované v institucích a v domácnosti seniorů v pohledu připravovaného zákona .....	s. 53
Tab. 10	Přehled zařízení a agentur v okrese Olomouc dle zřizovatele.....	s. 78
Tab. 11	Chronologický nárůst zařízení následné péče v období 1989 - 2008 v regionu Olomouc .....	s. 86
Tab. 12	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.....	s. 88
Tab. 13	Přehled zařízení Domovy pro seniory v okrese Olomouc s vyjádřením možností ošetrovatelské péče .....	s. 89
Tab. 14	Přehled agentur poskytujících pečovatelskou službu v okrese Olomouc a blízkém okolí .....	s. 90
Tab. 15	Přehled denních stacionářů v okrese Olomouc a v blízkém okolí.....	s. 91
Tab. 16	Denní centra v okrese Olomouc a blízkém okolí.....	s. 91
Tab. 17	Domovy se zdravotním postižením (pro seniory) v okrese Olomouc a blízkém okolí .....	s. 92
Tab. 18	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením v okrese Olomouc a blízkém okolí .....	s. 92
Tab. 19	Přehled zařízení „Chráněné bydlení“ v Olomouci a blízkém okolí.....	s. 93
Tab. 20	Srovnání počtu obyvatelstva v Olomouckém kraji, okrese Olomouc a městě (obě pohlaví, muži, ženy) v letech 2003-2009 .....	s. 96



Tab. 21	Věkové složení obyvatelstva podle pohlaví v Olomouckém kraji, okrese a městě Olomouc k 31. 12. 2009 .....	s. 97
Tab. 22	Průměrný věk a index stáří obyvatelstva v Olomouckém kraji, okrese a městě Olomouc k 31. 12. 2009 .....	s. 99
Tab. 23	Index stáří v okresech Olomouckého kraje k 31.12.2009 .....	s. 100
Tab. 24	Věkové složení seniorů nad 65 let v Olomouckém kraji, okrese a městě Olomouc k 31. 12. 2009 .....	s. 101
Tab. 25	Demografická prognóza, procentuální zastoupení seniorů v populaci roce 2030, 2060, komparace Česká republika, Olomoucký kraj.....	s. 102
Tab. 26	Projekce obyvatelstva Olomouckého kraje/ Česká republika r. 2030, 2060 .....	s. 103
Tab. 27	Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, obě pohlaví (k 1.1.) (bez migrace) Olomoucký kraj .....	s. 104
Tab. 28	Přehled zařízení LDN a OLÚ v ČR.....	s. 106
Tab. 29	Následná péče, ošetrovatelská lůžka, v ČR, v kraji, okrese Olomouc 2010 vyjádření v procentech.....	s. 106
Tab. 30	Srovnání kapacity a počtu žádostí do ústavů v okrese Olomouc k 31.12.2010 ...	s. 107
Tab. 31	Komparace paliativní péče ČR/ okrese Olomouc 2010.....	s. 107
Tab. 32	Lůžka dlouhodobé péče DIP, DIOP v ČR, kraji, okrese Olomouc 2010 .....	s. 108
Tab. 33	Přehled sociálních lůžek v kraji, okrese Olomouc v roce 2010.....	s. 109
Tab. 34	Srovnání kapacity a počtu žádostí do Domovů pro seniory ve městě Olomouc k 31.12.2009 .....	s. 109
Tab. 35	Srovnání kapacity a počtu žádostí do zařízení Chráněné bydlení v Olomouci k 31.12.2009 .....	s. 110
Tab. 36	Přehled kapacity DPS ve městě Olomouc .....	s. 110
Tab. 37	Stávající stav následné péče v kraji, okrese Olomouc 2010.....	s. 111
Tab. 38	Požadovaný stav následné péče v kraji, okrese Olomouc .....	s. 113
Tab. 39	Požadovaný stav následné a dlouhodobé péče v kraji,okrese Olomouc, při zohlednění demografické prognózy.....	s. 114
Tab. 40	SWOT analýza.....	s. 116
Tab. 41	Počet propuštěných (přeložených) pacientů z odd. geriatric FNOL v roce 2010.	s. 117
Tab. 42	Počet rehospitalizací u vzorku pacientů na odd. geriatric v roce 2010 .....	s. 121

Tab. 43 Četnost hospitalizací u sledovaného vzorku nemocných v roce 2010 ..... s. 122

