



## **Kurz Pracovník péče seniory**

# **Služby asistovaného bydlení v domácí péči a komunitním prostředí pro seniory**

---

**Využívání služeb asistovaného bydlení**

**2014-1-CZ01-KA202-002058**

## 2. Využívání služeb asistovaného bydlení

Řešení služeb asistovaného bydlení (AAL - Ambient Assisted Living) mohou život svých uživatelů – seniorů učinit jednodušší a nezávislejší. Vytváření úspěšných řešení AAL v oblasti informačních a komunikačních technologií je důležitou a potenciálně i velice odměňující činností, může být ale zároveň i problematické: odměňující proto, že řešení AAL nabízejí svým uživatelům nezávislost a podporu a poskytovatelům technologie ekonomickou odměnu; Problematickou proto, že technologie se nesnadno vyvíjejí a různé potřeby uživatelů lze jen zřídka uspokojit jednotlivým řešením. Řešení AAL se zabývají mnoha různými skupinami uživatelů, někdy nazývanými koncovými uživateli AAL nebo zainteresovanými subjekty AAL. Skupiny uživatelů AAL mohou být klasifikovány do primárních, sekundárních a terciárních skupin uživatelů.

1. **Primární koncoví uživatelé** jsou senioři, kteří používají AAL řešení.
  2. **Sekundární koncoví uživatelé** jsou osoby (rodina, přátelé, sousedi), společnosti nebo organizace, které používají AAL řešení ve prospěch primárních koncových uživatelů. Tato skupina používá a těží z produktů či služeb AAL přímo (např. v domově primárního uživatele nebo na dálku) nebo nepřímo, když jsou potřeby péče primárních koncových uživatelů zredukovány.
  3. **Terciární koncoví uživatelé** jsou instituce a soukromé nebo veřejné organizace, které nejsou v přímém kontaktu s řešením AAL, ale které hrají roli při poskytování, financování nebo uvedení do provozu. Do této skupiny patří organizátoři služeb veřejného sektoru, systémy sociálního zabezpečení či pojišťovny. Využívají zvýšené efektivity a výkonnosti, kterou poskytují řešení AAL z hlediska snížení nákladů nebo omezení rostoucích nákladů ve střednědobém a dlouhodobém horizontu.
- Uvedená kategorizace však také závisí na řešení AAL; Například pokud je řešením software, který spojuje lékaře a seniory, oba jsou primárními uživateli, ale když software spojuje seniory s ostatními a umožňuje jim vzájemnou komunikaci, jsou to primární uživatelé. Analýza požadavků všech těchto skupin uživatelů velmi brzy ve vývojovém procesu je velmi užitečná pro zajištění úspěchu řešení AAL. Toho lze dosáhnout například zahrnutím uživatelů do procesu vývoje, ale také prostřednictvím sekundárních dat (není třeba replikovat stejnou práci, ale dozvědět se o potřebách uživatelů prostřednictvím již provedeného

výzkumu). Bez spolehlivých znalostí konkrétních uživatelů by mohly být zanedbány důležité požadavky (např. kdy pojišťovna platí za technologii?), což může být později hlavní překážkou při zavádění systému na trh.

## 2.1. Senioři jako primární uživatelé služby AAL

Služby asistovaného bydlení (AAL) se snaží zlepšit kvalitu života starších osob. Zaměřují se na potřeby seniorů spojené s věkem, od zdravotního postižení až po změny v jejich společenském životě a od požadavků na mobilitu až po poskytování péče. Nicméně, stále časté vnímání, že AAL je pro staré, nemovité a osamělé lidi, kteří potřebují péči, ale kteří odmítají používat technologii (kromě televize) je zkreslené. Ačkoli někteří senioři trpí deficitem souvisejícím s věkem, není to úplný obraz jejich života. Starší lidé (ve věku od 65 do 85 let) mohou být také velmi aktivní:

- 30% až 80% seniorů nad 65 let stále cestuje.
- V průměru senioři tráví 5 z každých 7 dní mimo své domovy.
- 68% seniorů má své vlastní vozy.
- Dvě třetiny seniorů mají partnera.
- 75% seniorů jsou prarodiči.
- Přibližně 70% seniorů s dětmi je vidí několikrát za měsíc nebo týden.
- Pouze 4% seniorů se cítí osamělí (v korelaci se zdravotními problémy a absencí partnera).
- 45% seniorů je zapojeno do dobrovolnické činnosti.
- 42% seniorů se cítí být zdraví nebo velmi zdraví (Becker, 2007).

