

# MADRIDSKÝ PLÁN



# **MADRIDSKÝ PLÁN A JINÉ STRATEGICKÉ DOKUMENTY**

EV public relations  
2007

*Tato publikace vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.*



## **Madridský plán a jiné strategické dokumenty**

© Gerontologické centrum – 2007

Překlad © Iva Holmerová a Janssen Cilag – 2007

ISBN 978-80-254-0174-3

# **MADRIDSKÝ PLÁN A JINÉ STRATEGICKÉ DOKUMENTY**





 **Obsah**

<b>Předmluva .....</b>	<b>7</b>
<b>Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 .....</b>	<b>9</b>
<b>Berlínská ministerská deklarace UNECE a Regionální implementační strategie.....</b>	<b>55</b>
<b>Organizace zdravotní péče pro chronicky nemocné .....</b>	<b>60</b>
<b>Evropská charta pacientů seniorů .....</b>	<b>64</b>
<b>Pařížská deklarace přijatá výročním shromážděním Alzheimer Europe, Paříž dne 29. června 2006 .....</b>	<b>71</b>
<b>Ustanovení vůle ohledně budoucí léčby a zdravotní péče Stanovisko Alzheimer Europe 6/2005 .....</b>	<b>79</b>
<b>Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. ....</b>	<b>101</b>
<b>Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují Deklarace Alzheimer Europe .....</b>	<b>107</b>
<b>Charta zásad pro podporu pacientů s demencí a jejich rodinných příslušníků Alzheimer's Disease International .....</b>	<b>110</b>



## Předmluva

V červenci 2007 se v ruském Sankt Petěrburgu uskutečnila konference evropského regionu Mezinárodní asociace gerontologie a geriatricie (IAGG). Jedním z témat, o kterých se diskutovalo, byl Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002. Tento dokument je znám pod jménem Madridský plán, protože byl schválen na Druhém shromáždění o stárnutí a stáří, které uspořádala Organizace spojených národů (OSN) v dubnu 2002 v Madridu. Tento rok připravuje OSN zprávu „Madrid 5+“, neboť právě letos uplynulo pět let od přijetí tohoto závažného dokumentu. Výbor IAGG se shodl na tom, že Madridský plán nebyl ve všech členských zemích podroben dostatečné odborné diskusi, a vyzval jednotlivé členské organizace, aby vyvolaly diskusi odborné veřejnosti ve svých zemích a připravily připomínky a podněty k aktualizaci tohoto dokumentu. IAGG například upozorňuje na to, že Madridský plán nevěnuje dostatečnou pozornost problematice demencí. Připomínky odborných společností z celého světa budou zohledněny ve zprávě, kterou počátkem roku 2008 zpracuje výbor IAGG a předloží ji OSN.

Rádi proto využíváme možnosti zařadit diskusi k Madridskému plánu na program závěrečné konference Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách, projektu spolufinancovaného z prostředků Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu České republiky a rozpočtu hlavního města Prahy.

Úplné znění Mezinárodního akčního plánu pro stárnutí najdete v této příručce společně s dalšími informacemi a dokumenty. Madridský plán byl pro evropskou oblast rozpracován na poradě Ekonomické komise OSN pro Evropu, která se konala v září 2002, v tzv. Regionální implementační strategii. Pro formování postojů a tvorbu politiky mají však význam i jiné dokumenty, z nichž znovu otiskujeme například doporučení Rady Evropy k problematice chronicky nemocných a Evropskou chartu pacientů seniorů.

Dále využíváme možnost předložit odborné veřejnosti k diskusi důležité materiály Evropské asociace Alzheimerovských společností Alzheimer Europe. Jedná se zejména o tzv. Pařížskou deklaraci, dokument zabývající se ustanovením vůle a Doporučení Alzheimer Europe k užití omezovacích prostředků.

*V Praze dne 1. srpna 2007*

*Iva Holmerová*

*Martina Rokosová*





# Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002<sup>1</sup>

## I. Úvod

1. Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí populace<sup>2</sup>, přijatý na vídeňském Prvním Světovém shromáždění k problematice stárnutí, byl východiskem pro diskusi o stárnutí i pro konkrétní kroky při vytváření opatření a iniciativ během uplynulých dvaceti let. V roce 1991 byly sestaveny Zásady OSN pro řešení problémů starší populace<sup>3</sup>, čímž se tato problematika rozšířila o otázku lidských práv starších osob. Tyto zásady poskytly vodítko pro zajištění samostatnosti seniorů, jejich účasti na životě společnosti, péče, osobního prosazení a důstojnosti.

2. Ve 20. století došlo k revolučním změnám v délce lidského života. Průměrná délka života nově narozených se od roku 1950 zvýšila o 20 let na 66 roků a očekává se, že do roku 2050 vzroste o dalších 10 let. Díky tomuto demografickému skoku a díky rychlému růstu počtu obyvatel v první polovině 21. století vzroste počet lidí starších než 60 let ze zhruba 600 milionů v roce 2000 na téměř dvě miliardy v roce 2050 a odhaduje se, že podíl lidí zařazovaných mezi starší osoby vzroste celosvětově z 10 procent v roce 1998 na 15 procent v roce 2025. K největšímu a nejrychlejšímu nárůstu dojde v rozvojových zemích, kde se očekává, že počet starších osob během příštích 50 let vzroste na čtyřnásobek současného stavu. V Asii a Latinské Americe vzroste počet lidí zařazovaných do skupiny starších osob v letech 1998 až 2025 z osmi na 15 procent, zatímco v Africe vzroste tento podíl ve stejném období z pěti pouze na šest procent, avšak následně dojde do roku 2050 k jeho zdvojnásobení. V subsaharské Africe, kde i nadále pokračuje boj s nemocí HIV/AIDS a kde i nadále panuje složitá sociální situace, dosáhne zastoupení starších lidí ve společnosti pouze poloviny této úrovně. V Evropě se v letech 1998 až 2025 skupina starších osob rozroste z 20 na 28

1 Madrid international plan of action on ageing byl schválen na 2. světovém shromáždění OSN o stárnutí a stáří v Madridu, 8. – 12. dubna 2002

Překlad Janssen Cilag

2 Viz Zpráva světového shromáždění OSN k problematice stárnutí *Report of the World Assembly on Ageing, Vienna, 26 July:6 August 1982* (United Nations publication, Sales No. E.82.I.16), chap. VI, sect. A.

3 United Nations Principles for Older Persons, *Official Records of the General Assembly, Forty-sixth Session, Supplement No. 49 (A/46/49)*, resolution 46/91, annex.

procent celkové populace a v Severní Americe pak z 16 na 26 procent. Tato celosvětová demografická transformace výrazně ovlivňuje všechny aspekty života na úrovni jednotlivců, obcí, států i na mezinárodním poli. Díky ní dojde ke změnám v sociálních, hospodářských, politických, kulturních, psychologických i duchovních stránkách lidské činnosti.

3. Současné pozoruhodné demografické změny způsobí, že do poloviny století budou mladí a staří lidé představovat stejně velké skupiny ve světové populaci. Očekává se, že **v letech 2000 až 2050 stoupne celosvětově podíl lidí ve věku 60 a více let na celkové populaci z 10 na 21 procent, přičemž podíl dětí klesne o třetinu, z 30 na 21 procent.** V některých vyspělých a transformujících se zemích je počet starších osob již nyní větší než počet dětí a porodnost v těchto zemích klesla pod úroveň dostačující pro přirozené obnovování populace. V některých rozvinutých zemích bude v roce 2050 žít dvakrát více starších osob než dětí. Dále se očekává, že v rozvinutých zemích se změní rozdělení obyvatel podle pohlaví ze současných 71 na 78 mužů na 100 žen. V méně rozvinutých částech světa však počty žen nepřevyšují počty mužů tak výrazně jako v rozvinutých zemích, jelikož obecně platí, že rozdíly v průměrné délce života mezi muži a ženami jsou menší. V současné době žije v rozvojových zemích ve věkové skupině 60 a více let 88 mužů na každých 100 žen a tento poměr by se měl do poloviny století pouze mírně změnit na 87 mužů na 100 žen.

4. Předpokládá se, že stárnutí populace se stane zásadním problémem v rozvojových zemích, neboť v těchto státech bude jeho průběh v první polovině století pravděpodobně rychlejší než ve vyspělých zemích. Podíl starších osob na celkové populaci vzroste podle očekávání v rozvojových zemích do roku 2050 z osmi na 19 procent, přičemž u podílu dětí na populaci dojde k poklesu ze 33 na 22 procent. Vzhledem k těmto demografickým změnám bude zásadním problémem hledání dostatečných zdrojů. I přesto, že v rozvinutých zemích stárnula a stárne populace postupně, potýkají se tyto země s dopady stárnutí populace na zaměstnanost a udržitelnost systémů důchodového zabezpečení. Rozvojové země se zase budou muset vypořádat s problémem současně probíhajícího hospodářského rozvoje a stárnutí populace.

5. Z demografického hlediska existují mezi rozvojovými a rozvinutými zeměmi podstatné rozdíly. Zatímco převážná většina starších osob v rozvinutých zemích žije ve městech, v rozvojových zemích pobývá v současnosti většina starších osob na venkově. Prognózy demografického vývoje hovoří o tom, že v roce 2025 bude v rozvinutých zemích žít ve městech 82 procent celkové populace, zatímco v rozvojových zemích to bude méně než polovina obyvatel. V rozvojových zemích je navíc podíl starších osob na obyvatelstvu venkova vyšší než u obyvatel městských

oblastí. Přestože je třeba podrobněji prozkoumat vztah mezi stárnutím populace a urbanizací, pohled na trendy vývoje ukazuje, že v budoucnu bude žít ve venkovských oblastech některých rozvojových zemí poměrně velké množství starších osob.

6. Mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi také existují rozdíly v typech domácností, ve kterých senioři žijí. V rozvojových zemích žije velký počet starších osob ve vícegeneračních domácnostech. Tyto rozdíly naznačují, že přijímaná opatření se budou v rozvojových a rozvinutých zemích lišit.

7. Nejrychleji rostoucí skupinou v rámci populace starších osob jsou nejstarší senioři, tedy lidé, kterým je 80 a více let. V roce 2000 dosahoval počet těchto osob 70 milionů a očekává se, že během příštích 50 let vzroste více než pětkrát.

8. Starších žen je více než starších mužů, přičemž s narůstajícím věkem tento nepoměr roste. Při vytváření jednotlivých opatření musí být prioritou situace starších žen. Pro zajištění rovnoprávnosti mužů a žen a pro vytváření účinných a vhodných opatření týkajících se stárnutí populace je třeba rozlišovat rozdíly v dopadech stárnutí populace na muže a ženy. Je proto naprosto nezbytné, aby byla otázka rozdílů mezi situacemi u obou pohlaví zohledněna při vytváření politik, programů a legislativy.

9. Je nezbytné začlenit probíhající proces celosvětového stárnutí populace do širšího procesu rozvoje lidstva. Politiky týkající se stárnutí populace je vždy třeba podrobně přezkoumat z pohledu životního a celospolečenského rozvoje a dále je vždy třeba brát při jejich vytváření ohled na celosvětové iniciativy a principy odsouhlasené na předních summitech a konferencích Organizace spojených národů.

10. Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 vyzývá ke změnám v přístupu, v politikách a v praxi na všech úrovních a ve všech odvětvích, aby bylo možno naplnit obrovský potenciál stárnutí populace ve 21. století. Mnoho starších osob stárne v bezpečí a s dostatkem důstojnosti a navíc se mnozí staří lidé dokáží aktivně účastnit života svých rodin a obcí. Cílem tohoto Akčního plánu je zajistit, aby lidé na celém světě mohli stárnout v bezpečí a důstojně a aby se i nadále mohli účastnit života ve své společnosti jako plnoprávní občané. Tento Akční plán vychází z předpokladu, že základ zdravého a bohatého života ve stáří je položen během dřívějších fází života; cílem tohoto plánu je sloužit jako praktický průvodce pro tvůrce politik při řešení problémů stárnutí jednotlivců i celé populace. V tomto plánu jsou popsány obecně platné charakteristiky stárnutí a problémy, které jsou s ním spojeny. Dále jsou zde navržena konkrétní doporuče-

ní, která bude třeba v jednotlivých zemích adaptovat na místní podmínky. Tento plán zohledňuje různé fáze rozvoje a transformace jednotlivých zemí i nezávislost všech zemí v dnešním globalizujícím se světě.

11. Téma Mezinárodního roku seniorů 1999, tedy společnost pro osoby všech věkových kategorií, se dělí na čtyři dimenze: osobní celoživotní rozvoj, mezigenerační vztahy, vzájemný vztah mezi rozvojem a stárnutím populace a situaci starších osob. To, že byl tento rok zasvěcen seniorům, pomohlo na celém světě vylepšit obecné povědomí a situaci ve výzkumu a vytváření politik týkajících se stárnutí populace, a napomohlo to také snahám o zohlednění problematiky stárnutí ve všech oborech lidské činnosti. Dále to umožnilo vznik nových příležitostí pro osoby všech věkových kategorií.

12. Přední konference a summit Organizace spojených národů, zvláštní zasedání Valného shromáždění OSN a aktivity, které po nich následovaly, stanovily cíle, plány a závazky pro zlepšení hospodářských i sociálních podmínek všech lidí na všech úrovních. Ty pak vymezily kontext, v rámci kterého je třeba se dívat na problémy a snahu o zlepšení situace starších lidí. Plnění těchto cílů, plánů a závazků by umožnilo starším lidem plnohodnotně přispívat k rozvoji lidstva a stejně plnohodnotně z něj i těžit. S těmito cíli, plány a závazky jsou v Akčním plánu pro problematiku stárnutí spojeny následující základní zásady:

- (a) Plně uplatňovat všechna lidská práva a základní svobody všech starších osob.
- (b) Zajistit jistotu ve stáří, což vyžaduje opětovné potvrzení cíle vymýcení chudoby ve stáří a úsilí vycházející ze Zásad OSN pro řešení problematiky starší populace.
- (c) Umožnit starším osobám, aby se mohly bez omezení a úspěšně zapojovat do hospodářského, politického a společenského života, a to včetně možnosti odměňované nebo dobrovolnické práce.
- (d) Poskytnout starším osobám příležitost pro osobní rozvoj, naplnění jejich potřeb a spokojenost v životě a ve stáří, například prostřednictvím zajištění přístupu k celoživotnímu vzdělávání a aktivní účasti na životě společnosti, přičemž je třeba si vždy uvědomovat, že senioři nejsou homogenní skupinou.
- (e) Zajistit seniorům možnost plně těžit z hospodářských, sociálních, kulturních, občanských a politických práv, která náleží všem občanům, a vymýtit veškeré formy násilí a diskriminace páchané na seniorech.
- (f) Zajistit rovnoprávnost mezi muži a ženami ve skupině starších osob, a to mimo jiné prostřednictvím vyloučení diskriminace na základě pohlaví.
- (g) Chápat zásadní význam rodiny, mezigenerační závislosti, solidarity a reciprocity v rozvoji společenských vztahů.
- (h) Poskytovat zdravotní péči, podporu a sociální péči všem starším osobám, a to včetně preventivní a rehabilitační zdravotní péče.