## Seznam grafů

Graf 1	Podíl osob 65+ a 80+ na obyvatelstvu celkem .....	s. 15
Graf 2	Index stáří podle pohlaví (počet osob 65+/0-14v%) .....	s. 16
Graf 3	Index stáří podle pohlaví (počet osob 80+/0-14 v%) .....	s. 17
Graf 4	Věkové složení obyvatelstva Olomouckého okresu (pro porovnání v čase r. 2001 a 2009) .....	s. 98
Graf 5	Věkové složení obyvatelstva Olomouckého kraje.....	s. 98
Graf 6	Index stáří v okresech Olomouckého kraje k 31.12.2009 .....	s. 100
Graf 7	Procentuální zastoupení seniorů populaci v roce 2030, 2060, komparace Česká republika, Olomoucký kraj .....	s. 102
Graf 8	Věkové složení obyvatelstva Olomouckého kraje v roce 2030 a v r 2060 (podle prognózy).....	s. 103
Graf 9	Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle věkových skupin v Olomouckém kraji do roku 2065 (bez migrace).....	s. 104
Graf 10	Srovnání kapacity a počtu žádostí do sociálních ústavů ve městě Olomouc.....	s. 111
Graf 11	Stávající stav následné péče v kraji Olomouc .....	s. 112
Graf 12	Stávající stav následné péče v okrese = regionu Olomouc 2010.....	s. 112
Graf 13	Požadovaný stav následné péče v kraji Olomouc.....	s. 113
Graf 14	Požadovaný stav následné péče v okrese = regionu Olomouc .....	s. 114

## Seznam literatury a pramenů

- ADEL Advocacie for frail and incompetent elderly in Europe. Výzkumný projekt. ISBN 978-80-244-2452-1
- ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1989. 439 s. ISBN 80-7038-044-6.
- BEDNÁŘ, Martin, HAUFTOVÁ, Dagmar (eds.). *Mění se úloha v rodině v péči o seniory?* Sborník příspěvků z odborné konference. 1.vyd. Olomouc : Moravskoslezská křesťanská akademie v Olomouc, Caritas – Vyšší odborná škola sociální Olomouc, Etická komise lékařské fakulty UP, Fakultní nemocnice Olomouc 2003.
- BEDNÁŘOVÁ, Dagmar et al. *Vybrané aspekty života seniorů*. 1. vyd. České Budějovice : Zemědělská fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2003. 76 s. ISBN 80-7040-641-0.
- BUZGOVÁ, R., IVANOVÁ, Kateřina. Doder abuse and mistreatment in residential settings,, *Nursing Ethics*. 16(+):110-26, 2009 Jan.
- BRUERA, E., HIGGINSON, I. RIPAMONTI, C. at al. *Textbook of Palliative Medicine*. 1. vyd. London: Edward Arnold, 2009. 1095 s. ISBN 978 0 340 810 187.
- COURTNEY, S., COX, J., Hospice and physician-assisted Death.. *Hastings center report*. September- October 2010, s.26- 35.
- Časopis Všeobecné zdravotní pojišťovny, léto 2009, s. 45
- ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Edukace seniorů : vznik, rozvoj, podněty pro geragogiku*. 1.vyd. Bratislava : Univerzita Komenského v Bratislave, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206-1.
- Diskuzní materiál MPSV, 2010.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DEBORAH, P., WALDR. P, RINFRETTE, S., *Making the transition to Hospice*. Death Studies, ISS. 2009, č. 33, s. 557-580.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol., *Výzkum v ošetrovatelství*, 1. vyd. Osveta, spol.s.r.o, Martin, 2006. 75 s. ISBN 80-8063-229-4.
- FILEC, V. Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicových zařízení v České republice /online/ /citováno 19.3.2007/ <[http://www.hospice.cz/hospice\\_1/data/pieštany.rtf](http://www.hospice.cz/hospice_1/data/pieštany.rtf)>
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Brno: Paido- edice pedagogické literatury, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