Někteří senioři se starají o své rodiče, děti svých dětí, sousedy nebo přátele. To znamená, že nejenže potřebují péči, ale také poskytují péči. Proto je důležité klást si otázky o stereotypních představách o starších lidech a ujistit se, že návrh řešení AAL je založen na nových empirických údajích namísto nerealistických předsudků nebo pouhých dohadů.

Zjištěná data by měla být zkontrolována pro rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. V každém projektu AAL jsou data počátečním východiskem pro pochopení široké škály životních stylů seniorů, jejich nejnaléhavějších potřeb a toho, jak mohou řešení AAL pro ně vytvářet

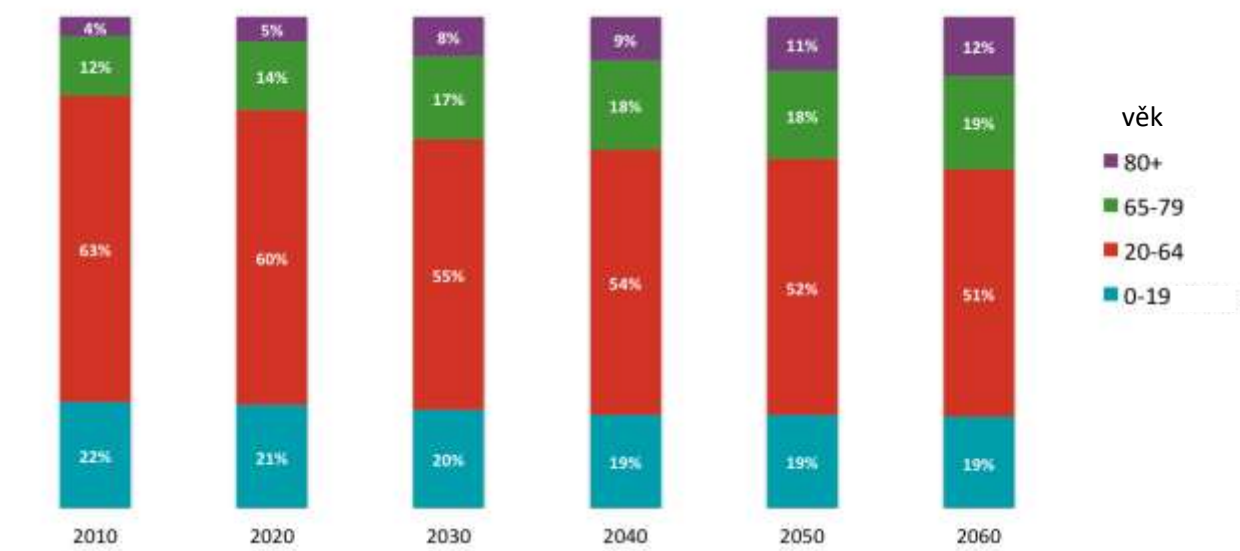


přidanou hodnotu. Také je v našem případě velmi důležité, abychom vzali v úvahu životní stadia, ve kterých se senioři nacházejí.

Při navrhování produktů pro starší uživatele je důležité vědět, že seniory nelze považovat za homogenní populaci, ale že zahrnují různé podskupiny. Základní diferenciací je mezi třetím a čtvrtým věkem, jak je uvedeno v Laslettově (1991) modelu:

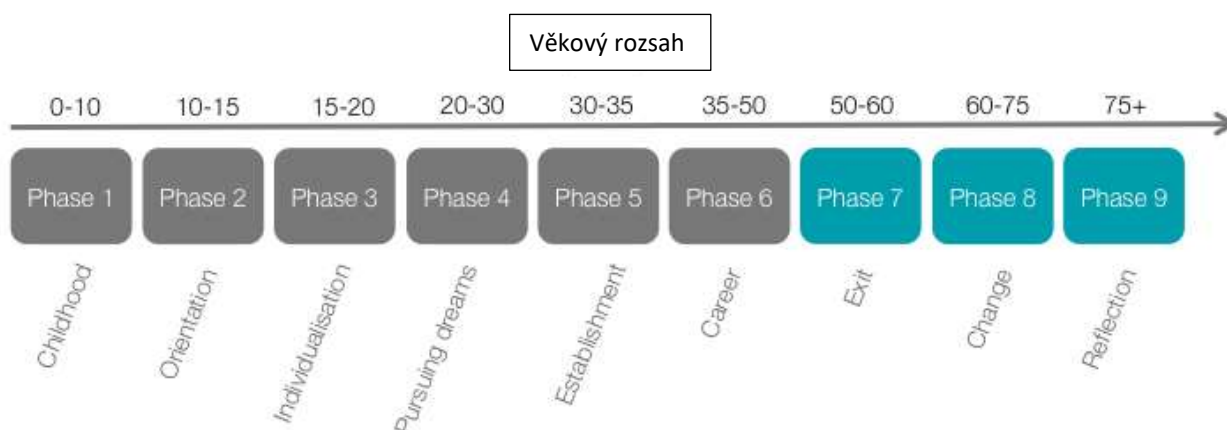
**Třetí věk** (mladý starý) popisuje životní fázi zdravého a aktivního života starších osob, která se vyznačuje pokračováním bývalého životního stylu seniora po odchodu do důchodu (přibližně od 65 do 80 let). Implikace tohoto období jsou spíše pozitivní a jsou definovány osobním úspěchem a naplněním.

**Čtvrtý věk** (nejstarší starý), začíná zhruba v 80 letech, je spojen se zhoršováním zdraví a snižováním nezávislosti. Vysoký věk vede často ke ztrátě tělesné hmotnosti, snížené pohyblivosti, rychlejší únavě a snížené fyzické aktivitě. Komorbidita (tj. stav při současném postižení několika chorobami), potřeba rezidenční péče, lékařských a pečovatelských služeb se zvyšují. Na rozdíl od třetího věku je tato životní etapa charakterizována biologickými a psychologickými dysfunkcemi, závislostí a blížící se smrtí. Obrázek níže ukazuje, že poměr četnosti populace mezi těmito dvěma věkovými skupinami (odpovídající přibližně zelené a fialové věkové skupině) bude v příštích desetiletích v zemích EU neustále vzrůstat.





Jiným přístupem k rozlišování mezi podskupinami seniorů je podrobněji zaměřit se na věková rozmezí, která souvisejí se specifickými životními tématy (nebo událostmi životního cyklu - LCE), jimž se lidé typicky věnují, například dětmi opouštějícími domov, odchodem do důchodu nebo se stávají prarodiči. Obrázek níže ukazuje základní model vyvinutý pro německou populaci, který se v jiných zemích může mírně lišit v závislosti na konkrétních historických událostech nebo pravidlech odchodu do důchodu.



Z perspektivy AAL je obzvláště zajímavé zvážit problémy, se kterými se lidé zabývají od 50 let věku:

**Fáze 7 - Příprava na pracovní exit (50 až 59 let):** od 50 let věku lidé začínají plánovat svůj odchod do důchodu ve věku mezi 60 až 65 lety, a to i přesto, že oficiální důchodový věk je obvykle vyšší (EUROSTAT, 2014). V této fázi si lidé uvědomují, že stárnou a začnou ztrácet své blízké: děti budoucích seniorů opouštějí domov a jejich rodiče stárnou, přičemž jejich role se mohou změnit tak, že z příjemců péče se stávají pečovatelé. Míra rozvodu je navíc v této skupině relativně vysoká (asi 25% všech rozvodů). V souladu s těmito změnami se jejich životní prostředí často mění, například přesunem do nového (menšího) domu, novým nábytkem nebo jiným využitím jejich domovského prostoru.

**Fáze 8 - Změna a zkušenosti (60 až 74 let):** V této fázi, kdy senioři odcházejí do důchodu, si reorganizují nově svůj volný čas na koníčky nebo událost, na které neměli dosud dostatek času, aby se cítili dobře, nebo potřebně: cestování, kulturní aktivity, učení se novým dovednostem nebo dobrovolnická práce. Jejich finanční možnosti jsou obvykle vyšší než



předtím, protože jejich domovy byly splaceny a jejich děti jsou nezávislé. Zaměřením této věkové skupiny je užívání času a aktivita.