- (i) Při prosazování záměrů tohoto mezinárodního akčního plánu v praxi zprostředkovávat partnerské vztahy mezi všemi úrovněmi státní správy, občanskou společností, soukromým sektorem a samotnými staršími osobami.
- (j) Využívat vědecký výzkum, znalosti odborníků a potenciál nových technologií, například při řešení osobních, sociálních a zdravotních dopadů stárnutí, zejména v rozvojových zemích.
- (k) Chápat situaci stárnoucích obyvatel konkrétních území, specifické podmínky v těchto regionech a nutnost nalézt způsob, jak by tito lidé mohli účinně ovlivňovat rozhodnutí, která se jich přímo týkají.

13. Prosazování a ochrana všech lidských práv a základních svobod včetně práva na osobní rozvoj je nezbytným předpokladem pro vytvoření vstřícné společnosti pro lidi všech věkových kategorií, do které se starší osoby rovnoprávně s ostatními zapojují bez omezení a v níž nejsou diskriminovány. Základem pro zajištění respektu, který si senioři zaslouží, je boj proti věkové diskriminaci a úcta k důstojnosti starých lidí. Ochrana a prosazování lidských práv a základních svobod jsou důležité prostředky pro vytváření společnosti pro lidi všech věkových kategorií. Přitom je prostřednictvím smysluplného a účelného celospolečenského dialogu třeba podporovat, zdůrazňovat a prosazovat reciproční vztahy napříč generacemi.

14. Navrhovaná opatření jsou rozdělena do tří hlavních oblastí: senioři a rozvoj, zlepšení zdraví a duševní pohody v pokročilém věku a vytváření vstřícného a chápajícího prostředí. Na rozsah jistoty ve stáří má pokrok v těchto třech oblastech velký vliv. Hlavní oblasti byly definovány tak, aby posloužily jako pomůcka při vytváření a uplatňování politik, jejichž konkrétním cílem je přizpůsobit svět podmínkám stárnoucí populace na světě, kde úspěch je měřen podle rozvoje společnosti, míry zkvalitnění života seniorů a udržitelnosti jednotlivých formálních i neformálních hodnotových systémů, pomocí kterých se určuje spokojenost v životě.

15. Je nezbytné posunout problematiku stárnutí populace do středu celosvětové pozornosti. Je třeba vyvinout společné úsilí a dosáhnou široké a skutečné integrace jednotlivých politik. V současnosti je hlavním úkolem propojit problematiku stárnutí s dalšími otázkami týkajícími se společenského a hospodářského rozvoje a lidských práv. Přestože konkrétní politiky se budou v jednotlivých zemích a regionech lišit, stárnutí populace je na celosvětové úrovni fenoménem, který má stejnou moc formovat budoucnost jako globalizace. Je proto nezbytně nutné si uvědomit, že starší lidé mohou prospět společnosti, když se zapojí nejen do zlepšování své vlastní situace, ale situace společnosti jako celku. Progresivní myšlení nám velí využít potenciál stárnoucí populace jako základ pro budoucí vývoj.

## II. Navrhovaná opatření

### A. PRVNÍ PRIORITY OBLAST: SENIOŘI A ROZVOJ

16. Starší lidé se musí v plné míře účastnit rozvoje lidstva a také těžit z jeho výhod. Nikomu nelze upřít možnost požívat výhod pokroku. Dopad stárnutí populace na socioekonomický vývoj společnosti vyvolává v mnoha zemích v kombinaci s probíhajícími společenskými a ekonomickými změnami potřebu podniknout urychleně kroky k zajištění průběžné integrace seniorů do společnosti a k posílení jejich postavení. Migrace, urbanizace, posun od rozvětvených k malým a mobilnějším rodinám, nedostatečný přístup k technologiím, které pomáhají dosáhnout nezávislosti, a další sociální a ekonomické změny mohou vytlačit starší osoby z hlavního proudu rozvoje lidské společnosti, ruší jejich účelnou hospodářskou a společenskou roli ve společnosti a oslabují jejich tradičně silné stránky.

17. Pokrok je prospěšný pro všechny oblasti společnosti. Pro dosažení jeho dlouhodobě udržitelné přijatelnosti je však třeba navrhnout a dlouhodobě provádět politiky, které zajistí spravedlivé rozdělování výhod přinášejících hospodářský růst. Jedním z principů Kodaňské deklarace o sociálním rozvoji a Akčního programu je, že by vlády měly zajistit rovnoprávnost všech generací, čímž by naplnily odpovědnost, kterou mají vůči generaci současné i generacím budoucím. Miléniový summit OSN navíc potvrdil, že nesmírně důležitým úkolem z dlouhodobého hlediska je vymýcení chudoby a naplnění humanitárních a sociálních cílů, které byly formulovány na celosvětových konferencích v 90. letech 20. století.

18. Již nějakou dobu se pozornost tvůrců politik soustřeďuje na řešení otázek spojených s dopady stárnutí pracovní síly současně se snahou o zvýšení produktivity a konkurenceschopnosti práce a dále na zajištění udržitelnosti stávajících systémů sociální péče. Pokud to jde, měly by se při zajišťování spolehlivého financování penzijních systémů využívat takové strategie reforem, které využívají různé přístupy k řešení problému.

#### Oblast 1: Aktivní účast na životě společnosti a na jejím rozvoji

19. Jedním z cílů společnosti pro každý věk je poskytnout starším osobám možnost i nadále přispívat do života společnosti. Při snaze o naplnění tohoto cíle je nutné, aby byly odstraněny všechny překážky, které v takové účasti seniorům brání, nebo které jsou vůči nim dokonce diskriminační. Společenský a ekonomický

přínos starších osob nelze vnímat jen v rozsahu jejich ekonomických aktivit. Tito lidé často plní klíčové role v rodinách a místních komunitách. Velký přínos jejich činnosti často nelze měřit pomocí ekonomických ukazatelů: starají se o členy rodiny, dokáží se sami zaopatřit, udržují domácnost a často dobrovolně pracují pro svou místní komunitu. Navíc svou činností přispívají k vzdělávání a výchově budoucích pracovních sil. Tento jejich přínos, včetně neplacené práce lidí, a především žen, všech věkových kategorií ve všech odvětvích, je třeba vnímat a vyslovit jim za něj uznání.

20. Účast na společenských, ekonomických, kulturních, sportovních, rekreačních a dobrovolných aktivitách také přispívá ke zvyšování a udržování osobní spokojenosti. Organizace sdružující starší osoby jsou důležitým faktorem, díky kterému lze prostřednictvím poradenství a podpory mezigenerační komunikace umožnit seniorům aktivní účast na činnosti společnosti.

#### **21. Cíl č. 1: Uznání společenského, kulturního, hospodářského a politického přínosu starších osob**

##### **Opatření**

- (a) Prostřednictvím podpory a praktického uplatňování konvencí o lidských právech a dalších listin o lidských právech a především prostřednictvím boje proti diskriminaci zajistit seniorům v plném rozsahu jejich lidská práva a základní svobody.
- (b) Uvědomit si, jak důležitý přínos představují starší lidé pro rodiny, místní komunity a ekonomiku a podporovat tento přínos.
- (c) Zajistit pro seniory příležitosti, vytvářet programy a poskytovat jim podporu, aby se mohli podílet nebo aby mohli nadále pokračovat ve své účasti na kulturním, hospodářském a politickém životě a celoživotním vzdělávání.
- (d) Poskytovat seniorům informace a pomáhat jim podílet se na svépomocných projektech a akcích mezigeneračních skupin a umožnit jim plně uplatnit potenciál.
- (e) Vytvořit prostředí, ve kterém mohou lidé všech věkových skupin pracovat jako dobrovolníci a v němž za tuto práci získají uznání, a dále zprostředkovat přístup k dobrovolnické práci těm starším lidem, kteří mají jen velice omezenou, nebo dokonce nemají vůbec žádnou možnost těžit z přínosu, který jim taková práce přináší.
- (f) Podporovat hlubší chápání dlouhodobého přínosu a kulturní, společenské a ekonomické role, kterou starší lidé představují ve společnosti, a to i díky jejich neplacené práci pro společnost.
- (g) Se starými lidmi by mělo být zacházeno čestně a s úctou, bez ohledu na jejich postižení nebo postavení, a je třeba si jich vážit, bez ohledu na jejich ekonomický přínos pro společnost.



- (h) Brát ohled na potřeby seniorů a respektovat právo člověka na důstojný život ve všech fázích života.
- (i) Podporovat chápatý přístup zaměstnanců k pracovním schopnostem starších pracovníků při jejich pokračujícím zaměstnání, zdůrazňovat jejich hodnotu na trhu práce a zvyšovat jejich vlastní sebevědomí.
- (j) Podporovat účast seniorů na občanských a kulturních aktivitách jako jednu ze strategií boje proti sociální izolaci a na podporu schopnosti zapojit se do společnosti.

## **22. Cíl č. 2: Účast starších osob v rozhodovacích procesech na všech úrovních**

### **Opatření**

- (a) Brát ohled na potřeby a zájmy seniorů při rozhodování na všech úrovních.
- (b) Podporovat na všech úrovních vznik organizací seniorů (pokud ještě neexistují), které budou mimo jiné zastupovat starší osoby v rozhodovacích procesech.
- (c) Podniknout kroky vedoucí k úplné a rovnoprávné účasti starších osob, a to především žen, na rozhodování na všech úrovních.

## **Oblast 2: Práce a stárnoucí pracovní síla**

23. Starší osoby by měly mít možnost pokračovat v odměňované práci do té doby, dokud pracovat chtějí a dokud jsou touto práci schopny produktivně zastávat. Nezaměstnanost, podzaměstnanost a nepružnost trhu práce jim v tom však často brání. Berou jim tak jejich osobní příležitosti a znemožňují společnosti těžit z jejich síly a schopností. Zavádění třetího závazku Kodaňské deklarace ze Světového summitu o sociálním rozvoji o snaze dosáhnout plné zaměstnanosti je právě z těchto důvodů naprosto zásadně důležité, stejně jako strategie a politiky formulované v Akčním plánu summitu a další iniciativy usilující o růst zaměstnanosti, přijaté jako doporučení na 24. zvláštním zasedání Valného shromáždění. Na pracovištích je třeba rozšířit povědomí o výhodách zaměstnávání stárnoucí pracovní síly.

24. V rozvojových zemích a zemích s transformující se ekonomikou pracuje většina starých osob, která je stále ještě zaměstnána, v oblasti státem neevidované ekonomiky, což má za následek, že tito lidé mnohdy nemají nárok na výhody v podobě dobrých pracovních podmínek nebo ochrany v rámci systému sociální péče, na které by při práci v oficiální ekonomice nárok měli. V mnoha rozvinutých zemích a zemích s transformující se ekonomikou přesahuje průměrná délka

života hranici pro odchod do důchodu. V těchto zemích navíc kvůli poklesu porodnosti vstupuje na trh práce stále méně lidí. Tento trend navíc často doprovází věková diskriminace. Důsledkem menšího množství mladých lidí vstupujících na trh práce, stárnoucí pracovní síly a tendence odcházet to důchodu předčasně může být v budoucnu nedostatek pracovních sil. V tomto ohledu jsou velmi důležité politiky rozšiřující zaměstnatelnost lidí, jako například volná doba odchodu do důchodu, vytváření přizpůsobivého pracovního prostředí a rekvalifikace pro starší postižené osoby, jelikož umožňují starším lidem kombinovat odměňované zaměstnání s jinými aktivitami.

25. Zvláštní pozornost si zasluhují faktory ovlivňující uplatnění starších žen na trhu práce, a to především faktory ovlivňující zapojení žen do odměňované práce (jako například nižší mzdy pro ženy, nemožnost kariérního rozvoje díky přerušením v průběhu zaměstnání, nutnost péče o rodinu), a jejich schopnost vytvářet příjmy a jiné zdroje, ze kterých mohou čerpat po odchodu do důchodu. Tyto problémy může zesílit politika nedostatečně zohledňující rodinné povinnosti při organizaci práce. Chudoba a nízké příjmy žen v produktivním věku mohou vést k chudobě ve stáří. Nedílnou součástí tohoto Mezinárodního akčního plánu je snaha o dosažení věkové rozmanitosti a rovnovážného poměru mezi počty mužů a žen na pracovišti.

26. Při snaze o zajištění zaměstnání pro všechny je třeba si uvědomit, že prodloužení zaměstnání starších osob nemusí nutně ubírat pracovní příležitosti mladým a že starší zaměstnanci představují hodnotný a dlouhodobý přínos pro zvyšování produkce a výkonnosti ekonomiky státu, což může v konečném efektu prospívat všem příslušníkům dané společnosti. Ekonomice jako celku mohou také prospívat projekty, při kterých se budou využívat znalosti a zkušenosti starších pracovníků při zaškolování mladých a nových zaměstnanců.

27. V místech, kde existuje nedostatek pracovních sil, by si tento stav mohl vyžádat změny v současných motivačních systémech, aby více zaměstnanců dobrovolně oddalovalo svůj odchod do důchodu a setrvalo dále v zaměstnání, ať už na plný nebo na částečný pracovní úvazek. Praxe a teorie řízení lidských zdrojů by měla brát ohled na specifické potřeby starších zaměstnanců a snažit se jim v těchto jejich potřebách vyjít vstříc. V některých případech může být nutné změnit pracovní prostředí a podmínky tak, aby si starší zaměstnanci udrželi své dovednosti, dobrý zdravotní stav a schopnost setrvat v zaměstnání do pozdního věku. Z toho vyplývá, že zaměstnavatelé, organizace zaměstnanců i personalisté by se měli pozorně zajímat o domácí i zahraniční praktické zkušenosti s opatřeními, jejichž účelem je udržet starší pracovníky v zaměstnání a zajistit jejich produktivní uplatnění v rámci pracovního týmu.

## 28. Cíl č. 1: Pracovní příležitosti pro starší pracovníky, kteří chtějí pracovat

### Opatření

- (a) Umístit růst zaměstnanosti do středu zájmu všech makroekonomických politik, například prostřednictvím snahy o to, aby politiky zaměřující se na trh práce vyvolávaly rychlý růst produkce a zaměstnanosti pro osoby všech věkových kategorií.
- (b) Umožnit starým osobám pracovat tak dlouho, dokud pracovat chtějí a mohou.
- (c) Podniknout kroky ke zvýšení zastoupení seniorů na trhu práce, snížit tak riziko jejich vyřazení ze společnosti a závislosti na ostatních v pozdním věku. Tato opatření by měla být prosazována v rámci politik, jako například zvyšování podílu pracujících žen, poskytování zdravotnických služeb pro udržení pracovní schopnosti se zaměřením především na prevenci, podporu profesního zdraví a bezpečnost práce. Dále to je zajišťování přístupu k novým technologiím, celoživotnímu a průběžnému vzdělávání, zaškolování v práci, pracovním ozdravným akcím, vytváření volných pravidel pro odchod do důchodu. V neposlední řadě pak jde i o snahu navrátit nezaměstnané a postižené zpátky na trh práce.
- (d) Především usilovat o zvýšení podílu zaměstnaných žen a osob ze znevýhodněných skupin, jako jsou například dlouhodobě nezaměstnaní nebo postižení lidé, čímž se sníží riziko jejich vyřazení ze společnosti nebo závislosti na ostatních v pozdním věku.
- (e) Podporovat samostatnou výdělečnou činnost seniorů, mimo jiné prostřednictvím podpory rozvoje malých a mikro podniků a přístupu starších osob k možnosti získat úvěr bez jakékoliv diskriminace, především pak bez diskriminace na základě pohlaví.
- (f) Poskytovat pomoc starším lidem, kteří již pracují v sektoru státem neevdované ekonomiky, především proto, aby získali vyšší příjmy, dosáhli růstu produktivity a mohli pracovat v lepších podmínkách.
- (g) Eliminovat věkové bariéry na oficiálním trhu práce prostřednictvím podpory pro zaměstnávání seniorů a zabránit vzniku nevýhod, se kterými se starší zaměstnanci v zaměstnání setkávají.
- (h) Kdykoliv to jen bude možné, podporovat nový přístup k odchodu do důchodu, který bude brát ohled na potřeby zaměstnanců i zaměstnavatelů a především bude používat princip větší volnosti v pravidlech pro odchod do důchodu a v jejich praktickém uplatňování, přičemž bude seniorům garantovat nárok na důchod. Tohoto cíle lze dosáhnout například snížením tlaku a motivace k předčasnému odchodu do důchodu a naopak odstraněním nevýhod spojených s prací zaměstnanců v důchodovém věku.
- (i) Uvědomit si a zohlednit povinnosti rostoucího počtu pracujících pečovat o starší členy svých rodin, o postižené a o osoby trpící chronickými nemocemi včetně HIV/AIDS, a to například prostřednictvím politik, které se budou sna-

žit skloubit pracovní požadavky s potřebou poskytovat péči ostatním a které budou brát ohled na rodinné prostředí zaměstnanců a na rozdíly v potřebách zaměstnanců obou pohlaví.