- GLADKIJ, Ivan, KOLDOVÁ, Zdenka. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3.vyd.Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1998. 173 s. ISBN 80- 244-1120-2.
- GLADKIJ, Ivan., STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika zdraví zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 109 s. ISBN 80- 244-0500-8.
- Gusta, S-G., Russel, A., *Meditace: Přijetí východního myšlení do západní sociální praxe. Journal of Religion and Spirituality in Social Work*. Vol. 26(2) 2007.
- GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš., STRNAD Ladislav. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80- 7013-272-8.
- GOLDMANN, Radoslav, CICHÁ, Martina. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 126 s. ISBN 80- 244-0970-0.
- GOLDMANN, Radoslav. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouc, 1998. 99 s. ISBN 80-244-0028-6
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038- 158- 2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha. Havlíček Brain Team, 2010. 365s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, 3. vyd. Praha : Galén, 2002. 272s. ISBN 80- 7262-132-7
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. ISBN 80- 7013- 363- 5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*. Vyd.1. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80- 7262-034-7.
- HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2.doplněné vyd. Praha : Česká alzheimrovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80- 86541- 12-6.
- HOLMEROVÁ, Iva. Stárnutí a dlouhodobá péče. *Zdravotnické noviny – Lékařské listy* Praha: Mladá fronta, a.s., ISSN0044-1996.2009, č.18, s3.
- HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena. Geriatrie – historický exkurz a současnost, *Zdravotnické noviny*. Praha : Mladá fronta, a.s. ISSN 0044-1996. 2010, roč. 59, s.22. 45,ročník 59, 2010, s.22
- HOLMEROVÁ, Iva, VÁLKOVÁ, Martina. Východiska dlouhodobé péče. *Zdravotnické noviny*. Praha : Mladá fronta, a.s. ISSN0044-1996. 2009, č.18, s 4-7.
- HOLMEROVÁ, Iva. Geriatrie 2010. *České geriatrické revue*. Praha. Medica Healthworld. a.s. ISSN 1214-0732. 2010, č. 8(1-2) s. 7-9.
- HOLMEROVÁ, Iva. Jaké geriatrické služby potřebujeme? *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč. (10) 4, 155 s.

- HWANG, U., MORRISON, S. The geriatric emergency department, Models of geriatric care, quality improvement and program dissemination, *Jags. Vyd. ISS. 2007. č. 55:*, s.1873-1876.- 7
- CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*, 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého Olomouc, 2003, 198s. ISBN 80-244-0765-5
- Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči.*, 1. vyd. Praha. Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80- 247-101-3.
- IVANOVÁ, Kateřina, KRÁLOVÁ, Jaroslava (eds). *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům ve zdraví nemoci.* 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 83 s. ISBN 80- 244-0696-9.
- JAN PAVEL II. *List papeže Jana Pavla II. starým lidem.* 1. vyd. Praha: Sekretariát České biskupské konference, 1999. 20 s.
- JANEČKOVÁ, Hana, MALINA, Antonín. Dlouhodobá péče o seniory z pohledu ekvity. *Zdravotnictví v České republice březen: Asociace pro rozvoj sociální lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Sdělovací technika spol. s r.o.* ISSN 1213-6050. 2008, březen I/XI, s. 26-28.
- JEDLIČKA, Václav et al. *Praktická gerontologie.* 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80- 7013-109-8.
- KALVACH, Zdeněk et al. *Úvod do gerontologie a geriatry – I. díl : gerontologie obecná a aplikační.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80- 7184-366-0.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatry a gerontologie.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-0247-0548-6.
- KALVACH.Z. The phenomenon of rectangularization of the survival curve in the Czech population as a result of the concept of successful aging and geriatric medicine. *Časopis lékařů českých.* UI:111911741 – 2000, Nov22, 139(23)::715-21.
- KALVACH, Zdeněk. Demografický vývoj z pohledu geriatry, *Zdravotnické noviny.* Praha : Mladá fronta, a.s. ISSN00- 1996.2003, roč. 54.
- KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří : pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* 1.vyd. Praha : Galén, 2006. 44 s. ISBN 80- 7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk. The concept of geriatric medicine and differentiated geriatric care. *Časopis lékařů Českých.* 2001, 140(22) Nov. 8, s.9-84.
- KALVACH, Z., MASKOVA,B., STEPAN,P. Teaching of geriatrics and gerontology at medical schools. *Sborník lékařský.* 2001, 102(1), s. 83-92.
- KALVACH,Zdeněk., ZADÁK Zdeněk., JIRÁK, Roman.,et al.,*Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 1. vyd. Praha : Grada publishing a.s., 2008, s.336
- KALVACH, Zdeněk. Geriatr musí být především člověk. *Zdravotnické noviny.* roč.56, č.49, 2007, s. 22-24.