**Fáze 9 - Reflexe a redukce (75 let a starší):** Dokud jsou senioři v této fázi stále zdraví, snaží se prodloužit vymoženosti minulé fáze tak dlouho, jak je to možné, a zároveň se snaží kompenzovat omezení související s věkem nebo se zdravím. Důraz je kladen stále častěji na sociální kontakty a činnosti považované za nejdůležitější. Vzhledem k tomu, že velmi vysoce oceňují svůj zbývajíc čas, jsou méně schopní tolerovat nepodstatné problémy, selhání nebo zklamání. Pokud v jejich životě zavládnou onemocnění a nemoci, podpora ostatních se stává velmi důležitá.

Tato životní témata poskytují základní představu o různých cílových skupinách a jejich potřebách k řešení a podpoře službami asistovaného bydlení AAL.

## 2.2. Sekundární a terciální uživatelé služby AAL

Senioři obvykle nejsou jedinými uživateli technologií AAL (Ambient Assisted Living): jejich příbuzní, profesionální pečovatelé, lékaři, zaměstnanci rezidenčních domů, správci nemovitostí, atd. jsou často také zainteresováni při instalaci řešení AAL. Tyto další zúčastněné strany a jejich zájmy a potřeby by proto měly být také začleněny do procesu vývoje. Následující sekce poskytují informace o těchto skupinách uživatelů, u kterých je třeba zajistit, aby jejich požadavky byly zahrnuty do návrhu technologie.

### 2.2.1. Příbuzní a neformální pečovatelé

O seniory ve věku 50 let a starší většinou pečují jejich děti nebo družky/druzí (viz tabulka níže); Dvě třetiny těchto opatrovatelů jsou ženy. Ve střední Evropě družka poskytuje 42,3% intenzivní péče, na rozdíl od 3,4% neintenzivní péče. V jižní Evropě však děti a další příbuzní poskytují intenzivní péči častěji. Pokud se opatrovatelé již nemohou starat o své partnery, jejich děti (nebo nevlastní děti) obvykle převezmou péči. Tyto děti jsou v průměru o 25 let mladší než příjemci péče a - v závislosti na jejich věku - mohou také mít mírné zdravotní potíže.

Země	Druh/družka	Děti	Příbuzní	Přátelé
Rakousko	36,3	34,7	14,7	16,8
Belgie	33,7	40,4	16,6	23,4
Dánsko	39,7	41,3	15,9	20,9
Francie	31,8	40,5	19,6	13,7
Německo	34,9	44,2	13,0	21,5
Řecko	33,2	35,2	14,9	14,7
Irsko	28,5	35,2	22,4	18,8
Itálie	23,1	36,2	22,6	24,1
Nizozemí	27,4	46,9	17,2	24,7



Polsko	33,8	10,6	27,9	8,0
Španělsko	28,0	39,9	20,6	10,9
Švédsko	26,5	48,5	19,0	18,1
Spojené království	34,1	32,2	5,4	27,4

Procento pečovatелů ve vztahu k příjemci péče a podle země (OECD, 2011).

Zatímco se nezdá se, že by péče ovlivňovala pracovní rozhodnutí při nízkých úrovních intenzity (méně než 10 hodin týdně) a při péči mimo domov, je důležitá pro poskytovatele intenzivní péče a spolubydlící pečovatele. Poskytovatelé intenzivní péče jsou častěji sebezaměstnaní a je méně pravděpodobné, že budou zaměstnaní. Pokud stále pracují, většinou pracují na zkrácenou pracovní dobu nebo přestanou pracovat. Důvodem je, že poskytování osobní péče může být velmi náročným úkolem, který není slučitelný se zaměstnáním na plný nebo dokonce částečný úvazek. Současná pracovní místa často nejsou dostatečně flexibilní, pokud jde o pracovní dobu, nebo neposkytují dostatek možností ke sloučení s pečovatelskými povinnostmi. Pečovatelské povinnosti mohou být také časově nepředvídatelné v obdobích zvýšené intenzity, což by mohlo vést ke krátkodobé nepřítomnosti v práci. Proto je péče v různých zemích (s výjimkou jižní Evropy) spojena s vyšší pravděpodobností chudoby, zejména u žen.