- (j) Odstranit nevýhody práce lidí v důchodovém věku, například prostřednictvím ochrany nároku na důchod, nároku na dávky pro postižené a zdravotní dávky, na jejichž vyplácení by měl pozdní odchod do důchodu vliv.
- (k) Podporovat nové úpravy pracovního vztahu a novátorské postupy na pracovišti, jejichž cílem je udržení pracovní schopnosti a naplnění potřeb stárnoucích pracovníků, mimo jiné prostřednictvím vytváření programů pro pomoc zaměstnancům.
- (l) Podporovat pracovníky při jejich informovaném rozhodování o možných finančních, zdravotních a jiných dopadech práce v důchodovém věku.
- (m) Prosazovat realistický pohled na schopnosti a dovednosti starších pracovníků pomocí snahy o změnu zaběhnutých stereotypních představ o starších pracovnících a uchazečích o práci.
- (n) Brát ohled na zájmy starších pracovníků při rozhodování nebo vytváření politik týkajících se fúzí společností, aby se zabránilo většímu znevýhodnění těchto pracovníků, aby neztratili více výhod nebo aby nebylo propuštěno větší množství z nich v porovnání s mladšími pracovníky.

### **Oblast 3: Rozvoj venkova, migrace a urbanizace**

29. V mnoha rozvojových zemích a zemích s transformující se ekonomikou žije hodně starších lidí ve venkovských oblastech, zatímco mladí dospělí odcházejí do měst. Starší lidé se tak mohou ocitnout bez tradiční podpory svých rodin, nebo dokonce bez dostatku finančních prostředků. Programy a opatření týkající se zajišťování potravy a zemědělské produkce musí být sestavovány i s ohledem na tyto dopady stárnutí venkovské populace. S velkými finančními problémy se ve venkovských oblastech potýkají především starší ženy, obzvlášť pokud je jejich postavení omezeno na vykonávání neodměňované práce pro rodinu a pokud jsou závislé na ostatních. I v rozvinutých zemích a v zemích s transformující se ekonomikou nemají senioři často přístup k základním službám a trpí nedostatkem finančních zdrojů a podpory ze strany společnosti.

30. Objem mezinárodní migrace roste i přes omezení legální formy této migrace. V rozvojových zemích a zemích procházejících transformací je často podpora ze zahraničí včetně posílání peněz životně důležitým zdrojem příjmů seniorů a jejich prostřednictvím i místních komunit a ekonomik. S tím, jak stárnou osoby, které odešly ze svých zemí již před několika desetiletími, se některé vlády snaží pomoci starším migrantům, aby mohli strávit stáří se svými příbuznými.

31. Na rozdíl od venkova život ve městě většinou nepřináší ideální podmínky pro udržení tradičních rozvětvených rodin a vzájemné péče o jednotlivé členy rodiny. Starší lidé, kteří se v rozvojových zemích odstěhují z venkova do měst, často přijdou o své společenské kontakty a musí se vypořádat s nedostatečnou infrastrukturou pro zajištění nákupů ve městech. To často vede k jejich marginalizaci a vyřazení ze společnosti, obzvláště v případech, kdy se jedná o nemocné nebo postižené lidi. V zemích, které mají dlouhou tradici migrace lidí z venkova do měst a růstu měst bez kvalitní infrastruktury, dochází k růstu populace chudých starších lidí. Člověk, který se v pokročilém věku odstěhoval z venkova do města, často v rozvojových zemích a v transformujících se zemích žije na velice malém prostoru, v chudobě, ztrácí svou finanční samostatnost a dostává se mu jen málo fyzické a psychické péče ze strany členů jeho rodiny, kteří musí pracovat mimo domov.

### **32. Cíl č. 1: Zlepšení životních podmínek a infrastruktury ve venkovských oblastech**

#### **Opatření**

- (a) Rozšířit možnosti a schopnosti stárnoucích zemědělců tím, že se jim poskytne dlouhodobý přístup ke kvalitní infrastruktuře a k finančním službám a že budou zaškoleni v moderní technologii a v moderních metodách zemědělské práce.
- (b) Podpořit vznik a obnovu malých podniků prostřednictvím financování nebo podpory ziskových projektů a venkovských družstev a prostřednictvím snahy o větší diverzifikaci hospodářských aktivit na venkově.
- (c) Pro podporu investování na venkově pomoci rozvoji lokálních finančních služeb (včetně programů poskytování malých úvěrů a včetně vzniku malých úvěrových institucí) v oblastech, kde tyto služby nejsou běžně dostupné.
- (d) Prosazovat průběžné vzdělávání, školení a rekvalifikaci dospělých ve venkovských a odlehlých oblastech.
- (e) Napojit obyvatele venkovských a odlehlých oblastí na výhody společnosti a ekonomiky založené na znalostech.
- (f) Zajistit, aby byla dodržována práva starších žen ve venkovských a odlehlých oblastech a aby měly tyto ženy možnost rovnoprávného přístupu k finančním zdrojům a k jejich kontrole.
- (g) Podporovat vhodná opatření pro sociální zabezpečení a ochranu seniorů ve venkovských a odlehlých oblastech.
- (h) Zajistit, aby měli starší lidé ve venkovských a odlehlých oblastech stejný přístup k základním sociálním službám jako ostatní.

### 33. *Cíl č. 2: Zmírnění marginalizace starších osob ve venkovských oblastech*

#### **Opatření**

- (a) Navrhnout a v praxi uskutečnit programy pro udržení nezávislosti starších osob (včetně postižených seniorů) ve venkovských oblastech a zajistit poskytování služeb, které jim k tomu napomohou.
- (b) Podporovat a posilovat tradiční venkovské mechanismy vzájemné pomoci v rámci místní komunity.
- (c) Zaměřit se na podporu seniorů, kteří žijí na venkově a nemají rodinu, především pak na pomoc starším ženám, které se dožívají vyššího věku a jejichž zdroje jsou často omezenější.
- (d) Jako prioritu vnímat samostatnost starších žen na venkově a poskytnout jim přístup k potřebné infrastruktuře a finančním službám.
- (e) Podporovat novátorské mechanismy pomoci lidem na venkově nebo mechanismy vzájemné pomoci v rámci místní komunity, mimo jiné například výměnu vědomostí a zkušeností mezi seniory navzájem.

### 34. *Cíl č. 3: Integrace starších migrantů do jejich nového prostředí*

#### **Opatření**

- (a) Podporovat podpůrné sociální sítě pro starší migranty.
- (b) Sestavit opatření, která poskytnou starším migrantům dlouhodobé finanční a zdravotní zajištění.
- (c) Navrhnout opatření, pomocí kterých by se v rámci místní komunity zmírnily negativní dopady urbanizace, například zakládat centra pro starší občany.
- (d) Tam, kde je to kulturně přijatelné a kde si to lidé přejí, prosazovat při výstavbě bytových jednotek vícegenerační bydlení.
- (e) Poskytnout pomoc rodinám, aby mohly ubytovávat své starší příbuzné, pokud si to tito lidé přejí.
- (f) Vytvořit programy a opatření, které v souladu s právem daného státu a s místními podmínkami umožní zapojení starších migrantů do společenského, kulturního, politického a hospodářského života cílové země a které jim v této zemi zajistí respekt.

## **Oblast 4: Přístup k vědomostem, vzdělání a možnostem rozšíření kvalifikace**

35. Vzdělání je základem pro aktivní a spokojený život. Na Miléniovém summitu OSN byl přijat závazek, že do roku 2015 budou muset všechny děti absolvovat alespoň základní školu. Koncept znalostní společnosti vyžaduje, aby byly prosazovány programy zajišťující celoživotní možnosti vzdělávání a rozšiřování kvalifi-

kací. Průběžné vzdělávání a rozšiřování kvalifikace lidí je nezbytným předpokladem pro zajištění produktivity jednotlivců i celých národů.

36. V současnosti žije v rozvojových zemích mnoho starších lidí, kteří mají jen minimální gramotnost a znalosti počtů, což výrazně omezuje jejich schopnost vydělat si peníze na vlastní živobytí, a tudíž to zprostředkovaně ovlivňuje jejich zdraví a spokojenost. Ve všech zemích je celoživotní vzdělávání také důležitým předpokladem pro zapojení seniorů do pracovního procesu.

37. Pracoviště, kde působí lidé různých věkových kategorií, vytváří prostředí, ve kterém si lidé mohou předávat dovednosti, znalosti a zkušenosti. Toto vzájemné rozšiřování znalostí lze formálně zakotvit v kolektivních smlouvách a oficiálních politikách, nebo může pronikat do praxe neformálními cestami.

38. Starší osoby, které nemají přístup ke vzdělání nebo průběžnému rozšiřování znalostí, mohou při setkání s moderními technologiemi zažít pocit odcizení. Lepší přístup ke vzdělání v nižším věku pomůže lidem později zvládnout technologické změny. I přesto však zůstává v některých oblastech světa negramotnost rozšířeným jevem. Moderní technologie lze využít pro spojování lidí, tedy k omezení marginalizace, osamění a izolace seniorů od mladších lidí. Proto je třeba přijmout opatření, která zajistí starším lidem přístup k moderním technologiím a umožní jim vyrovnat se s jejich vývojem.

39. Zvyšování kvalifikace, rekvalifikace a vzdělávání jsou klíčovými faktory určujícími schopnosti lidí pracovat a přizpůsobovat se změnám na pracovišti. Díky technologickým a organizačním změnám mohou dovednosti zaměstnanců velice rychle zastarávat a hodnota jejich předchozích praktických zkušeností se tak může dramaticky snižovat. Proto je třeba zajistit starším pracovníkům přístup ke znalostem, vzdělání a možnostem rozšíření kvalifikace. V porovnání s mladšími pracovníky mají tito lidé často větší potíže při snaze přizpůsobit se technologickým a organizačním změnám. To se týká především rozmachu používání informačních technologií.

**40. Cíl č. 1: Rovné příležitosti v přístupu ke vzdělání, k rozšiřování kvalifikace a rekvalifikaci, k pracovním poradenským službám a pomoci při hledání zaměstnání pro všechny věkové kategorie**

### **Opatření**

(a) Do roku 2015 dosáhnout padesátiprocentního zlepšení v úrovni gramotnosti dospělých, především žen, a zajistit rovný přístup k základnímu a celoživotnímu vzdělávání pro všechny dospělé.

- (b) Podporovat zvyšování úrovně gramotnosti, znalostí základních početních úkonů a technických dovedností mezi seniory a stárnoucími pracovníky, včetně zvyšování úrovně specializovaných znalostí a schopností práce na počítači u postižených.
- (c) Uskutečňovat programy zajišťující starším pracovníkům přístup ke kvalifikačním a rekvalifikačním kurzům a pomáhající jim uplatňovat jejich nabyté znalosti a dovednosti i po odchodu do důchodu.
- (d) Mimo jiné s ohledem na potřeby starších žen zajistit, aby byly výhody moderních technologií, především informačních a komunikačních technologií, dostupné pro všechny.
- (e) Sestavit a rozšířit snadno pochopitelné informační materiály, které pomohou starým lidem vyrovnat se snáze s moderními technologiemi v každodenním životě.
- (f) Podporovat výrobu výpočetní techniky a tištěných a zvukových materiálů, při které je brán ohled na změnu fyzických schopností a potíže se zrakem, které postihují starší osoby.
- (g) Podporovat další výzkum, který pomůže přesněji vymezit vztah mezi vzděláním a produktivitou práce, čímž zaměstnancům i zaměstnavatelům jasně ukáže výhody průběžného školení a vzdělávání starších osob.
- (h) Zvýšit povědomí zaměstnavatelů a organizací zaměstnanců o tom, jaký přínos má rekvalifikace starších pracovníků, především žen.

**41. Cíl č. 2: Plně využití potenciálu a odborných znalostí osob všech věkových kategorií, uznání výhod bohatších zkušeností starších osob**

**Opatření**

- (a) Zvážit opatření, která by pomohla plně využít potenciál a odborné znalosti starších osob při vzdělávání ostatních.
- (b) V rámci vzdělávacích programů vytvořit příležitosti pro předávání znalostí a zkušeností mezi generacemi navzájem, včetně znalostí a zkušeností týkajících se používání moderních technologií.
- (c) Umožnit starším lidem, aby se uplatnili jako instruktoři, zprostředkovatelé informací a poradci.
- (d) Podpořit tradiční i netradiční formy vzájemné mezigenerační pomoci v rodinách, obcích a místních komunitách s jasnou perspektivou pro zástupce obou pohlaví.
- (e) Podpořit dobrovolníky z řad seniorů v jejich snaze předávat ostatním zkušenosti ze všech oborů lidské činnosti, především z oblasti informačních technologií.
- (f) Podpořit využívání společenských, kulturních a pedagogických znalostí a potenciálu starších osob.



## Oblast 5: Mezigenerační solidarita

42. Solidarita mezi generacemi na všech úrovních – v rodinách, místních komunitách i na úrovni státu – je základem pro vybudování společnosti pro lidi všech věkových kategorií. Solidarita je také hlavním předpokladem pro sociální soudržnost a základem pro státem zajišťovanou i pro nestátní sociální péči. Změny demografických, společenských a hospodářských podmínek vyvolávají nutnost upravit systémy vyplácení důchodů, sociální péče, zdravotnictví a dlouhodobé péče tak, aby bylo možno dlouhodobě dosahovat hospodářského růstu a rozvoje a zároveň zajistit vhodnou a efektivní péči a dostatečné příjmy pro seniory.

43. Na úrovni rodin a místních komunit mohou být mezigenerační vztahy prospěšné pro všechny. I přes geografickou mobilitu osob a další tlaky moderního života, které lidi navzájem oddalují, si velká většina lidí ve všech kulturách udržuje po celý život úzké vztahy se svými rodinami. Tyto vztahy fungují oboustranně, starší lidé jejich prostřednictvím často poskytují finanční pomoc a především vzdělání a péči svým vnoučatům a dalším členům rodiny. Všechny subjekty v rámci společnosti, včetně vlád, by se měly snažit tyto vztahy posilovat. Je však třeba si uvědomit, že starší lidé mnohdy nevnímají možnost žít dohromady s příslušníky mladší generace jako to nejlepší nebo upřednostňované řešení.