- KALVACH Z. Geriatrii a následnou péči je nutno rozlišovat, *Zdravotnické noviny* č. 5.1999, s. 5-6.
- KALVACH Z. Nejsem si jist, *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, a.s. 2002, roč. 51, s. 23.
- KASALOVÁ, Hana. *Problémy starých občanů se sníženou soběstačností*. 1. vyd. Bratislava : Výskumný ústav práce a sociálních věcí, 1991. 78s. ISBN 80- 7138-046-6.
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha. Grada Publishing, a s. 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- Koncepce geriatrie, 1995 Interní grantová agentura MZ
- KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktualizované a doplněné vyd. Olomouc : ANAG, 2005. 303 s. ISBN 80- 7263-275-2.
- KRUCHBAU, T. geriatrics program. *Journal of gerontological nursing*. 2009, Vol.35, No.4. s. 218-223
- Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje 2009*, 1. vyd. Krajský úřad Olomouckého kraje, 2009, s. 111.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. Spol.s r.o., 2002. 200s. ISBN 80 247-0179-0. s. 139-153.
- KUBEŠOVÁ, Hana., HOLÍK, Jan., WEBER, Pavel. Pohled na praktického lékaře – geriatra první linie, *Zdravotnické noviny – Lékařské listy*. Praha: Mladá fronta, a.s. ISSN 0044-1996. 2001, č. 9, s. 10-13.
- LUŽNÝ, Jan. *Diplomová práce*. Kvalita života seniorů jako jedna z výzev zdravotně-sociální politiky 21 století., 2009.
- LEHR, Ursula. *Psychologie des Alterns*. 10. korrigierte Aufl. Wiebelsheim : Quelle-Meyer, 2003. 407 s. ISBN 3- 494-01337-3. s. 24.
- MADLOA Pavel., NEUWIRT Jiří., TOPINKOVA, Eva. Effectiveness od teaching gerontology and geriatrics in student sof the 1st Fakulty of Medicíně, Charles University in Prag, *Časopis lékařů Českých*,. 2006, roč. 145(9), s. 733-7.
- Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 /online/*. Praha :
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, (cit. 24.7.2007/. Přístup z: <http://www.mpsv.cz/files/članky/1205/madrid.pdf>
- MEZEY, M., MITTY, E., BURGER, S., G., at all, Healthcare Profesional Training: A Comparasion of geriatric competencies, *Jags* Vyd. ISS, 2008, roč. 56 s. 1724-172.
- MOLNÁR, Zdeněk. *Úvod do základů vědecké práce*, Sylabus pro potřeby semináře doktorandů. s 17.

MUHLPACHR, Pavel (ed.). *Schola gerontologica*. 1 vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

*Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012* /online/. Praha :

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, /cit. 6.12.2008/. Přístup z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

*Olomoucký rádce nejen pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc : Statutární město Olomouc, 2004, 104 s.

*Olomoucký rádce nejen pro seniory*. 1 vyd. Olomouc : Statutární město Olomouc, 2006, 88 s.

OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha : Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995, 27 s.

PACOVSKÝ, Vladimír et al. *Gerontologické minimum*. 1 vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1988. 60 s.

PACOVSKÝ, Vladimír. HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. 1 vyd. Praha : Avicenum, 1981. 304 s.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*, 1 vyd. Praha : Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.

PAULÍK, Karel (ed). Uplatnění věd o člověku v sociální práci. 1. vyd. Ostrava – Filosofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2005. 208 s. ISBN 80-7042-690-X.

PETRUŽELKA, Ladislav. Osobní přístup a dobrá paliativní péče, *Zdravotnické noviny*. Praha : Mladá fronta, a.s. ISSN0044-1996. 2009, č. 25, s. 12

PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabele. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

POLEDNÍKOVÁ, Ivana. Geriatrické a gerontologické ošetřovatelství. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

PŘEHNAL, Jaroslav. Nemocniční geriatrická oddělení, *Zdravotnické noviny - Lékařské listy* Praha: Mladá fronta, a. ISSN0044-1996. 2007, č. 12.s. 19.

PŘEHNAL, Jaroslav. Geriatrická ambulance, *Zdravotnické noviny- Lékařské listy*. Praha : Mladá fronta, a.s. ISSN0044-1996. 2007, č.12, 4-5.

PODIVÍNSKÝ, Jiří. Léčebný ústav Moravský Beroun vykročil. *Česká geriatrická revue*. Praha: Medica Haelthworld, a.s. 2008, 6 (1), s. 59

Rámcový komunitní plán sociálních služeb v Olomouc na období let 2007 – 2008. 1. vyd. Olomouc : Studio TRUNTY, 2006.

RABUŠIC, Ladislav (ed). *Česká společnost a seniři : sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti*. Texty celostátní konference. 1.vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 1997. 189 s. ISBN 80-210-1729-5.