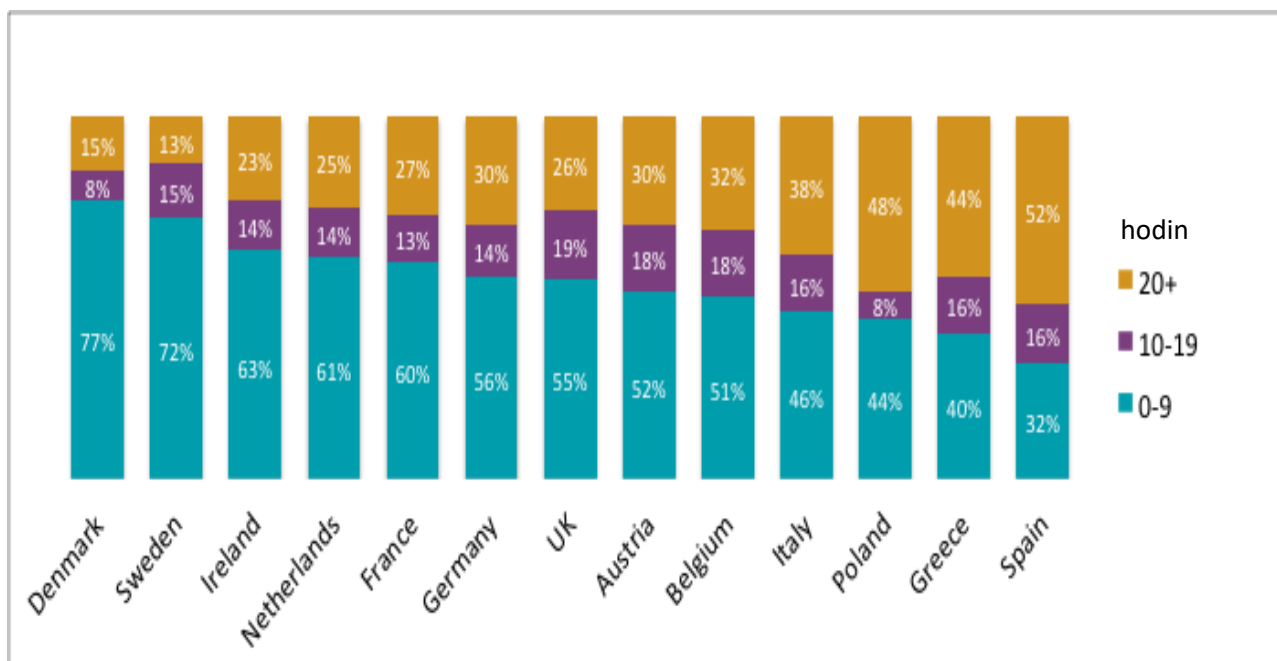
Intenzita poskytované péče se liší podle aktivit každodenního života (ADL), omezeními seniorů, stejně jako mezi zeměmi (viz následující obrázky níže). Pečující příbuzní obvykle podporují ty, kteří potřebují péči prakticky ve všech svým každodenních činnostech, jako jsou:

- Zdravotní péče a / nebo rehabilitace: péče o zranění, kontrola medikace, zdravotní a pohybová cvičení a paměťová cvičení.
- Aktivita každodenního života (ADL): příprava jídel, pomoc s toaletními potřebami, oblékání a svlékání, krmení, noční péče.
- Zprostředkování činnosti každodenního života (IADL): finanční záležitosti, nakupování, praní, čištění, poskytování sociálních interakcí.