### 44. *Cíl č. 1: Posílení solidarity prostřednictvím rovnoprávného a dvoustranného vztahu mezi generacemi*

#### **Opatření**

- (a) Prostřednictvím veřejného školství prosazovat pochopení pro stárnutí jako fenomén, který se týká celé společnosti.
- (b) Zvážit přehodnocení současných politik tak, aby skutečně zajišťovaly solidaritu mezi generacemi a podporovaly sociální soudržnost.
- (c) Vyvíjet programy zaměřené na vzájemnou a produktivní komunikaci mezi generacemi, se zvláštním ohledem na vnímání seniorů jako cenné součásti společnosti.
- (d) Maximalizovat možnosti vylepšení a udržení mezigeneračních vztahů v místních komunitách, mimo jiné prostřednictvím setkání pro lidi všech věkových kategorií jako prevence vzájemného odloučení jednotlivých generací.
- (e) Zvážit potřebu řešit konkrétní problémy generace, která se musí starat o vlastní rodiče, děti a vnoučata zároveň.
- (f) Podporovat a utužovat mezigenerační solidaritu a vzájemnou podporu jako klíčový prvek sociálního rozvoje.
- (g) Dát podnět ke zkoumání výhod a nevýhod různých způsobů života starších osob, například společného soužití s rodinou nebo samostatného bydlení, v různých kulturách a v různých situacích.

## Oblast 6: Odstranění chudoby

45. Jedním ze základních cílů tohoto Akčního plánu je boj s chudobou starších osob a snaha o její úplné odstranění. Přestože se v nedávné době celosvětová pozornost aktivněji zaměřovala na cíle a metody odstranění chudoby, v mnoha zemích se tyto cíle a programy doposud netýkají seniorů. V oblastech, kde je chudoba velice rozšířeným jevem, žijí lidé v chudobě často celý život a ve stáří se jejich chudoba ještě prohlubuje.

46. Pohled na situaci žen ukazuje, že institucionální zaujatost v rámci systémů sociální ochrany obyvatel a především systémy vycházející z nepřerušované doby práce dále přispívají k prohlubování chudoby žen. Nespravedlnost a rozdíly mezi muži a ženami v podílu na hospodářské moci, v nerovném rozdělení neodměňované práce mezi obě pohlaví, nedostatek technologické a finanční podpory pro podnikání žen, nerovný přístup ke kapitálu a nerovné možnosti v jeho kontrole, především co se týče vlastnictví půdy, možnosti získat úvěry a v přístupu na trh práce, stejně jako diskriminační zvyky a tradice omezují možnost žen ekonomicky se osamostatnit a prohlubují feminizaci chudoby. V mnoha společnostech hrozí chudoba především domácnostem, které vede žena, ať už proto, že je rozvedená, že nežije se svým partnerem, nebo že se nikdy nevdala. Pro řešení problému feminizace chudoby, a to především chudoby starších žen, je proto třeba používat zvláštní nástroje sociální ochrany.

47. V porovnání s nepostiženými osobami hrozí také větší riziko chudoby postiženým lidem, a to částečně v důsledku diskriminace na trhu práce, včetně diskriminace ze strany zaměstnavatelů a nedostatku vhodných pracovišť, která by vyhovovala těmto osobám.

### 48. Cíl č. 1: Omezení chudoby starších osob

#### Opatření

- (a) Snížit podíl lidí žijících v podmínkách extrémní chudoby o polovinu do roku 2015.
- (b) Zapojit seniory do programů a politik snažících se o snížení chudoby.
- (c) Prosazovat rovný přístup seniorů k zaměstnání, k úvěrům, na trhy, k majetku a možnostem tvorby osobních příjmů.
- (d) Zajistit, aby byl při vytváření strategií a uplatňování metod vymýcení chudoby specificky kladen důraz na problémy starších žen, velmi starých osob, postižených seniorů a starých lidí, kteří žijí sami.
- (e) Stanovit vhodné a na všech úrovních použitelné ukazatele chudoby, které budou odděleně ukazovat chudobu mužů a žen a které budou sloužit jako základní prostředek identifikace potřeb chudých starých žen, a podporovat

používání existujících ukazatelů chudoby tak, aby byla zmapována situace pro všechny věkové skupiny a pro obě pohlaví.

- (f) Podporovat inovativní programy pro starší lidi (zejména ženy) a umožnit jim, aby se podíleli a také měli prospěch z úsilí o odstraňování chudoby.
- (g) Posílit mezinárodní spolupráci a podpořit tak snahu jednotlivých zemí o odstranění chudoby v souladu s mezinárodními cíli tak, aby bylo možné vytvořit udržitelný systém sociální a finanční pomoci seniorům.
- (h) Pomoci rozvojovým zemím překonávat překážky, které jim brání ve snaze zapojit se do stále více globalizované světové ekonomiky, a pomoci jim tak odstranit chudobu, zejména chudobu seniorů.

### **Oblast 7: Zajištění příjmů, sociální ochrana, sociální zabezpečení a prevence chudoby**

49. Zajištění příjmů, příspěvková i nepříspěvková sociální ochrana a sociální zabezpečení jsou poskytovány v rámci nestátních i velice složitých státních systémů. Tyto systémy jsou jedním ze základů ekonomické prosperity a sociální soudržnosti.

50. Globalizace, programy pro přizpůsobení se strukturálním změnám, finanční omezení a rostoucí populace starších osob jsou často vnímány jako faktory, které vyvíjejí tlak na státní systémy sociální péče a ochrany. Udržitelnost poskytování dostatečné výše finančních prostředků příjemcům hraje velice důležitou roli. V rozvojových zemích, které mají jen velice omezené systémy sociální péče a ochrany, mají na občany podstatné dopady tržní šoky a osobní problémy, které mohou zásadně ovlivnit podporu poskytovanou v rámci rodiny. V zemích s transformující se ekonomikou způsobily změny v hospodářství zchudnutí některých skupin obyvatel, především starších osob a rodin s dětmi. V zemích, kde došlo k hyperinflaci, navíc klesla reálná hodnota důchodů, dávek pro postižené, zdravotních dávek a úspor téměř k nule.

51. V rámci systémů sociální ochrany a péče je třeba se zaměřit na feminizaci chudoby, především na chudobu starších žen.

52. *Cíl č. 1: Podpora programů umožňujících pracovníkům získat základní sociální ochranu a péči, včetně případných výplat důchodů a dávek pro postižené a nemocné osoby.*

#### **Opatření**

- (a) Sestavit a uskutečnit programy, jejichž cílem bude dostatečná finanční a sociální podpora všech seniorů.
- (b) Usilovat o rovnost mezi muži a ženami v systémech sociální ochrany a sociálního zabezpečení.

- (c) Tam, kde to lze, zajistit, aby systémy sociální ochrany a sociálního zabezpečení obsluhovaly stále větší podíl oficiálně i neoficiálně pracujících lidí.
- (d) Zvážit inovativní programy sociální ochrany a sociálního zabezpečení pro osoby pracující v neoficiálním zaměstnání.
- (e) Vytvořit programy podporující zaměstnávání málo kvalifikovaných starších osob a poskytnout jim ochranu v rámci systémů sociální ochrany a sociálního zabezpečení.
- (f) Usilovat o důvěryhodnost, udržitelnost, platební schopnost a průhlednost systémů důchodového zabezpečení a případně také systémů vyplácení dávek pro postižené.
- (h) Poskytovat starším osobám poradenské služby týkající se všech aspektů sociální ochrany a sociálního zabezpečení.

**53. Cíl č. 2: Dostatečný minimální příjem pro starší osoby, především s ohledem na sociálně a ekonomicky znevýhodněné skupiny**

**Opatření**

- (a) Zvážit případné zavedení nepřispěvkového penzijního systému a systému pro vyplácení dávek postiženým osobám.
- (b) Ve společnostech, kde neexistují, urychleně zavést systémy sociální ochrany a sociálního zabezpečení, a tím zajistit alespoň minimální příjmy pro seniory, kteří nemají žádné finanční zdroje – většinou se jedná o ženy, především o ty, které žijí samy a často nejsou schopny se chudobě ubránit.
- (c) Při jakékoliv reformě penzijního systému případně systému dávek pro postižené brát vždy ohled na životní úroveň seniorů.
- (d) Podniknout kroky k tomu, aby případná hyperinflace neovlivnila reálnou výši důchodů, dávek pro postižené a úspor.
- (e) Přizvat mezinárodní organizace, především mezinárodní finanční instituce, aby v rozsahu svého mandátu pomohly rozvojovým zemím a zemím, které pomoc potřebují, v jejich snaze o zajištění základní sociální ochrany, především ochrany seniorů.

**Oblast 8: Krizové situace**

54. V krizových situacích, jako jsou přírodní katastrofy nebo jiné humanitární krize, jsou starší osoby obzvláště zranitelné, jelikož mohou být odloučeny od příbuzných a přátel a nejsou schopny si samy zajistit potraviny a přístřeší. Mohou být však také požádány, aby poskytly pomoc ostatním. Vlády a humanitární organizace by si měly uvědomit, že starší osoby se mohou podílet na řešení krizových situací, zejména při obnově a rekonstrukci.

**55. Cíl č. 1: Rovný přístup starších osob k potravinám, přístřeší, lékařské péči a jiným službám během přírodních katastrof a jiných humanitárních krizí a po nich.**

**Opatření**

- (a) Učinit konkrétní opatření k ochraně a pomoci starším osobám v případě ozbrojených konfliktů a okupace cizími vojsky, včetně poskytování služeb fyzické a psychické pomoci postiženým osobám.
- (b) Požadovat na vládách, aby chránily starší osoby, které byly přesídleny v rámci státu, pomáhaly jim a poskytovaly jim humanitární pomoc a humanitární krizovou pomoc v souladu s rezolucemi Valného shromáždění.
- (c) Identifikovat starší osoby nacházející se v krizové situaci a zajistit, aby byly zohledněny jejich silné stránky a slabiny při vyhodnocování aktuálních potřeb.
- (d) Zvýšit informovanost pracovníků pomáhajících organizací o specifických zdravotních potřebách seniorů a způsobech, jak se těmto potřebám přizpůsobit.
- (e) Snažit se zajistit, aby příslušné služby byly dostupné a starší lidé k nim měli fyzický přístup a aby senioři hráli aktivní roli při plánování a poskytování těchto služeb.
- (f) Uvědomit si, že uprchlíci v pokročilém věku pocházejí z různých kulturních prostředí a v novém, neznámém prostředí často mnohem více potřebují sociální síť a větší podporu, a snažit se zajistit, aby měli přístup k takovýmto službám.
- (g) Sestavit státní plány pro pomoc seniorům při neštěstích, zajistit připravenost na neštěstí, školení záchranných pracovníků a dostupnost potřebných služeb a prostředků a seznámit s těmito plány veřejnost.
- (h) Pomoci seniorům obnovit styk s rodinou a společenské kontakty a pomoci jim překonat posttraumatický stres.
- (i) Vytvořit mechanismy, které zabrání tomu, aby po přírodních katastrofách podvodníci získávali finanční prostředky od starších osob.
- (j) Chránit starší osoby před fyzickým, psychickým a sexuálním zneužíváním a finančními podvody v krizových situacích, zvýšit jejich povědomí o tomto riziku a především se zaměřit na rizika, která hrozí ženám.
- (k) Podporovat cílené zapojování starších osob do všech aspektů plánování a uskutečňování krizových programů, mimo jiné prostřednictvím pomoci seniorům, aby byli samostatnější, a také prostřednictvím podpory místních programů pro pomoc nejstarším členům společnosti.
- (l) Rozšířit mezinárodní spolupráci tak, aby došlo ke sdílení nákladů na řešení krizí, zajistit koordinaci humanitární pomoci pro země postižené přírodními katastrofami nebo jinými humanitárními krizemi, včetně situací po konfliktech, a to způsobem, který zajistí obnovu a dlouhodobý rozvoj.

**56. Cíl č. 2: Větší přínos starších osob obnově a rekonstrukci místních komunit a při obnovování společenských vztahů po krizových situacích**

**Opatření**

- (a) Zapojit starší osoby do poskytování pomoci a zajišťování obnovy včetně identifikace seniorů, které krize obzvláště ohrozila, a pomoci těmto lidem.
- (b) Rozpoznat potenciál starších osob jako vůdčích osobností v rodinách a místních komunitách a využít tento potenciál pro vzdělávání seniorů, komunikaci a řešení konfliktů.
- (c) Se zvláštním ohledem na potřeby starších žen v rámci obnovovacích projektů pomoci starším osobám, aby znovu dosáhly ekonomické soběstačnosti a získaly zdroj příjmů, přístup ke vzdělání a k profesním aktivitám.
- (d) Poskytovat právní poradenství a informace starším lidem, kteří byli přesídleni, zbaveni nemovitého a dalšího osobního nebo výrobního majetku.
- (e) Brát zvláštní ohledy na potřeby starších osob při tvorbě programů humanitární pomoci a při sestavování balíčků rozdáváných osobám postiženým přírodní katastrofou nebo jinou krizovou situací.
- (f) Informovat o pozitivních zkušenostech s úspěšným využíváním pomoci ze strany seniorů v období po krizových situacích a používat tyto zkušenosti v praxi.

## **B. DRUHÁ HLAVNÍ PRIORITY OBLAST: ZLEPŠENÍ ZDRAVÍ A TĚLESNÉ A DUŠEVNÍ POHODY V POKROČILÉM VĚKU**

57. Dobré zdraví je základním předpokladem pro kvalitní život člověka. Obdobně je také vysoká úroveň zdraví lidí zásadním předpokladem pro ekonomický růst a rozvoj každé společnosti. Výhody a přínos zdravého stáří celé lidstvo však dosud nesdílí, protože některé země, zejména rozvojové, a některé skupiny obyvatel jsou vystaveny vysoké nemocnosti a úmrtnosti ve všech věkových skupinách.

58. Léčebná a preventivní péče včetně rehabilitace a péče o sexuální zdraví musejí být starším lidem plně dostupné. Zajištění plné dostupnosti zdravotní péče a služeb včetně prevence onemocnění. Vzhledem k tomu, že podpora zdraví a prevence nemocí v průběhu celého života se musí zaměřit na zachování soběstačnosti, zabránění či oddálení nemoci a zdravotního postižení a jejich léčení, stejně jako na zlepšení kvality život starších lidí, kteří již se zdravotním postižením žijí. Poskytovatelé zdravotních služeb a péče musejí bezpodmínečně zajistit vzdělání pracovníků a jednotlivá zařízení potřebám starších lidí.

59. Světová zdravotnická organizace chápe zdraví jako stav psychické, fyzické a sociální pohody a nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci. Dosáhnout vyššího věku ve zdraví vyžaduje na jedné straně individuální úsilí po celou dobu života a na straně druhé takové prostředí, ve kterém toto úsilí může uspět. Zodpovědností jednotlivých lidí je žít zdravě, zodpovědností vlády je vytvořit prostředí, které bude umožňovat a podporovat rozvoj zdraví až do vyššího věku. Jak z lidských tak i z ekonomických důvodů je třeba umožnit starším lidem stejný přístup k preventivní, léčebné a rehabilitační péči jako ostatním věkovým skupinám. Stejně tak ale musejí být dostupné služby, které jsou určeny přímo starším lidem, takže geriatrická medicína musí být nedílnou součástí nejen kurikula univerzitního vzdělávání, ale také praktického poskytování služeb. Kromě vlád jsou tu ještě další důležité aktéři, zejména nestátní neziskové organizace a rodiny. Ti pomáhají lidem žít zdravým způsobem života a s vládami spolupracují s cílem vytvořit pro zdraví příznivé prostředí.