- RABUŠIC, Ladislav, VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. 67 s.
- RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. 1. vyd- Brno : Filosofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, 1995. 192 s. ISBN 80- 210- 1155-6.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd.Praha : Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80- 7169-828-8.
- ROSENMAYR, Leopold. *Alterwerden als Erlebnis*. 1. Aufl. Wien : *Jurnal Zeitschriftenverlag*, 1988. 155 s. ISBN 3- 9003- 7919-X.
- ROGERS, T. *Hospice Myths: What is Hospice Really About? Pennsylvania Nurse*, 2008.
- RÝZNAR, Václav. *Poskytování zdravotní péče v Olomouckém kraji, Krajský lexikon zdraví*, 2005.
- SIMON, Gertrud, HARING, Solveig et al. *Alter als Herausforderung – Band 1: soziale Teilhabe und Integration älterer Menschen*. 1 Aufl. Graz : Leykam, 1999. 168 s. ISBN 3- 7011-7417-2.
- SLÁMA,O.,KABELKA, L.,VORLÍČEK,J. *Paliativní medicína pro praxi*, Vyd, Galén, 2007, 215 s. ISBN 80- 7262-505-5.
- SKÁLOVÁ, A. *Seniorům se nedostává adekvátní léčby, Zdravotnické noviny*, Praha:Mladá fronta, a.s. 2006, s. roč 55, s. 28.
- SCHROETER, Klaus, R., PRAHL, Hans-Werner. *Sociologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe*. 1. Aufl.Weinheim und Basel : Beltz Verlag, 1999. 189 s. ISBN 3- 407- 55818-X.
- SOUČEK, Zdeněk. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*,. 1. vyd. Editrion: Professional Publishing, 2006. 196 s. ISBN 80- 86946-18-5.
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2009 – 2010*. 1. vyd. Olomouc : Olomoucký kraj Olomouc. 98 s.
- SVĚT, L. *Co přinese kategorizace poskytovatelů domácí zdravotní péče? Příloha zdravotnických novin*, Praha:Mladá fronta,a.s. 2003, č.14,s.17.
- SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří : kapitoly z gernontosciologie*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- SÝKOROVÁ, Dana. (a kol.). *Senioři ve společnosti.: strategie zachování osobní autonomie*. 1.vyd. Ostrava. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. 114 s. ISBN 80- 7356- 023-9.
- SÝKOROVÁ, Dana., CHYTIL, Oldřich. (eds). *Autonomie ve stáří : strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 234 s. ISBN 80- 7326-026-3.

- ŠIPR, Květoslav. Konference křesťanských lékařů, *Skripta Bioethica*, Etické aspekty praktického lékařství, Scripta Bioethica, 1996, číslo 13, s. 22.
- ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha. Grada publishing, a.s., 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
- ŠVEC, Štefan a kol. *Metodologia vied o výchově*. 1. vyd, PhDr. Milan Štefanko - Vydavateľstvo IRIS, 1998, s 303. ISBN 80- 88778-73-5.
- TAVEL, Peter. *Psychologické problémy ve stáří*. 1. vyd. Občanské združenie Schola Philosophica Pusté Úlany, 2009. 278s. ISBN 978-80-969823-7-0. s. 10.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005, 270. ISBN 80-7262-365-6.
- TOPINKOVÁ, Eva. Geriatric v roce 2002. *Zdravotnické noviny – příloha*, Praha. Mladá fronta, a.s. ISSN0044-1996. 2002, s.118 – 119.
- TOPINKOVÁ, Eva. Co je a co není geriatric, Lékařské listy, příloha *Zdravotnických novin* Praha: Mladá fronta, a.s. ISSN0044-1996, 2007. č. 12, s.3-4.
- TOPINKOVÁ, Eva., Dlouhověkost – hrozba nebo triumf? *Zdravotnické noviny*, Praha : Mladá fronta, a.s. ISSN0044-1996. 2003, roč. 50, mimořádná příloha, s. 50- 51.
- TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká Geriatrická revue* I/2004 s. 14.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus : průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1 vyd. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- TVAROH, František. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1983. 525 s.
- VESELÁ, Jitka. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2002. 25 s.
- VESELÁ, Jitka. *Sociální služby a jejich poptávka*. 1. vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001. 24 s
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80- 71078-214-9.
- Vědecké metody ve společenských vědách, s. 13- 14 internetový zdroj : [www.doctorandus.info/info/e\\_kapitoly\\_vedecké\\_metody.doc](http://www.doctorandus.info/info/e_kapitoly_vedecké_metody.doc).
- Věstník Ministerstva zdravotnictví, metodická opatření, *koncepce následné lůžkové péče*, 1998, Částka 9.
- VOHRALÍKOVÁ, Lenka, RABUŠIC, Ladislav. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Brno : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Výzkumné centrum Brno, 2004. 90 s.

- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 101/2002 Sb., Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2002. K vydání připravila Česká lékařská komora ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví ČR, 2002, s.654.
- Vyhláška číslo 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení. Státní sociální podpora, sociální péče, působnost v jednotlivých orgánech*. Edice Úplné znění, číslo 617. Ostrava : Sagit, 2007, s. 180- 204. ISBN 978- 80-7208-625-2.
- Vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.
- VAĎUROVÁ, Helena, MUHLPACHR, Pavel. *Kvalita života*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně. 2005. 143 s. ISBN 80- 210-3754-7.
- WAHL, Hans-Werner, HEYL, Vera. *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. 1. Aufl Stuttgart: Kohlhammer, 2004, 247 s. ISBN 3- 17-017582-3.
- WITERSÄTTER, Kurt. *Sociologie für die Altenarbeit*. 8. überarbeitete Aufl. Freiburg im Breisgau : Lambertus, 1992. 164s. ISBN 3-7841-0646-3.
- VOZEHOVA, S., ZIKMUNDOÁ, K., ZAVAZALOVA, V., et al. Trends in primary health care consumption by the elderly. *Acta Medica Austriaca*. 2008, roč.30(2), s.:48-50.
- WARSHAW, G., BRAGG, J., FRIED, L., P., HALL, W., J. Which patients benefit th most from a geriatrician's care? Concensus Aminy Diretors of geriatrics Academic programs. Speciál Series: The association of directonrs of geriatric academic programs symposium. *Jurnal compilation, Jags*. 2008, roč. 56:1796, s180.
- WEBER, Pavel. a kol. *Minimum z klinické gerontologie*. 1Vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- WEBER, P., New inerventional gerontology in the geriatrization era of medicíně, *Vnitřní lékařství, UI: 15635856, roč. 2001 Feb.* 47(2) 106-10.
- Výroční zpráva : Fakultní nemocnice Olomouc. Vydáno v roce 2006 ke 110. výročí Fakultní nemocnice v Olomouci.
- Výroční zpráva: Odborný léčebný ústav Moravský Beroun. Vydal OLÚ Moravský Beroun. Tisk: Tiskárna Seritech s.r.o. Šternberk 2007.
- Výroční zpráva : Léčebny dlouhodobě nemocných v Pasece. Vydal LDN Paseka. Tisk RET Šternberk 2005.
- Výroční zpráva: Hospic na sv. Kopečku na rok 2007. Zpracovalo diecézní středisko Arcidiecézní charity Olomouc. Tisk: Tiskárna Křupka Mohelnice 2007
- Výroční zpráva *Výroční zpráva* Domov pro seniory Dolany – Véska, Vyd, DPS Véska u Olomouce, 2006.
- Výroční zpráva* Domu pokojného stáří sv. Anny, Velká Bystřice, 2007

Výroční zpráva, Interna Zábřeh s.r.o Léčebna s ošetrovatelskými lůžky.2005

Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení. Státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní existenční minimum, působnost v jednotlivých orgánech*. Edice Úplné znění, číslo 617. Ostrava : Sagit, 2007, s. 141 – 179. ISBN 978- 80-7208-625-2.

*Zásady OSN pro seniory* /online/. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, /cit. 11.5.2005/. Přístup z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>

ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80- 246- 0326-8.

Zdraví - zdraví do 21. století.. 1.vyd. Světová zdravotnická organizace, 2001.147 s.ISBN 80-85041-19-5.

ŽIAKOVÁ, K., a kol. *Ošetrovatelstva teoria a vedecký výskum*, 1. vyd, Osveta 2009, 322. ISBN 978-80-8063-304-2

#### **Další internetové zdroje:**

<http://www.domaci-peceinfo/komu-je-urcena-domaci-pece->

<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>

<http://hospice.cz/eccehomo/zadost.rtf>

<http://www.czso.cz> Český statistický úřad

<http://www.who.int> Světová zdravotnická organizace

<http://www.hospice.cz>

# Přehled přednáškově a publikační činnosti

## Publikace

**Bretšnajdrová, M., Terrichová, M., Závodný, P.** Kalcium a vitamin D u seniorů, *Medicína pro praxi* č. 4. 2011, ISSN 1214-8687

**Bretšnajdrová, M.** Výživa seniorů, malnutrice a role doplňků stravy, vitamínů. *Zdravotnické noviny*, 18/2010, příloha *Lékařské listy*.