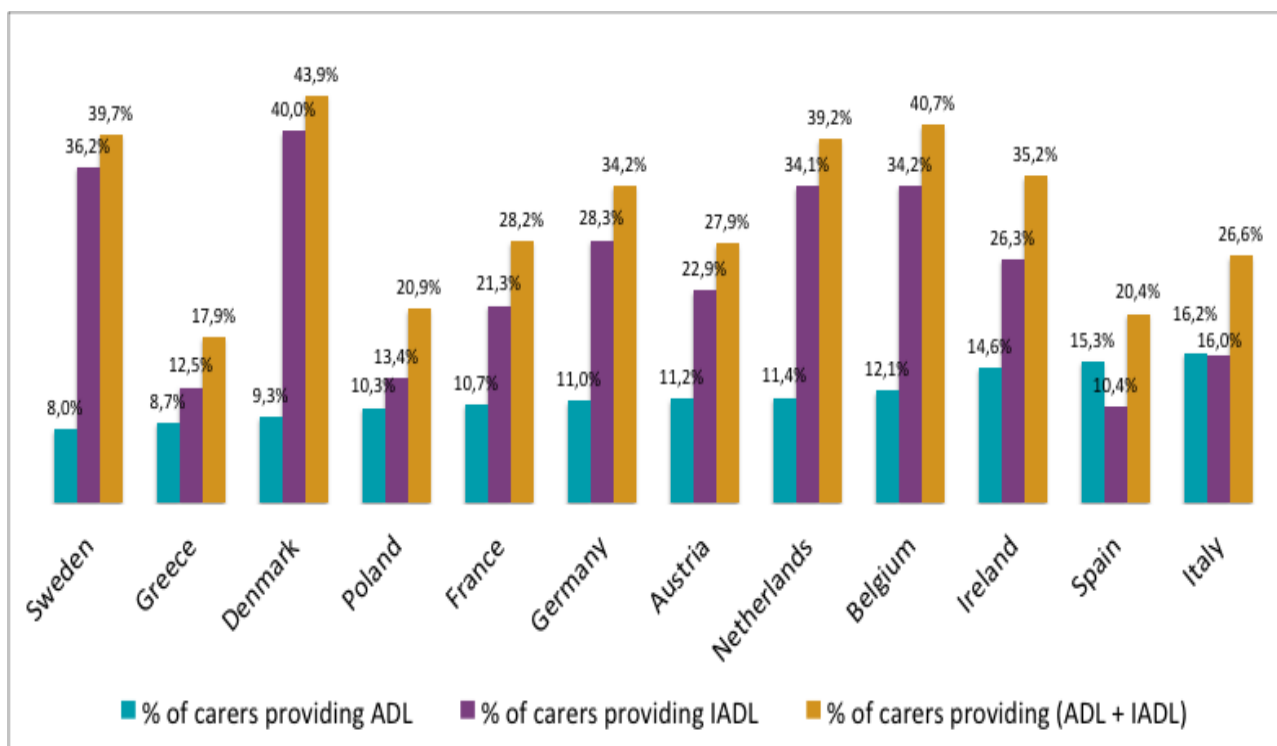




Erasmus+



Obrázek: Podíl týdenních hodin neformální péče podle země (studie OECD, 2011)



Obrázek: Procentní podíl laických pečovatелů podle druhu pomoci: přímá péče (ADL) a/nebo zprostředkovaná péče (IADL), a země (studie OECD, 2011).



Na jedné straně může být péče o druhou osobu zdrojem uspokojení, naplnění a osobního růstu. Intenzivní péče ale může být mimořádně stresující a namáhavá, což může vést k vyhoření a stresu. Spotřeba léků se zvyšuje s intenzitou péče, zejména spotřeba prášků na spaní, sedativ a léků proti bolesti. Celkově je výskyt problémů duševního zdraví mezi pečovateli o 20% vyšší než u nepečujících. Příbuzní si musí často vybírat mezi svou zodpovědností vůči osobě v jejich péči a vlastními potřebami. Mezi problémy, s nimiž se neformální pečovatelé potýkají, patří:

- Břemeno toho, aby zaručili osobě v jejich péči její blahobyt a bezpečí, i když nemohou být s touto osobou.
- Pocity viny, když se nemůžou postarat o příjemce péče, nebo ne tak často, jak je považováno za nezbytné.
- Krize svědomí, když jsou příbuzní institucionalizováni, protože to považují za jejich opuštění.
- Potřeba informací o nemocech jejich rodinných příslušníků (např. o demenci) a jejich potenciálním postupu.
- Potřeba praktických rad a podpůrných strategií pro léčbu nebo zvládání stresu; Sdílení s ostatními ovlivněnými lidmi.
- Potřeba informací o podpůrných službách (např. mobilního stravování) nebo zařízení a financování takové podpory.
- Organizace času péče a koordinace s pracovištěm a vlastní rodinou.
- Potřeba volného času pro sebe pro vlastní odpočinek.
- Změny u dementních osob, pokud jde o jejich snižující se nezávislost a / nebo jejich poruchy osobnosti (např. agrese, nedostatečná orientace).
- Psychologické účinky konfrontace s úpadkem souvisejícím s rostoucím věkem („Budu stejný až budu starší?“).
- Konflikty s příjemcem péče, jinými příbuznými, profesionálními pečovateli a / nebo pojišťovnami o opatřeních péče, odpovědnosti nebo finančních záležitostech.
- Konflikty v rodině ohledně přípravy na rostoucí závislost osoby v péči (např. sdílení nákladů na zařízení péče) nebo úmrtí (otázky dědictví, pohřbu, atd.) Tyto problémy jsou dobrým východiskem pro poskytnutí užitečné podpory sekundárním uživatelům