60. Ve všech regionech světa v současné době dochází k epidemiologickým změnám, vyznačujícím se přechodem od dříve převládajících infekčních a parazitických onemocnění k převládání chronických a degenerativních onemocnění. Mnoho rozvojových zemí a zemí s transformující se ekonomikou však musí bojovat s nově vznikajícími i známými nakažlivými chorobami, jako je HIV/AIDS, tuberkulóza a malárie, a také s rostoucí hrozbou nemocí nepřenositelných.

61. Narůstající potřeba péče a léčení starších lidí vyžaduje přiměřená politická opatření. Jejich absence může vyústit v neúnosnou ekonomickou zátěž. Zdravotní politika prosazující celoživotní zdraví včetně podpory zdraví a prevence nemocí, podpůrné technologie, rehabilitativní péče v individualizovaných případech, služby pro duševní zdraví, podpora zdravého životního stylu a vstřícné prostředí, to vše může zmírnit míru nesoběstačnosti a zdravotního postižení a uspořít celospolečenské prostředky.

## **Oblast 1: Podpora zdraví a tělesná a duševní pohoda po celý život**

62. Podpora zdraví znamená, aby se lidé starali o své zdraví, monitorovali a zlepšovali je. Základní strategie podpory zdraví je zakotvena v Ottawské chartě z roku 1986. Cíl zlepšit zdraví v průběhu celého života, redukovat morbiditu a mortalitu byly zakotveny také v závěrech Mezinárodní konference o populaci a rozvoji (1994). Těchto cílů je možno efektivně dosáhnout, pokud budou země respektovat doporučení Světové zdravotnické organizace ke zlepšení jak zdraví společnosti tak přístupu k přiměřené zdravotní péči.

63. Základním předpokladem zdravého stárnutí je zdravotní osvěta a rovný přístup starších osob ke zdravotní péči a službám, včetně prevence nemocí po celou dobu života. Z hlediska dlouhodobé perspektivy je třeba si uvědomit, že zdravotní osvěta a prevence nemocí se musí zaměřit na zachování soběstačnosti seniorů, prevenci a léčbu onemocnění a předcházení zdravotnímu postižení, ale také na zlepšení funkčního stavu a kvality života starších lidí, kteří již žijí se zdravotním postižením.

64. K udržení dobrého zdravotního stavu a jeho zlepšení je třeba více než jen specifická opatření týkající se zdraví jednotlivců. Zdraví je silně ovlivňováno životním prostředím, ekonomickými a sociálními faktory, včetně okolí, geografické polohy, vzdělání, povolání, příjmu, společenského postavení, pomoci ze strany společnosti, kultury a pohlaví. Zlepšení ekonomické a sociální situace starších osob napomůže i zlepšení jejich zdravotního stavu. I přes určitá zlepšení v oblasti legislativy a poskytování služeb neexistují v mnoha oblastech stále rovné příležitosti pro ženy po celou dobu života. Zejména ženy by se měly po celý život starat o to, aby byly v pozdějším věku v dobrém fyzickém a duševním stavu, protože během svého života musejí překonávat mnohé problémy, které mohou mít obrovský vliv na jejich sociální, ekonomický, fyzický a duševní stav v pozdějším věku.

65. Děti a staří lidé jsou citlivější k různým i velmi mírným formám znečištění životního prostředí, které je mohou poškodit více než lidi středního věku. Poškození zdraví v důsledku znečištění životního prostředí snižuje produktivitu lidí a zhoršuje kvalitu života lidí s přibývajícím věkem. Malnutrice a špatná výživa představují další rizika pro zdraví starších lidí a mohou negativně ovlivnit jejich zdraví a vitalitu. Mezi přední a podporou zdraví a preventivními opatřeními odstranitelné příčiny nemocí, dysaptibility a úmrtnosti starších lidí patří kromě dalších zejména výživa, fyzická inaktivita a kuřáctví.

#### **66. Cíl č. 1: Omezení rizikových faktorů onemocnění a následné nesoběstačnosti v pokročilém věku**

##### **Opatření**

- (a) Upřednostnit programy odstranění chudoby s cílem zlepšit zdravotní stav starších osob, zejména chudých a osob na okraji společnosti.
- (b) Zajistit podmínky, které by umožňovaly rodinným příslušníkům a komunitám poskytovat stárnoucím osobám péči a ochranu.
- (c) Vytyčit cíle, zejména cíle specifické pro jednotlivá pohlaví, které přispějí ke zlepšení zdravotního stavu starších lidí a sníží úmrtnost a nesoběstačnost.
- (d) Identifikovat hlavní environmentální a socioekonomické faktory, které přispívají k šíření nemocí a ke vzniku zdravotního postižení v pokročilém věku, a zabývat se jimi.



- (e) Zaměřit strategii podpory zdraví a prevence onemocnění včetně zdravotní výchovy a informačních kampaní na nejdůležitější rizikové faktory: nezdravou dietu, nedostatek fyzického pohybu a ostatní nezdravé návyky, jako je kouření a abusus alkoholu.
- (f) Komplexně postupovat v prevenci abusu alkoholu a užívání tabákových výrobků stejně tak jako proti pasivnímu kouření, snížit spotřebu tabáku v průběhu celého života.
- (g) Zavést a provádět legislativní a administrativní opatření vedoucí k obecné informovanosti a podpoře zdraví, včetně kampaní proti znečišťování životního prostředí a expozici škodlivinám v průběhu celého života.
- (h) Propagovat bezpečné používání všech léků a snížit na minimum zneužívání léků na předpis prostřednictvím regulačních a výchovných opatření ve spolupráci s příslušným průmyslovým odvětvím a profesními sektory.

#### **67. Cíl č. 2: Rozvoj strategií za účelem prevence špatného zdravotního stavu u starších osob**

##### **Opatření**

- (a) Naplánovat včasné zákroky s cílem předejít vzniku nemoci a postižení.
- (b) Podporovat programy očkování dospělých jakožto preventivní opatření.
- (c) Zajistit, aby byly programy primární prevence a vyšetření určená pro muže i ženy finančně dostupná i starším osobám.
- (d) Umožnit školení, péči a podporu pracovníkům ve zdravotních a sociálních službách, aby mohli poskytovat poradenství ohledně zdravého životního stylu a soběstačnosti osobám v pokročilém věku.
- (e) Věnovat pozornost nebezpečím vznikajícím v důsledku společenské izolace a duševních chorob a snižovat jejich vliv na zdraví starších osob, a to zejména podporováním větší role komunity a vzájemné pomoci, včetně programů pomoci od vrstevníků a sousedských návštěv, a také umožňováním aktivní účasti starších osob na dobrovolných aktivitách.
- (f) Propagovat občanskou a kulturní angažovanost starších lidí jakožto strategie, které pomáhají v boji proti společenské izolaci a podporují samostatnost.
- (g) Nekompromisně zavádět a posilovat vnitrostátní i mezinárodní bezpečnostní normy, kdekoliv to jde, s cílem prevence úrazů u lidí všech věkových kategorií.
- (h) Zabránit úrazům tím, že se zlepší chápání jejich příčin a přijmou se opatření na ochranu chodců, uskuteční se programy prevence, sníží se rizika, jako např. riziko požáru v domácnosti, a lidem se poskytnou doporučení ohledně bezpečnosti.
- (i) Zpracovat na všech úrovních statistické ukazatele pro nemoci běžné u starších osob, které budou použity při vývoji strategií prevence dalších onemocnění v této skupině obyvatel.
- (j) Povzbuzovat starší lidi, aby vedli nebo zvolili aktivní a zdravý způsob života, včetně fyzické aktivity a sportu.

### 68. Cíl č. 3: Přístup k potravě a adekvátní výživě pro všechny starší lidi

#### Opatření

- (a) Prosazovat rovný přístup starých lidí k čisté vodě a bezpečné potravě.
- (b) Dosáhnout bezpečné stravy zajištěním bezpečného a nutričně adekvátního přísunu potravy v národním i mezinárodním měřítku. Zajistit a garantovat, aby se ani potrava ani léky nestaly nástroji politického nátlaku.
- (c) Prosazovat celoživotní zdravou a adekvátní stravu od dětství se zřetelem na to, aby byly zajištěny specifické nutriční potřeby mužů a žen v průběhu celého života.
- (d) Zajistit vyváženou dietu, poskytující přiměřený energetický příjem a obsahující mikro- i makronutrienty v přiměřeném množství, která by byla založena na využití místních potravin, a to i prostřednictvím národních nutričních cílů.
- (e) Zejména věnovat pozornost malnutrici a s ní spojeným onemocněním v procesu navrhování a implementace programů podpory zdraví a prevence pro starší lidi.
- (f) Edukovat starší občany a veřejnost jako takovou, zejména rodinné či jiné neformální pečující, o specifických nutričních potřebách starších lidí, a to včetně příjmu vody, energie, proteinů, vitaminů a minerálů.
- (g) Zajistit dostupnou a dosažitelnou péči o chrup a léčit ty poruchy, které způsobují ve svých důsledcích poruchu příjmu potravy a zapříčiňují tak malnutrici.
- (h) Zahrnout specifické nutriční potřeby starších lidí do výukových osnov pracovníků zdravotní, sociální péče a dalších služeb pro seniory.
- (i) Zajistit přiměřené a adekvátní poskytování vhodné výživy v přiměřených a dostupných ekonomických relacích pro starší pacienty v nemocnicích a ostatních zařízeních poskytujících péči.

## Oblast 2: Obecný a rovný přístup ke zdravotnickým službám

69. Investice do zdravotní péče a rehabilitace pro seniory prodlužují jejich zdravý a aktivní život. Hlavním cílem v této oblasti je poskytování celého spektra zdravotnických služeb, od podpory zdraví a prevence nemocí až po poskytování primární zdravotní péče, akutní péče, rehabilitace, péče o chronicky nemocné v rámci místních komunit, fyzické a psychické rehabilitace starších osob včetně postižených a paliativní péče<sup>4</sup> poskytované seniorům, kteří trpí bolestivými nebo nevléčitelnými nemocemi. Aby byla péče o starší osoby efektivní, musí v sobě sdružovat fyzickou péči, psychickou, duševní, společenskou a duchovní podporu a musí probíhat ve vhodném prostředí.

<sup>4</sup> Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako aktivní komplexní péči o pacienty, kteří nereagují na léčebné prostředky. Cílem této péče je omezovat bolest a další symptomy nemoci a poskytovat psychologickou, společenskou a duchovní podporu pacientům samotným i jejich rodinám.

70. Primární zdravotní péče je základem zdravotní péče, je založena na praktických, vědecky podložených a sociálně akceptovatelných metodách a technologiích, které jsou obecně dostupné pro jedince i rodiny v komunitě prostřednictvím jejich plné účasti a za nákladů a ceny, které si komunita či země mohou dovolit v určité fázi svého vývoje. Starší lidé mohou zažívat finanční, fyzické, psychologické a právní bariéry ke zdravotnickým službám. Mohou se také setkat s diskriminací z důvodu věku a s věkem související dysaptibilitou v poskytování zdravotnických služeb, protože jejich léčení může být vnímáno jako méně hodnotné než léčení mladších lidí.

71. Uvědomujeme si rozsah zdravotních problémů, se kterými se potýkají mnohé rozvojové a nejméně rozvinuté země, především rozsah problémů spojených s HIV/AIDS, tuberkulózou, malárií a dalšími epidemickými nemocemi. Považujeme za důležité, aby se Dohoda WTO o obchodních aspektech práv duševního vlastnictví (Dohoda TRIPS) stala součástí širších národních a mezinárodních snah o řešení těchto problémů.

72. Důležitým faktorem pro vývoj nových léčiv je ochrana duševního vlastnictví. Chápeme obavy týkající se vlivu této ochrany na ceny. Souhlasíme s tím, že Dohoda TRIPS neomezuje a neměla by omezovat její členy při snaze o ochranu veřejného zdraví. V souladu s tím a v souladu s našimi závazky vyplývajícími z této dohody si myslíme, že tato dohoda může a měla by být interpretována způsobem, který podpoří snahu vlád o ochranu veřejného zdraví v jednotlivých zemích a zároveň pomůže zajistit všem přístup k potřebným lékům.

73. Vlády nesou primární odpovědnost za stanovení a monitoring standardů zdravotní péče a za poskytování zdravotní péče lidem všech věkových kategorií. Spolupráce mezi vládami, občanskou společností, včetně nevládních organizací a organizací s místní působností, a soukromým sektorem představuje hodnotný přínos pro poskytování služeb a péče starším osobám. Je však důležité si uvědomit, že služby poskytované rodinami a místními organizacemi nemohou nahradit systém veřejného zdravotnictví.

74. *Cíl č. 1: Eliminace sociálních a ekonomických nerovností způsobených rozdíly ve věku, pohlaví nebo jinými příčinami, jako například jazykovou bariérou, aby mohla být zdravotní péče poskytována bez rozdílu všem seniorům*

### **Opatření**

(a) Podniknout kroky zajišťující spravedlivou distribuci zdravotní a rehabilitační péče mezi starší osoby a především zvýšit dostupnost této péče pro chudé seniory a podporovat zajišťování těchto služeb v oblastech, kde jsou špatně

dostupné, jako například na venkově a v odlehlých oblastech, a zajistit finančně přijatelnou dostupnost základních léčiv a terapeutických zákroků.

- (b) Zajistit rovný přístup k péči pro chudé starší osoby i pro ty seniory, kteří žijí na venkově a v odlehlých oblastech, mimo jiné prostřednictvím snižování poplatků pacientů, zajišťováním zdravotního pojištění a jinými opatřeními, která učiní zdravotní péči finančně dostupnější.
- (c) Prosazovat finančně přijatelný přístup k základním lékům a terapeutickým zákrokům.
- (d) Vzdělávat starší osoby a pomoci jim dosáhnout samostatnosti při využívání a výběru zdravotních a rehabilitačních služeb.
- (e) Dostát mezinárodním závazkům, a zajistit tak starším lidem přístup k primární zdravotní péči, aniž by při tom byli diskriminováni na základě svého věku nebo čehokoliv jiného.
- (f) Zajistit rozsáhlejší přístup seniorů k primární zdravotní péči a podniknout kroky vedoucí k odstranění diskriminace ve zdravotnictví na základě věku nebo čehokoliv jiného.
- (g) Využívat technologie, jako je například telemedicína a vzdělávání poskytované na dálku, a tak překonat geografické a logistické bariéry v přístupu ke zdravotní péči ve venkovských oblastech.