**Bretšnajdrová, M., Závodný, P.** Jak se stárne na střední Moravě? *Praktický lékař*. 6/2008

**Bretšnajdrová M., Závodný P.** Rozvoj hospicové péče v Olomouci. *Praktický lékař* 9/88.

**Bretšnajdrová, M., Terrichová, M.** Zdravotní charakteristika klienta sociální zařízení. *Gerontologické aktuality*. 1/2004

**Bretšnajdrová, M.** Vliv duchovní péče na kvalitu života v terminální fázi. *Sborník přednášek Důstojné umírání*. ISBN 978-80-244-2016-5

## Abstrakta přednášek

1. **Bretšnajdrová, M., Terrichová, M.** Zdravotní charakteristika klienta sociálního zařízení. Mezinárodní konference organizovaná Geriatrickou společností, Praha, 20.5.2004
2. **Bretšnajdrová, M.** Paliativní péče v ošetrovatelství. Mezinárodní konference ošetrovatelství, Olomouc, 8.9.2004
3. **Bretšnajdrová, M.** Bio-psycho-sociální problematika stárnutí. Pražské gerontologické dny. Praha, *Sborník přednášek*.
4. **Bretšnajdrová, M.** Antiagregační léčba ve stáří. Pražské gerontologické dny, Praha, 31.5.2007. *Sborník přednášek*.
5. **Bretšnajdrová, M.** Charakteristika geriatrického pacienta. Kongres praktických lékařů v Olomouci, 20.4.2006
6. **Bretšnajdrová, M.** Význam sledování stavu nutriční u seniorů

## Seznam přednášek

1. **Bretšnajdrová, M.** Současný stav geriatrické péče o pacienty starší 65 let. *Krajská asociace ÚSP Olomouckého kraje*, 1.9.2003.

2. **Bretšnajdrová, M.** Problémy geriatrických pacientů s insomnií. Klinický seminář odd. geriatricke. Fakultní nemocnice v Olomouci, 8.10.2003
3. **Bretšnajdrová, M.** Léčebné možnosti u geriatrických pacientů v případě úzkostných stavů. Odborný seminář pořádaný ve spolupráci s Českou asociací sester, 21.10.2004
4. **Bretšnajdrová, M.** Možnosti a meze současné ambulantní a ústavní geriatrické péče. Moravsko-Slezská křesťanská akademie, Caritas, Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc, 8.11.2004
5. **Bretšnajdrová, M.** Léčba bolesti u geriatrických pacientů, Odborný seminář ve spolupráci s Českou asociací sester, 13.11.2004
6. **Bretšnajdrová, M.** Paliativní medicína – hospicová péče – úvod do problematiky. Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, 12.11.2004
7. **Bretšnajdrová, M.** Hospicová péče v regionu Olomouc. Odborný seminář pořádaný Českou asociací sester, 26.2.2004
8. **Bretšnajdrová, M.** Geriatrický nemocný a poruchy lipidů. Klinický seminář odd. geriatricke FN Olomouc, 7.4.2004
9. **Bretšnajdrová, M., Terrichová, M.:** Zdravotní charakteristika klienta sociálního zařízení. Mezinárodní konference organizovaná Geriatrickou společností „Zdravé Stárnutí“, 20.5.2004
10. **Bretšnajdrová, M.** Paliativní péče v ošetrovatelství. Mezinárodní konference ošetrovatelství, 8.9.2004
11. **Bretšnajdrová, M.** Symptomatická léčba u geriatrických pacientů. Klinický seminář pro lékaře, 6.10.2004
12. **Bretšnajdrová, M.** Nejčastější příznaky u geriatrických klientů. Česká katolická charita, Velehrad, 30.11.2004
13. **Bretšnajdrová, M.** Vybrané aspekty paliativní péče v geriatricke. Klinický seminář pro lékaře FN Olomouc, 9.2.2005
14. **Bretšnajdrová, M.** Stáří a pohybový aparát. Evropské poradenství a informační centrum Olomouc, 24.3.2005
15. **Bretšnajdrová, M.** Srdeční choroby a stáří. Evropské poradenství a informační centrum Olomouc, 12.5.2005
16. **Bretšnajdrová, M.** Charakteristika geriatrického pacienta. Spolek lékařů ČSL, JEP, Olomouc. 11.6.2005
17. **Bretšnajdrová, M.** Antiagregační terapie ve stáří. Klinický seminář odd. geriatricke FN Olomouc, 14.12.2005
18. **Bretšnajdrová, M.** Osteoporóza – řídnutí kostí, prevence, léčba. Česká katolická charita, Velehrad, 22.11.2005