pomocí řešení AAL. Vzhledem k tomu, že příbuzní jsou často těmi, kdo rozhodují o nákupu řešení AAL, je třeba se také zabývat jejich požadavky.

Pečujícími osobami jsou převážně ženy a manželé/manželky. Poskytování péče může poskytnout pozitivní zkušenosti, ale může také vést k závažným stresovým a zdravotním potížím. Poskytněte informace a podporu, která odpovídají potřebám poskytovatelů péče, a ujistěte se, že jsou v souladu s jejich každodenními rutinami.

### 2.2.2. Profesionální pečovatelé

Zaměstnání profesionálních pečovatelů je pravděpodobnější v následujících případech:

- Při péči, která vyžaduje lékařskou způsobilost (např. výměna obvazů na rány)
- Pro seniory s vyšší mírou závislosti nebo intenzity péče
- Pro seniory bez trvalé neformální péče
- Pro muže-seniory (asi dvakrát vyšší než pro ženy-seniorky).



Obrázek: Faktory profesionální péče o seniory (Adaptované z Engels et al, 2007)

Profesionální pečovatelé jsou ovlivňováni různými a měnícími se faktory a požadavky (viz obrázek výše): společenskými otázkami, jako je rostoucí potřeba mobility v moderním pracovním prostředí, institucionální motivace ke snížení délky pobytu seniorů v nemocnicích



a změny v etice směrem k využití technologií s cílem uchování nezávislosti. Očekává se, že profesionální pečovatelé splní požadavky na ně kladené: musí být přátelští, empatičtí a aktivní vzhledem k příjemcům péče, musí přihlídnout k nejnovějším vědeckým poznatkům při současném dodržování současných norem kvality, pravidel a postupů.

Následují příklady otázek, kterými se profesionální pečovatelé denně zabývají:

- Únava v důsledku nutnosti zvedat nebo otočit starší lidi.
- Psychický stres kvůli nemoci a úmrtnosti.
- Vysoká pracovní zátěž, řada organizačních povinností (např. dokumentace) a málo času na osobní kontakt.
- Silný časový tlak v důsledku nedostatku personálu a mnoha pacientů.
- Konflikty s příjemci péče, s příbuznými nebo v rámci týmu / hierarchie.
- Informování příbuzných o stavu dementních pacientů, nebo finanční podpory, kterou může přijímat.

Odpovídající cíle péče zahrnují následující aspekty:

- Zlepšení zdravotní péče o seniory monitorováním / správou jejich chronického stavu.
- Včasné zdravotní posouzení, detekce a rychlá léčba příznaků / stavů, které by obvykle vedly k akutní zdravotní péči a případnému (opětnému) přijetí do sektoru akutní péče.
- Zajištění lepší komunikace, koordinace a kontroly péče s jinými poskytovateli zdravotní péče, klientem a / nebo jejich pečovateli.
- Snížení počtu hospitalizací (na případy nehody nebo hospitalizace, frekvence a délky pobytu v nemocnici).
- Zvýšení bezpečnosti příjemce péče například snížení rizika, že dementní osoby zmizí nebo utečou.
- Delegování menších organizačních úkolů a zaměření na osobní péči
- Použití intuitivního a vhodného dokumentačního systému.

Stejně jako u neformálních opatrovatelů mají profesionální pečovatelé možnost navrhnout nebo rozhodnout o přístupu k informačním a komunikačním technologiím, což znamená, že je třeba mít je na paměti při vývoji AAL řešení.