**75. Cíl č. 2: Rozvoj a posilování primární zdravotní péče s cílem naplnit potřeby seniorů a podporovat jejich účast na tomto rozvoji**

**Opatření**

- (a) Podniknout kroky zajišťující obecný a rovný přístup k primární zdravotní péči a zavést programy zdravotní péče pro seniory v rámci jednotlivých místních komunit.
- (b) Podporovat místní komunity při poskytování pomocných zdravotnických služeb starším lidem.
- (c) Je-li to vhodné a prospěšné, začlenit tradiční medicínu do primární lékařské péče.
- (d) Vyškolit zdravotnický personál a sociální pracovníky v základech gerontologie a geriatrie.
- (e) Na všech úrovních podporovat programy a motivační nástroje, které vedou k tomu, že podniky, především farmaceutické společnosti, investují do výzkumu s cílem nalézt cenově přijatelné léky na nemoci, kterými trpí především starší lidé v rozvojových zemích. Vyzvat Světovou zdravotnickou organizaci, aby zvážila možnosti, jak zlepšit spolupráci mezi veřejným a soukromým sektorem v oblasti zdravotnického výzkumu.

**76. Cíl č. 3: Rozvoj celé škály zdravotnických služeb, které by odpovídaly potřebám seniorů**

**Opatření**

- (a) Na vhodných úrovních vytvořit mechanismy, které stanoví normy pro zdravotní a rehabilitační péči o starší osoby.
- (b) Realizovat strategie pro rozvoj místních komunit, které položí základ pro hodnocení potřeb seniorů pro účely plánování, provádění a hodnocení místních programů zdravotní péče. Tento základ pro hodnocení by měl vycházet i z připomínek seniorů.
- (c) Zlepšit koordinaci poskytování primární zdravotní péče, dlouhodobé péče, sociálních služeb a jiných služeb poskytovaných v rámci místní komunity.
- (d) Podporovat poskytování paliativní péče a její integraci do komplexu zdravotnických služeb. Pro tento účel stanovit normy pro zaškolování o paliativní péči a podporovat multidisciplinární přístup ke všem poskytovatelům paliativní péče.
- (e) Podporovat zřizování a koordinaci celé škály služeb zdravotní péče, včetně mj. prevence nemocnosti a podpory zdraví, primární péče, akutní péče, rehabilitace, dlouhodobé a paliativní péče tak, aby mohly být dostupné zdroje používány flexibilně, způsobem odpovídajícím měnícím se zdravotním potřebám seniorů.
- (f) Vytvořit specializované gerontologické služby a koordinovat jejich činnost se službami primární zdravotní péče a sociální péče.

**77. Cíl č. 4: Zapojení starších osob do rozvoje a posilování role služeb primární a dlouhodobé zdravotní péče**

**Opatření**

- (a) Zapojit seniory do plánování, provádění a hodnocení programů rehabilitace a sociální a zdravotní péče.
- (b) Podporovat poskytovatele zdravotní a sociální péče, aby zapojili seniory do rozhodování o péči, která je jim poskytována.
- (c) Podporovat samostatnost starších lidí v péči o sebe sama a maximalizovat jejich schopnosti a silné stránky v rámci poskytování služeb zdravotní a sociální péče.
- (d) Při tvorbě politiky resortu zdravotnictví brát ohled na potřeby a názory seniorů.

### Oblast 3: Starší lidé a HIV/AIDS

78. Často může být obtížné určit u starších osob HIV/AIDS jako správnou diagnózu, protože příznaky této nemoci si lze snadno splést s jinými syndromy ztráty imunity, kterými staří lidé trpívají. Senioři mohou být vystaveni větším rizikům nákazy HIV/AIDS, protože na ně obvykle nejsou zaměřeny veřejné informační kampaně, a tudíž nejsou informováni o tom, jak by se před touto nemocí měli chránit.

79. *Cíl č. 1: Zlepšit hodnocení dopadů nemoci HIV/AIDS na zdraví seniorů, a to jak v případě těch, kteří jsou nakaženi touto nemocí, tak těch, kteří pečují o nemocné členy rodiny nebo o rodinné příslušníky obětí této nemoci*

#### Opatření

- (a) Zajistit sběr a rozšiřování souboru dat o nemoci HIV/AIDS, aby bylo možno lépe vyhodnotit rozšíření infekce HIV/AIDS mezi seniory.
- (b) Věnovat větší pozornost starším lidem, kteří pečují o osoby nemocné HIV/AIDS, a sbírat kvantitativní i kvalitativní data o zdravotním stavu a potřebách těchto starších pečujících.

80. *Cíl č. 2: Poskytování vhodných informací, školení pro ošetřovatele a osoby, které zajišťují péči, zdravotní a sociální služby seniorům infikovaným HIV/AIDS a jejich rodinným příslušníkům*

#### Opatření

- (a) Tam, kde je to vhodné, přehodnotit strategie zdravotní péče a prevence, aby odpovídaly místním epidemiologickým podmínkám. Informace o prevenci a rizicích HIV/AIDS určené pro nejširší vrstvy by měly vyhovovat i potřebám seniorů.
- (b) Poskytnout pečujícím z řad starších osob zaškolení, které by jim umožnilo věnovat potřebnou péči a zároveň minimalizovalo rizika případných negativních dopadů na jejich vlastní zdraví a spokojenost.
- (c) Zajistit, aby se do strategie léčby AIDS a podpory nemocných promítaly potřeby seniorů, kteří jsou nakaženi HIV/AIDS.

81. *Cíl č. 3: Podpora a uznání přínosu seniorů při jejich pečování o děti s chronickými nemocemi, včetně HIV/AIDS, a v situacích, kdy působí jako náhradní rodiče*

#### Opatření

- (a) V souladu s Deklarací závazků v boji proti HIV/AIDS vyhodnotit finanční dopady nemoci HIV/AIDS na seniory, především v případech, kdy plní roli pečujících.

- (b) Zavést programy pro poskytování materiální podpory, zdravotní péče a půjček starším pečujícím a pomoci jim tak naplnit potřeby jejich dětí a vnoučat v souladu s Miléniovou deklarací.
- (c) Podpořit spolupráci mezi vládními orgány a nevládními organizacemi, které při řešení otázek spojených s HIV/AIDS pracují s dětmi, mládeží a seniory.
- (d) Podpořit vytvoření studií, které by umožnily lepší pochopení a zdůraznění důležitosti přínosu starších osob pro společenský a hospodářský rozvoj ve všech zemích, především v zemích silně zasažených nemocí HIV/AIDS, a zajistit, aby se s výsledky těchto studií mohl seznámit co možná největší počet lidí.

#### **Oblast 4: Vzdělávání pečujících a zdravotnických odborníků**

82. Na celém světě je neprodleně třeba rozšířit možnosti vzdělávání profesionálů v oboru geriatrické a gerontologické, kteří se starými lidmi pracují, a dále je třeba rozšířit nabídku vzdělávacích programů o zdravotní péči a starých lidech pro pracovníky v oboru sociálních služeb. Laičtí pečovatelé musí mít také přístup k informacím a k základnímu zaškolení v péči o seniory.

**83. Cíl č. 1: Poskytování kvalitnějších informací a vzdělání pro zdravotnické pracovníky a další pečující, které jim umožní chápat potřeby seniorů**

##### **Opatření**

- (a) Iniciovat a podporovat programy vzdělávání a zaškolování zdravotnických pracovníků, poskytovatelů sociálních služeb i laických pečovatelů, aby získali lepší znalosti o službách a péči o seniory, včetně vzdělávání těchto lidí v geriatrické a gerontologické, a podporovat v těchto programech všechny státy, ale především rozvojové země.
- (b) Poskytovat pracovníkům ve zdravotnictví i sociálních službách kontinuální edukační programy zaměřené na integrovaný přístup ke zdraví, sociální pohodě a péči o seniory, stejně jako na sociální a psychologické aspekty stárnutí.
- (c) Rozšířit vzdělávání odborníků o kurzy gerontologie a geriatrické a usilovat o rozšíření počtu studentů přijímaných ke studiu geriatrické a gerontologické.

#### **Oblast 5: Duševní potřeby seniorů**

84. Na celém světě jsou problémy duševního zdraví vedoucí příčinou dysaptibility a snížené kvality života. Duševní obtíže nejsou sice pouhým důsledkem stárnu-

tí, ale je zřejmé, že vlivem stárnutí populace bude přibývat seniorů s duševními poruchami. Různé životní ztráty a změny mohou často způsobit spektrum duševních obtíží, které mohou, pokud nebudou správně diagnostikovány, vést k nesprávnému či žádnému léčení, zbytečné institucionalizaci a podobně.

85. Strategii přístupu k těmto problémům zahrnují farmakoterapii, psychosociální podporu, programy kognitivních tréninků, léčebné služby a management duševních obtíží vyššího věku.

**86. Cíl č. 1: Rozvoj komplexních služeb péče o duševně choré, zahrnujících vše od prevence až po včasné zásahy, zajištění léčby, a sledování duševního zdraví seniorů**

### **Opatření**

- (a) Rozvinout a prosadit národní a místní strategie s cílem zlepšit prevenci, včasnou detekci a léčbu duševních onemocnění ve vyšším věku, a to včetně přiměřených diagnostických postupů, správné medikace, psychoterapie a edukace pro profesionální i laické pečovatele.
- (b) Rozvinout tam, kde je to třeba, efektivní strategie ke zlepšení včasné diagnózy Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění. Výzkum týkající se této problematiky musí být multidisciplinární a respektovat jak potřeby pacienta, tak potřeby laických i profesionálních pečovatelů.
- (c) Poskytovat programy pomoci pacientům trpícím Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence tak, aby mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí se zajištěním služeb dle potřeb jejich zdravotního stavu. Vytvořit programy, v rámci kterých bude poskytována pomoc lidem trpícím Alzheimerovou chorobou a jinými onemocněními způsobujícími demenci tak, aby tito lidé mohli co nejdéle žít doma a aby se jim dostávalo potřebné zdravotní péče.
- (d) Rozvinout programy svépomoci a poskytovat respitní péči pacientům, rodinám a dalším pečujícím.
- (e) Vytvořit programy psychosociální terapie, které napomohou opětovnému začlenění pacientů propuštěných z nemocnice do běžného života.
- (f) Vytvořit komplexní nabídku služeb v rámci místních komunit tak, aby lidé nemuseli být zbytečně umísťováni do ústavů.
- (g) Vytvořit služby a zařízení zajišťující bezpečí a péči pro pacienty důstojným způsobem tak, aby odpovídaly potřebám seniorů trpících duševními poruchami.
- (h) Rozšiřovat informovanost veřejnosti o symptomech duševních nemocí, péči o nemocné, následcích těchto nemocí a prognózách budoucího vývoje.
- (i) Zajistit péči o duševní zdraví seniorů žijících v zařízeních dlouhodobé péče.
- (j) Zajistit průběžné vzdělávání zdravotníků, aby byli schopni rozpoznat a vyhodnotit duševní nemoci a stavy deprese.



## Oblast 6: Seniori se zdravotním postižením

87. S věkem narůstá incidence chorob a dysaptibility. Zejména staré ženy jsou ohroženy dysaptibilitou ve vyšším věku, a to kromě jiného z důvodu delší střední délky života, náchylnosti k chorobám a také z důvodu nerovnosti a jejich důsledků v průběhu jejich života.

88. Dopady onemocnění a zdravotního postižení jsou mnohdy ještě umocněny negativními stereotypními představami o lidech, kteří jsou nějak postiženi. Tyto představy mohou vést k nižším očekáváním ohledně jejich schopností a k vytváření sociálních politik, které těmto seniorům neumožňují plně realizovat jejich potenciál.

89. Intervence a prostředí, které seniorům usnadňují a umožňují uplatnění ve společnosti, jsou nezbytné pro dosažení nezávislosti a samostatnosti seniorů se zdravotním postižením. Faktorem, na který je třeba brát ohled při sestavování plánů a při rozhodování o nemocných a postižených seniorech, je stárnutí osob s kognitivními problémy.

### **90. Cíl č. 1: Udržení maximální funkční zdatnosti po celou dobu života a podpora plnohodnotného zapojení zdravotně postižených seniorů do společnosti**

#### **Opatření**

- (a) Zajistit, aby programy státní politiky a orgány koordinující programy pro zdravotně postižené občany věnovaly pozornost problémům zdravotně postižených seniorů.
- (b) Vytvořit vhodné politické iniciativy na celostátní i místní úrovni, legislativu, plány a programy zabývající se péčí a prevencí vzniku postižení, které budou brát ohled na věk a pohlaví občanů, jejich zdraví a na společenské aspekty a prostředí, ve kterém tito lidé žijí.
- (c) Poskytnout potřebnou pomoc a rehabilitaci zdravotně postiženým seniorům.
- (d) V rámci místních komunit vytvořit programy zajišťující vzdělávání lidí o příčinách zdravotního postižení a poskytující lidem informace, jak těmto situacím v životě předcházet a jak se s nimi vyrovnat.
- (e) Vytvořit normy a prostředí, které budou vstřícné vůči lidem všech věkových kategorií a které pomohou a budou kompenzovat dopady zdravotního postižení.
- (f) Podpořit vytváření takových bytových možností pro zdravotně postižené seniory, ve kterých budou minimální bariéry a prostředí je bude motivovat k nezávislosti. Je třeba zajistit, aby veřejná místa, obchody, doprava a další veřejné služby byly dostupné zdravotně postiženým seniorům.

- (g) Podpořit poskytování rehabilitační a další péče zdravotně postiženým seniorům, zajistit jim přístup k pomocným technologiím a zajistit jim služby, podporu a možnost plné integrace do společnosti.
- (h) V souladu s mezinárodním právem a podepsanými mezinárodními dohodami podporovat nediskriminační přístup všech osob, včetně těch nejzranitelnějších a znevýhodňovaných občanů, k lékům a lékařským technologiím za přijatelnou cenu.
- (i) Podporovat a umožňovat zakládání svépomocných organizací zdravotně postižených seniorů a jejich ošetřovatelů.
- (j) Podporovat pochopení zaměstnanců pro zdravotně postižené seniory, kteří jsou i nadále schopni vykonávat produktivní placenou nebo dobrovolnou práci.

## C. TŘETÍ HLAVNÍ PRIORITY OBLAST: VYTVÁŘENÍ PROSTŘEDÍ VSTRÍCNOSTI A POCHOPENÍ

91. Prostředí, které umožňuje seniorům sociální rozvoj, je jedním z hlavních cílů přijatých na Světovém summitu o sociálním rozvoji. Tento závazek byl znovu zdůrazněn na 24. zvláštním zasedání Valného shromáždění o sociálním rozvoji. Představuje vytvoření základního rámce zahrnujícího například vytvoření transparentního a zodpovědného politického systému s účastí seniorů; vhodného způsobu řízení na státní i mezinárodní úrovni v souladu s Miléniovou deklarací; uznání všeobecné platnosti, provázanosti a neoddelitelnosti lidských práv; poskytování rozsáhlejší vnější pomoci rozvojovým zemím prostřednictvím oficiální podpory rozvoje a snížení dluhové zátěže; uznání důležitosti vztahů mezi hospodářskou politikou, sociální politikou a politikou životního prostředí; usnadňování přístupu rozvojových zemí a zemí s transformující se ekonomikou na trhy ve vyspělých zemích; zmírnění dopadů mezinárodních finančních výkyvů na tyto země, prostředí, které umožní seniorům plnohodnotný život, hospodářský růst a sociální rozvoj, které k vytváření takového prostředí přispívají, umožní naplnění cílů a programů nastíněných v tomto Akčním plánu.