19. **Bretšnajdrová, M.** Onemocnění štítné žlázy ve stáří. Česká katolická Charita. Velehrad, 22.11.2005
20. **Bretšnajdrová, M.** Vybrané problémy revmatologie v geriatrii. Klinický seminář odd. geriatric FN Olomouc, 5.4.2006
21. **Bretšnajdrová, M.** Charakteristika a specifika geriatrického pacienta. Kongres praktických lékařů v Olomouci, 20.4.2006
22. **Bretšnajdrová, M.** Cévní mozkové příhody - nové poznatky v prevenci, diagnostice a léčbě u seniorů. Vzdělávací seminář pro vrchní sestry České katolické charity, Velehrad, 24.5.2006
23. **Bretšnajdrová, M.** Ischemická choroba srdeční - aktuální pohled na nejčastější chorobu stáří. Česká katolická charita, Vzdělávací seminář, Velehrad. 24.5.2006.
24. **Bretšnajdrová, M.** Stručná charakteristika rozvoje geriatrické péče v regionu Olomouc. Pražské gerontologické dny. Praha, 1.6.2006
25. **Bretšnajdrová, M.** Častá onemocnění štítné žlázy. Krajská asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, Olomouc, 27.9.2006
26. **Bretšnajdrová, M.** Potřebují staří nemocní na odd. geriatric duchovní péči Moravsko-slezská křesťanská akademie Olomouc, 21.10.2006
27. **Bretšnajdrová, M.** Diabetes mellitus ve stáří. Česká katolická charita, setkání vrchních sester, Velehrad, 22.11.2006
28. **Bretšnajdrová, M.** Antikoagulační léčba ve stáří. Klinický seminář lékařů odd. geriatric FN Olomouc, 13.12.2006
29. **Bretšnajdrová, M.** Předoperační vyšetření u seniorů. Klinický seminář lékařů odd. geriatric FN Olomouc, 18.4.2007
30. **Bretšnajdrová, M.** Antiagregační léčba ve stáří. Pražské gerontologické dny
31. **Bretšnajdrová, M.** Vliv duchovní péče na kvalitu života v terminální fázi. Mezinárodní konference ošetřovatelství. Olomouc, 4.12.2007
32. **Bretšnajdrová, M.** Alzheimerova demence ve stáří. Konference České katolické charity Velehrad, 19.4.2008
33. **Bretšnajdrová, M.** Novinky v léčbě osteoporózy u seniorů. Klinický seminář odd. geriatric FN Olomouc, 23.4.2008
34. **Bretšnajdrová, M.** Paliativní péče v geriatrii, 8.10.2008, klinický seminář lékařů odd. geriatric FN Olomouc
35. **Bretšnajdrová, M.,** degenerativní onemocnění kloubů u seniorů, 23.10.2008, Konference pro zdravotnické pracovníky v ústavech sociální péče

36. **Bretšnajdrová, M.**, Předoperační vyšetření u seniora, 5.11.2008, Přednáškový večer Spolku lékařů v Olomouci
37. **Bretšnajdrová, M.** Syndrom instability s pády, 22.4.2009, klinický seminář pro lékaře odd. geriatry FN Olomouc
38. **Bretšnajdrová M.**, Možnosti laboratorního hodnocení nutrice u seniora, 16.12.2009, Klinický seminář pro lékaře odd. geriatry FN Olomouc.
39. **Bretšnajdrová, M.** Léčba diabetu ve stáří, 22.9.2009, Konference pro zdravotnické pracovníky v ústavech sociální péče
40. **Bretšnajdrová, M.** Nejčastější GIT problémy v séniu, 11.5.2009 Konference pro zdravotnické pracovníky v ústavech sociální péče
41. **Bretšnajdrová, M.** Infekční komplikace ve stáří, 12.5.2010, Klinický seminář pro lékaře odd. geriatry FN Olomouc
42. **Bretšnajdrová, M.**, Patofyziologie procesu stárnutí, 10.6.2010, Pracovní setkání vedoucích pracovníků Domovů pro seniory a Domovů pro osoby se zdravotním postižením
43. **Bretšnajdrová, M.** Choroby oběhové soustavy u seniorů, problematika terapie Warfarinem, 19.10.2010 Konference zdravotnických pracovníků v ústavech sociální péče.
44. **Bretšnajdrová, M.** Metodické pokyny pro farmakoterapii chronické nenádorové bolesti, Klinický seminář pro lékaře odd. geriatry FN Olomouc 6.10.2010
45. **Hošťálková, Závodný, Bretšnajdrová, Matějková**, Klinická pastorační péče a její poskytování ve FN Olomouc, 4.11.2010, Olomouc kasuistická
46. **Bretšnajdrová, M.** Koncepce dlouhodobé a následné péče v ČR. Klinický seminář pro lékaře odd. geriatry FNOL. 13.4.2011
47. **Bretšnajdrová M.**, Terrichová.,M. Současný stav dlouhodobé péče v regionu Olomouc, Pražské gerontologické dny 26.5.2011