Profesionální pečovatelé se musí zabývat mnoha různými skupinami (např. příbuzní, manažeři, zdravotní pojištění, lékaři) a úkoly (péče, monitorování, dokumentace, úklid atd.). Proto je pečovatelství velmi náročná práce s vysokou úrovní stresu. Ujistěte se, že přání a obavy profesionálních opatrovatelů jsou v procesu vývoje zohledněny.

### 2.2.3. Ostatní zúčastněné strany

Zatímco primární koncoví uživatelé a jejich pečovatelé se často účastní vývoje AAL, ostatní zúčastněné strany jsou většinou zanedbávány. Projekty AAL by měly rovněž zvážit zapojení těchto skupin (přínejmenším pokud jde o jejich informování):

- Lékaři
- Fyzioterapeuti / ergoterapeuti
- Rehabilitační centra
- Developeři nemovitostí
- Bytová družstva
- Architekti
- Pojišťovny
- Sociální služby
- Obce
- Ministerstva.

V závislosti na zapojení konkrétních sekundárních a terciálních uživatelů AAL by se měly zvážit následující otázky týkající se řešení AAL:

- Interoperabilita s používanými systémy
- Prokázání finanční výhodnosti AAL řešení
- Finanční náklady na instalaci a provozní výdaje
- Práce a čas potřebný k instalaci (pokud jde o vliv na existující operace, pronájem, obsazení)
- Použitelnost řešení AAL (náročnost učení, souhlas uživatelů)
- Etické úvahy: otázky ochrany soukromí, řešení musí sledovat a podporovat, nikoliv se vměšovat a ú nebo být autoritativní



- Odkazy na další služby (tj. na poskytovatele služeb)
- Kvalita a náklady na poskytovanou službu (např. podpora, opravy)
- Korelace s existujícími (kvalitativními) standardy a praktickými požadavky na technologii (např. bezdrátová, čistitelná, robustní, adaptabilní, modulární, energeticky úsporná atd.)
- Atraktivní design

Často je mnohem snazší přesvědčit seniory a jejich příbuzné, aby se účastnili procesu vývoje, protože jejich osobní zisk je jasný. Zúčastněné strany uvedené v této části jsou mnohem obtížněji získávány pro rozhovory nebo skupinové diskuse. Ve skutečnosti je v oblasti řešení AAL mnoho dalších rozhodujících osob, než senioři a jejich příbuzní. Zainteresované strany, jako jsou developéři nemovitostí nebo pojišťovny, mohou ve skutečnosti rozhodnout o úspěšnosti (nebo přístupu k) řešení AAL na trhu, a to i v případě, že řešení je pro primární uživatele uživatelsky přívětivé a prospěšné.

Systémy AAL zahrnují mnoho různých aspektů, jako je mobilita, bezpečnost a sociální začlenění. Jedním z prvních úkolů při vývoji řešení AAL je identifikace aplikačních scénářů nebo služeb, které uživatele podporují v jejich každodenním životě. Představují další výhodu řešení AAL z pohledu uživatele.

Oblíbené scénáře aplikací AAL primárních koncových uživatelů:

- Úspora energie / nákladů
- Zvyšuje komfort
- Zlepšení zdravotního stavu
- Prevence nebezpečí, jako je poškození kouřem / zabránění pádu / znečištění vody
- Funkce alarmu (k zabránění vloupání)
- Podpora každodenních činností, například nakupování, zapamatování schůzek, práce v domácnosti
- Elektronická zařízení se automaticky vypínají, například když uživatel opustí dům

Oblíbené scénáře aplikací AAL sekundárních uživatelů:

- Sledování primární uživatelské pohody
- Podpora komunikace s primárním uživatelem nebo jinými zúčastněnými stranami



- Podpora náročné pečovatelské práce
- Podpora administrativních činností (v rámci pečovatelské práce)



## Literatura

1. Becker: Living conditions and everyday activities of the elderly and their requirements concerning ambient assisted living (Životní podmínky a každodenní aktivity starších osob a jejich požadavky na životní prostředí při asistovaném bydlení). 2007
2. EUROSTAT: Retirement Age of EU-27 (Odchod do důchodu v EU-27).
3. OECD study, 2011
4. Engels et al., 2007
5. Vágnerová, Marie: Vývojová psychologie II., dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007.