92. Mobilizace domácích a mezinárodních zdrojů pro dosažení sociálního rozvoje je jednou z klíčových podmínek pro uskutečnění tohoto Mezinárodního akčního plánu 2002 v praxi. Od roku 1982 se věnuje větší pozornost reformám snažícím se o efektivnější a účelnější využívání existujících zdrojů. Nevhodné a nedostatečné zajišťování státních příjmů v kombinaci s novými problémy v sociálních službách

a zajišťování sociální ochrany, jako například demografické změny a jiné faktory, však ohrožují financování sociálních služeb a systémů sociální ochrany v mnoha zemích. Také roste obecný souhlas s tím, že dluhové břemeno mnoha zadlužených rozvojových zemí je neudržitelně veliké a představuje jednu z hlavních překážek pro dosažení pokroku, který by byl zaměřen na prospěch občanů a pro odstranění chudoby. V mnoha rozvojových zemích a zemích s transformující se ekonomikou výrazně omezuje zadlužení schopnost těchto zemí zajistit sociální rozvoj a poskytování základních služeb.

93. S obavami sledujeme současné odhady toho, jak velký objem zdrojů chybí některým zemím, aby mohly splnit cíle, ke kterým se zavázaly na mezinárodní úrovni, především v Miléniové deklaraci OSN<sup>5</sup>. Aby se podařilo dosáhnout cílů stanovených na mezinárodní úrovni, včetně cílů obsažených v této Miléniové deklaraci, je třeba vytvářet nové partnerské vztahy mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi. Podporujeme rozumná opatření, dobré způsoby řízení státu a uplatňování zákonů na všech úrovních. Dále podporujeme snahu o mobilizaci domácích zdrojů, přilákání zahraničního kapitálu, rozvoj mezinárodního obchodu jako hnacího motoru rozvoje, rozšiřování mezinárodní finanční a technické spolupráce na rozvojových projektech, udržitelné financování státních dluhů a zmenšování dluhového břemene a v neposlední řadě snahu o větší pochopitelnost a konzistentnost mezinárodních peněžních, finančních a obchodních systémů.

94. Velice důležité jsou také závazky podporovat projekty a programy pro vytvoření vstřícné soudržné společnosti pro všechny – muže i ženy, děti, mládež i seniory. Ať už žijí senioři kdekoli, mají nárok na život v prostředí, které rozšiřuje jejich možnosti. I když někteří senioři potřebují poměrně hodně fyzické podpory a péče, většina z nich je schopna a ochotna vést i nadále aktivní a produktivní život včetně účasti na dobrovolné práci. Je třeba vytvářet programy, které umožňují seniorům samostatný život a dávají jim příležitost podílet se na životě společnosti. Tyto programy musí mimo jiné zajistit přístup k základním službám, jako je například dostupnost čisté vody a vhodné potravy. Dále je třeba, aby tyto programy současně posilovaly jak celoživotní rozvoj tak i samostatnost seniorů a podporovaly práci sociálních institucí založenou na principech reciprocity. Vlády jednotlivých zemí musí hrát klíčovou roli při sestavování a realizaci politik, které pomáhají vytvářet toto příznivé prostředí a zapojují do práce pro seniory občanskou společnost a seniory samotné.

## Oblast 1: Bydlení a prostředí pro život

95. Pro seniory je bydlení a prostředí pro život velice důležité např. pro bezpečnost a dostupnost, finanční zátěž, kterou udržování domova představuje, a také jako důležitý prvek emocionální a psychologické jistoty. Obecně se uznává, že dobré bydlení může přispět k dobrému zdravotnímu stavu a spokojenosti. Je také důležité, aby se součástí příslušných vládních politik a programů stala i možnost, aby si senioři mohli vybrat, kde budou žít.

96. V rozvojových zemích a v některých zemích s transformující se ekonomikou dochází k rychlému stárnutí populace současně s probíhající urbanizací a velké množství starších osob ve městech nemá přístup k finančně dostupnému bydlení a službám. Současně s tím stárne na venkově velké množství lidí v izolaci a ne v tradičním kruhu širší rodiny. Bez pomoci nemají tito senioři přístup k veřejné dopravě ani k systémům podpory starších osob.

97. V rozvinutých zemích je kladen stále větší důraz na vytváření vhodného prostřední a zajišťování dopravy pro seniory. Bytová výstavba je většinou zaměřena na potřeby mladých rodin, které mají svoje vlastní dopravní prostředky. Zajištění dopravy představuje problém ve venkovských oblastech, protože mnohdy nejsou dopravní možnosti na venkově dostatečné i přesto, že staří lidé jsou s přibývajícím věkem stále více odkázáni na hromadnou dopravu. Navíc poté, co se od nich odstěhovaly děti, nebo po smrti jejich partnera někteří senioři žijí i nadále v domech, které již nezvládají udržovat.

**98. Cíl č. 1: Podpora „stárnutí ve správném prostředí“ v místní komunitě s ohledem na individuální preference a finanční možnosti seniorů**

### Opatření

- (a) Podporovat rozvoj komunit, ve kterých žijí lidé všech věkových kategorií.
- (b) Koordinovat aktivity na podporu probíhajícího začleňování seniorů do jejich rodin a místních komunit.
- (c) Podporovat investice do místní infrastruktury, například do dopravy, zdravotnictví, hygienických a zabezpečovacích služeb, s cílem vytvoření komunit, ve kterých žijí lidé všech věkových kategorií.
- (d) Zavést programy a iniciativy, které seniorům usnadní přístup ke zboží a službám.
- (e) Podporovat spravedlivé rozdělování veřejného bydlení pro seniory.
- (f) Propojit finančně dostupné bydlení se službami sociální podpory a zajistit integraci bydlení, dlouhodobé péče a příležitostí pro společenský život.
- (g) Podporovat architektonické návrhy bytů, při kterých je brán ohled na seniory

a na to, že potřebují snadný přístup do bytu, a zajistit snadný přístup do veřejných budov a na veřejná místa.

- (h) Poskytovat seniorům, jejich rodinám a ošetřovatelům včasné informace a poradenské služby o možnostech bydlení, které se jim nabízejí.
- (i) Zajistit, aby bydlení, které je seniorům poskytováno, odpovídalo jejich kulturním potřebám a aby pro ně v takovém bydlení byla dostupná potřebná péče.
- (j) Podporovat rozšiřování nabídky různých druhů bydlení pro seniory.

**99. Cíl č. 2: Zlepšení tvorby bytů, domů a prostředí pro život tak, aby podporovaly nezávislý život a přitom braly ohled na potřeby starších, především zdravotně postižených osob**

**Opatření**

- (a) Zajistit, aby na nově budovaných prostranstvích ve městech nebyly bariéry, které by bránily přístupu nebo pohybu.
- (b) Podporovat používání moderních technologií a rehabilitačních služeb, které mají usnadnit samostatný život.
- (c) Při vytváření projektů bytových jednotek a veřejných prostor zajistit naplnění potřeby společného vícegeneračního bydlení.
- (d) Pomoci starším osobám, aby mohly ve svém domově odstranit přístupové a pohybové bariéry.

**100. Cíl č. 3: Dostupnější a finančně přijatelnější doprava pro seniory**

**Opatření**

- (a) Zvýšit dostupnost veřejné hromadné dopravy na venkově i ve městech.
- (b) Zajistit rozvoj veřejných a soukromých alternativních způsobů dopravy ve městech, například dopravu organizovanou v rámci jednotlivých čtvrtí.
- (c) Podporovat proškolení a hodnocení starších řidičů, projekty bezpečnějších pozemních komunikací a vývoj nových druhů vozidel, které lépe odpovídají potřebám starších a postižených osob.

**Oblast 2: Péče a podpora pečujících**

101. Poskytování péče lidem, kteří ji potřebují (tady mohou starší lidé figurovat jako příjemci, ale i jako poskytovatelé péče), především v rozvojových zemích většinou zajišťují rodiny nebo příslušníci místní komunity. Rodiny a místní komunity také hrají klíčovou roli v prevenci nemoci HIV/AIDS a v léčbě, péči a podpoře poskytované osobám, které touto chorobou trpí. Pokud jsou pečujícími starší lidé, je

třeba podniknout kroky, které by jim jejich práci usnadnily. A pokud jsou starší lidé příjemci takové péče, je třeba zajistit dostatek lidských zdrojů a posílit zdravotní a sociální infrastrukturu, aby bylo možné zajistit efektivní prevenci, léčbu, péči a podpůrné služby. S růstem počtu osob, které takovou péči potřebují, by tento systém poskytování péče měl být posilován státní politikou.

102. I v zemích s rozvinutými veřejnými systémy péče způsobují mezigenerační vztahy a princip reciprocity, že valná většina péče je poskytována rodinnými či laickými pečujícími. Tato péče má doplňující charakter a nenahrazuje odbornou péči. Pro seniory ve všech zemích je ideálem zestárnutí ve vlastní komunitě. V mnoha zemích však neodměňovaná rodinná péče způsobuje druhotné ekonomické a sociální potíže. Hodnota práce žen, které i v současnosti poskytují většinu domácí rodinné péče, je již nyní uznávána. Ženy pečovatelky jsou znevýhodněny prostřednictvím nižších důchodových dávek, protože často tráví část života mimo oficiální trh práce, nedosahují vyššího pracovního zařazení a je jim vyplácena nižší mzda. Také se musí vyrovnávat s fyzickou a psychickou zátěží a se stresem z toho, že musí zvládat zaměstnání i domácí povinnosti. Tato situace je obzvláště tíživá pro ženy, které se musejí zároveň starat o své děti i starší členy rodiny.

103. V mnoha částech světa, především v Africe, donutila epidemie HIV/AIDS starší ženy, které samy žijí ve svízelných podmínkách, aby se ještě navíc začaly starat o děti nebo vnoučata trpící HIV/AIDS nebo o vnoučata, jejichž rodiče na HIV/AIDS zemřeli. V době, kdy je naopak běžné, že se děti starají o své stárnoucí rodiče, se najednou mnoho seniorů neočekávaně dostává do situace, kdy se musejí starat o své nemocné děti nebo kdy musejí plnit roli rodičů pro svá vnoučata.

104. Během posledních dvou desetiletí se cílem mnoha vlád stala podpora péče poskytované místními komunitami a také podpora toho, aby lidé měli možnost zestárnout ve svém prostředí. V některých případech jsou důvody pro tento přístup finanční, protože za předpokladu, že veliký objem péče bude poskytnut přímo v rodinách, se očekává, že péče v rámci komunity bude méně finančně náročná než umístění seniorů do pečovatelských ústavů. Bez vhodné podpory však mohou být někdy pečovatelé z řad rodinných příslušníků vystaveni příliš velké zátěži. Navíc i v případech, kde profesionální systém péče existuje, nemá dostatečné kapacity, protože se tyto systémy potýkají s nedostatkem financí a problémy se špatnou koordinací. V důsledku toho se může péče v instituci jevit jako lepší řešení pro nemocného seniora nebo pro jeho rodinného pečujícího. V tomto ohledu je vhodné, aby existovala celá škála možností, jak řešit péči o seniory, od rodinné péče až po instituce. Účast seniorů na hodnocení jejich vlastních potřeb a poskytovaných služeb je nezbytná pro výběr toho nevhodnějšího řešení.

**105. Cíl č. 1: Zajištění celé škály služeb pro seniory z různých zdrojů a podpora pečujících****Opatření**

- (a) Podniknout kroky k zajištění péče v rámci místní komunity a podporovat péči v rodinách.
- (b) Zvýšit kvalitu péče a zajistit přístup k dlouhodobé péči poskytované v rámci místní komunity seniorům, kteří žijí sami, aby se jim dostalo lepší možnosti žít samostatně, namísto nutnosti umístění v nemocnici nebo v ošetrovatelském ústavu.
- (c) Poskytovat pomoc pečujícím, a to především ve formě školení, poskytování informací a psychologické, ekonomické, sociální podpory i legislativními mechanismy.
- (d) Podniknout kroky pro zajištění pomoci seniorům, kteří nemají možnost využívat péče v rámci rodiny, o tuto možnost přišli nebo o takovou péči nestojí.
- (e) Zajistit srovnávací výzkum jednotlivých systémů poskytování péče v jednotlivých kulturách a prostředích.
- (f) Vytvořit a realizovat strategie odpovídající potřebám starších pečujících, kteří se starají o lidi s kognitivními poruchami.
- (g) Vytvořit a zavést normy a mechanismy zajišťující kvalitní péči v rámci systému profesionálních poskytovatelů péče.
- (h) Vytvořit systémy sociální podpory s cílem posílit schopnost rodin starat se o své seniory, s ohledem především na poskytování dlouhodobé péče a podpory pro stále rostoucí počet nemocných seniorů.
- (i) Pomocí vhodných opatření posílit soběstačnost starších mužů a žen, vytvořit podmínky pro dobrou kvalitu jejich života a umožnit jim žít bez závislosti na okolí, dokud tu půjde nebo dokud budou chtít.
- (j) Podporovat poskytování rodinné péče a péče v rámci místní komunity s cílem zajistit rovné rozdělení povinností mezi muže a ženy pomocí opatření vedoucích k lepším možnostem sloučení pracovního a rodinného života.

**106. Cíl č. 2: Podpořit seniory, a především starší ženy, v roli ošetrovatelů****Opatření**

- (a) Podpořit poskytování sociální podpory včetně respitní péče, poradenství a informací pečujícím z řad seniorů a jejich rodinám.
- (b) Nalézt možnosti, jak pomoci starším lidem, především ženám, v jejich pečovatelských povinnostech a řešit jejich konkrétní společenské, ekonomické a psychologické potřeby.
- (c) Zdůraznit pozitivní roli prarodičů při výchově vnoučat.
- (d) Při navrhování systémů služeb brát ohled na rostoucí počet starších pečujících.

### Oblast 3: Zanedbávání, týrání a násilí

107. Zanedbávání a týrání starších osob a páchaní násilí na nich může mít různé formy – fyzické, psychologické, citové, finanční – a objevuje se ve všech společenských, ekonomických, etnických a zeměpisných oblastech. Stárnoucí osoby se pomaleji léčí, takže oběti týrání v pokročilém věku se někdy ze svého traumatu fyzicky nebo emocionálně nezotaví. Trauma může být ještě silnější, protože daná osoba se bojí nebo stydí vyhledat pomoc. Komunity by měly spolupracovat, aby zabránily týrání, podvodům a zločinům páchaným na starších lidech. Profesionální pracovníci musejí umět rozpoznat riziko možného zanedbávání, týrání či násilí ze strany profesionálních i laických pečovatелů doma i v rámci komunity a různých institucí.

108. Starší ženy jsou častěji oběťmi fyzického a psychologického týrání vzhledem k diskriminujícím postojům ve společnosti a nedodržování lidských práv žen. Týrání starších žen a násilí na nich páchané je často důsledkem škodlivých praktik vycházejících z tradic a zvyklostí. Situace je někdy ještě zhoršena chudobou těchto žen a nedostatkem právní ochrany.

109. Chudoba žen přímo souvisí s tím, že pro ně neexistují příležitosti uplatnit se v ekonomice, být nezávislé, nemají přístup k ekonomickým prostředkům, jako jsou úvěry, vlastnictví majetku a dědictví, nemají přístup ke vzdělání a pomoci a jen minimálně se účastní procesů rozhodování. Chudoba také někdy přivádí ženy do situací, v nichž se mohou stát oběťmi sexuálního vykořisťování.

#### **110. Cíl č. 1: Vymýcení všech forem zanedbávání a týrání starších lidí a násilí na nich páchaného**

##### **Opatření**

- (a) Zvýšit citlivost profesionálních pracovníků na otázky týrání seniorů a jeho charakteristických znaků a příčin a vzdělávat v této oblasti i širokou veřejnost za pomoci médií a osvětových kampaní.
- (b) Zrušit vdovské rituály, které jsou škodlivé pro zdraví a fyzickou a duševní pohodu žen.
- (c) Přijmout zákony a posílit právní ochranu s cílem vymýtit týrání seniorů.
- (d) Vymýtit škodlivé tradiční zvyky týkající se starších osob.
- (e) Podporovat spolupráci mezi státem a občanskou společností včetně nevládních organizací při řešení problémů týrání seniorů, mimo jiné prostřednictvím rozvoje iniciativ v rámci komunity.
- (f) Minimalizovat rizika různých forem zanedbávání, týrání a násilí páchaného na starších ženách, a to prostřednictvím informování veřejnosti o těchto pro-



blémech a ochrany starších žen před zanedbáváním, týráním a násilím, zejména v krizových situacích.

- (g) Podporovat další výzkum příčin, charakteru, rozsahu, závažnosti a důsledků všech forem násilí páchaného na starších ženách a mužích a rozšiřovat výsledky tohoto výzkumu a studií.

### **111. Cíl č. 2: Zajištění podpůrných služeb pro řešení týrání seniorů**

#### **Opatření**

- (a) Vytvořit služby na pomoc obětem týrání a potřebná opatření pro osoby, které se týrání dopouštějí.
- (b) Nabádat pracovníky ve zdravotnických a sociálních službách i širokou veřejnost, aby hlásili případy možného týrání starších osob.
- (b) Nabádat pracovníky ve zdravotnických a sociálních službách, aby informovali starší osoby, které jsou pravděpodobně oběťmi týrání, o tom, jakou ochranu a pomoc mohou využít.
- (c) Zahrnout problematiku týrání seniorů do programů školení pečujících.
- (d) Vytvořit informační programy, které budou poskytovat starším osobám informace o podvodech, jejichž oběťmi se jako spotřebitelé mohou stát.

### **Oblast 4: Představy o stárnutí**

112. Nedílnou součástí Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí 2002 je pozitivní pohled na stárnutí. V minulosti požívali starší lidé úcty, protože byla uznávána jejich autorita, moudrost, důstojnost a sebeovládání, které nabyly prostřednictvím zkušeností po dobu života. V některých společnostech jsou tyto hodnoty opomíjeny a senioři jsou vzhledem ke svým rychle rostoucím potřebám na zdravotní a jiné služby nepřiměřeně zobrazováni jako zátěž pro ekonomiku. I když stárnutí v dobrém zdravotním stavu je pro starší lidi přirozeně stále důležitější, soustředění veřejnosti pouze na rozsah a cenu zdravotní péče, důchodů a jiných služeb někdy navozuje velmi negativní obrázek stárnutí. Do povědomí veřejnosti by se měly dostat také představy o seniorech jako o zajímavých, různorodých a kreativních lidech, podílejících se na životě společnosti. Zavádějící a negativní stereotypy postihují zejména starší ženy: místo, aby byly zobrazovány s ohledem na svůj přínos společnosti, sílu, důvtip a lidskost, jsou často vykreslovány jako slabé a závislé. To dále posiluje praktiky, které je vylučují ze společnosti na místní i státní úrovni.

**113. Cíl č. 1: Podporovat snahy o to, aby veřejnost uznala autoritu, moudrost, produktivitu a další hodnoty, kterými seniori přispívají společnosti**

**Opatření**

- (a) Rozvíjet a propagovat politiku individuální a kolektivní odpovědnosti za uznání všeho, čím starší lidé přispěli společnosti v minulosti i v současnosti, a snažit se bojovat proti zavedeným předsudkům a mýtům a ke starším osobám se chovat s respektem, vděkem, důstojně a citlivě.
- (b) Nabádat média, aby rozšiřovala obraz starších lidí podtrhující jejich moudrost, silné stránky, přínos pro společnost, odvalu a důvtip, a to včetně postižených seniorů.
- (c) Nabádat učitele, aby do výuky zahrnuli také uznání všeho, čím osoby různého věku, včetně seniorů, prospívají společnosti.
- (d) Nabádat média, aby nezobrazovala pouze stereotypní představy, ale představila lidstvo v celé jeho rozmanitosti.
- (e) Uvědomit si, že média mohou hodně změnit, a to zejména co se týče role starších osob v rozvojových strategiích, např. na venkově.
- (f) Umožnit starším ženám a mužům, aby se podíleli na představení svých aktivit a problémů v médiích.
- (g) Nabádat média a soukromý i veřejný sektor, aby se na pracovištích vyvarovaly diskriminace starých lidí a zobrazovaly starší lidi v pozitivnějším světle.
- (h) Podporovat pozitivní zobrazování starších žen a jejich přispění společnosti, aby se tak posílila jejich sebeúcta.

### **III. Realizace a navazující akce**

114. Uskutečnění Akčního plánu pro problematiku stárnutí 2002 bude vyžadovat vytrvalou činnost a podporu na všech úrovních, aby bylo možno reagovat na probíhající demografické změny a využít znalostí a energie starších lidí. Bude rovněž vyžadovat systematické vyhodnocování, aby bylo možno reagovat na nové problémy. Navíc rychle roste potřeba mezinárodní pomoci rozvojovým zemím, aby mohly zavést strategie zabývající se problémem stárnutí populace.

115. Realizace tohoto Akčního plánu mimo jiné také vyžaduje politický, ekonomický, etický a duchovní projekt společenského rozvoje starších osob založený na lidské důstojnosti, lidských právech, rovnosti, respektu, míru, demokracii,

vzájemné odpovědnosti, spolupráci a úplným respektování všech náboženských a etických hodnot a kulturního zázemí lidí.

116. Za uskutečnění obecných doporučení Mezinárodního akčního plánu 2002 jsou odpovědny zejména vlády jednotlivých států. Prvním nezbytným krokem k úspěšné realizaci plánu je začlenění problematiky stárnutí populace a starších lidí do národních rozvojových plánů a strategií na vymýcení chudoby. Zároveň je třeba zlepšovat stávající programy, zajišťovat finanční prostředky a nezbytný personál. Pokrok při realizaci plánu bude také záviset na efektivní spolupráci mezi vládami jednotlivých států, občanskou společností, soukromým sektorem a rovněž na příznivém prostředí založeném na demokracii, dodržování zákonů, lidských práv, základních svobod a dobrého vládnutí na všech úrovních, včetně státní a mezinárodní úrovně.

117. Nezanedbatelná je také role nevládních organizací, které mohou vládám pomoci při uskutečňování Mezinárodního akčního plánu, jeho hodnocení a navazujících akcích.

118. Mělo by být vyvinuto úsilí pro propagaci dalších akcí souvisejících s Akčním plánem, jako je zakládání úřadů zabývajících se problematikou stárnutí populace a národních komisí. Národní komise zabývající se problematikou stárnutí populace by se měly skládat ze zástupců příslušných sektorů občanské společnosti, zejména organizací sdružujících seniory, a mohly by významně přispět k řešení této problematiky a sloužit jako národní mechanismy pro poradenství a koordinaci v oblasti stárnutí populace.

119. Dalšími důležitými činiteli při realizaci tohoto plánu jsou efektivní organizace sdružující starší osoby, výchovná, školicí a výzkumná činnost v oblasti stárnutí populace, sběr a analýza dat na národní úrovni, např. souhrn informací specificky se vztahujících k určitému pohlaví nebo věkové kategorii a sloužících jako východisko při plánování strategií, monitorování a hodnocení. Velmi cenné je také nezávislé a nestranné monitorování pokroku při uskutečňování plánu, které mohou provádět nezávislé instituce. Vlády i občanská společnost mohou zvýšenými pobídkami pomoci organizacím zastupujícím seniory získat finanční prostředky.

## **Opatření na mezinárodní úrovni**

120. Uvědomujeme si, že globalizace a vzájemná provázanost přináší prostřednictvím obchodování, přílivu investic a kapitálu a technického pokroku včetně in-

formačních technologií nové možnosti růstu světové ekonomiky, rozvoje a zlepšování životní úrovně po celém světě. Zároveň však přetrvávají závažné problémy, jako např. vážné finanční krize, nejistota, chudoba, vyloučení ze společnosti a nerovnost v rámci společnosti a mezi jednotlivými společnostmi. Rozvojové země stále narážejí na značné překážky, které brání jejich další integraci a plnému zapojení do světové ekonomiky. To se týká zejména nejméně rozvinutých zemí, ale také zemí s transformující se ekonomikou. Pokud nebudou všechny země moci těžit ze sociálního a ekonomického pokroku, rostoucí počet lidí ve všech zemích, a dokonce celé části světa stanou na okraji společnosti, mimo globální ekonomiku. Musíme začít jednat okamžitě, abychom odstranili tyto překážky, které negativně ovlivňují lidi a země, a využili veškerého potenciálu možností ve prospěch všech lidí.

121. Globalizace poskytuje příležitosti, ale také vytváří problémy. Právě rozvojové země a země s transformující se ekonomikou mají problém na tuto situaci adekvátně reagovat. Globalizace by měla být spravedlivá a přístupná všem. Na národní i mezinárodní úrovni je třeba zavést strategie a opatření, která budou vytvořena a uskutečněna s plnou účastí rozvojových zemí a zemí s transformující se ekonomikou, aby tak byly tyto země připraveny reagovat na nabízené příležitosti i problémy.

122. Jako doplnění opatření na národní úrovni je nutná zvýšená mezinárodní spolupráce podporující realizaci tohoto plánu v rozvojových zemích, nejméně rozvinutých zemích a zemích s transformující se ekonomikou; je třeba si uvědomit, jak důležitá tato pomoc a zejména finanční pomoc je. Mimo jiné:

- Uvědomujeme si, že jako doplnění opatření na národní úrovni je nutná zvýšená propojenost, lepší řízení a konzistentnost mezinárodních měnových, finančních a obchodních systémů. Podtrhujeme zejména důležitost dalšího zlepšení řízení globální ekonomiky a posílení vedoucí role Organizace spojených národů při podpoře rozvoje. Zvýšené úsilí by mělo být vyvinuto také na národní úrovni pro zlepšení koordinace mezi jednotlivými ministerstvy a institucemi. Podobně bychom také měli podporovat koordinaci strategií a programů v případě mezinárodních institucí a větší spolupráci nejen na mezinárodní úrovni, abychom splnili cíle Miléniové deklarace ohledně udržitelného hospodářského růstu, vymýcení chudoby a udržitelného rozvoje.
- Nezbytné úsilí o reformu mezinárodního finančního systému, které právě probíhá, by mělo pokračovat průhledněji a za efektivní účasti rozvojových zemí a zemí s transformující se ekonomikou. Jedním z hlavních cílů této reformy je zlepšit financování rozvoje a vymýcení chudoby. Zdůrazňujeme rovněž, že další důležitou součástí mezinárodního finančního systému, který bude podporovat rozvoj, jsou i zdravé domácí finanční sektory v jednotlivých státech.

- Je třeba urychleně a koordinovaně jednat, abychom vyřešili otázky zadluženosti nejméně rozvinutých zemí, rozvojových zemí s nízkými příjmy a rozvojových zemí se středně velkými příjmy, a to komplexně a trvale prostřednictvím různých státních i mezinárodních opatření, která by měla napomoci tomu, aby zadluženost těchto zemí byla dlouhodobě udržitelná. Toho lze dosáhnout například prostřednictvím existujících mechanismů pro snížení dluhů, jako je prominutí dluhů za účast v projektech.
- Uvědomujeme si, že bude třeba výrazně rozšířit mezinárodní rozvojovou pomoc a jiné zdroje, pokud mají rozvojové země dosáhnout rozvojových cílů stanovených na mezinárodní úrovni, včetně cílů stanovených v Miléniové deklaraci.
- Vyzýváme rozvinuté země, které tak dosud nečinily, aby se snažily dosáhnout stanoveného cíle poskytovat mezinárodní rozvojovou pomoc ve výši 0,7 % hrubého národního produktu (HNP) rozvojovým zemím a ve výši 0,15 % HNP nejméně rozvinutým zemím, a také nabádáme rozvojové země, aby dále zajišťovaly, že tato pomoc bude efektivně využívána na dosažení stanovených cílů v oblasti rozvoje.

123. Realizace plánu bude možná a efektivnější, pokud bude existovat lepší a cílená mezinárodní spolupráce a odhodlání rozvinutých zemí a mezinárodních rozvojových agentur. Uvítáme, když mezinárodní finanční instituce a regionální banky pro rozvoj přezkoumají a přizpůsobí metody poskytování půjček a grantů, aby bylo zajištěno, že starší lidé budou také bráni v úvahu při financování rozvoje, vytváření politik a projektů v rámci snah pomoci rozvojovým zemím a zemím s transformující se ekonomikou při uskutečňování tohoto Akčního plánu.

124. Stejně tak je důležité, aby programy a fondy OSN zajistily integraci problematiky stárnoucí populace do svých programů a projektů, a to i na úrovni jednotlivých zemí. Nesmírně důležitá je podpora ze strany mezinárodního společenství a mezinárodních rozvojových agentur organizací, které se v rozvojových zemích věnují osvětě a vzdělávání v oblasti stárnutí populace.

125. Mezi další priority mezinárodní spolupráce v oblasti stárnutí populace patří výměna zkušeností a správných postupů, výzkumných pracovníků a výsledků výzkumů a také sběr dat, to vše s cílem podpořit vytváření politik a programů. Mezi tyto priority rovněž patří vytváření projektů, které přinášejí určité výnosy, a šíření informací.

126. Koordinační výbor OSN (The United Nations System Chief Executives Board for Coordination) by měl do svého programu začlenit i realizaci Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí 2002. Hlavní body stanovené v rámci sys-

tému OSN při přípravách na Světové shromáždění k otázkám stárnutí populace by měly být zachovány a dále posíleny. Měla by se zvýšit kapacita institucí v rámci systému OSN, aby byly schopné převzít odpovědnost za uskutečnění plánu.

127. Hlavním úkolem programu Odboru pro ekonomické a sociální otázky v oblasti stárnutí populace bude podporovat provedení tohoto plánu v praxi, například tím, že bude vytvářet pravidla pro rozvoj a realizaci politik, hledat způsoby, jak začlenit otázky stárnutí populace do rozvojových programů, zahájí dialog s občanskou společností a soukromým sektorem a bude se podílet na výměně informací.

128. Regionální zastoupení OSN mají za úkol převést tento plán do regionálních akčních plánů. Na požádání by také měly pomoci národním institucím v jednotlivých státech při uskutečňování a monitorování veškerých opatření týkajících se stárnutí populace. V tomto ohledu by mohla regionálním zastoupením pomoci Ekonomická a sociální rada. Také regionálním nevládním organizacím by měla být poskytnuta podpora při rozvoji kontaktů a při propagaci tohoto plánu.

## Výzkum

129. Je třeba podporovat komplexní, různorodý i specializovaný výzkum v oblasti stárnutí populace ve všech zemích, zejména v rozvojových zemích. Výzkum, včetně sběru a analýzy dat zaměřených na jednotlivá pohlaví nebo věkovou kategorii poskytuje důležité podklady pro vytváření efektivních strategií. Hlavním úkolem výzkumu v rámci tohoto plánu je napomáhat realizaci doporučení a opatření stanovených v tomto Akčním plánu. Dostupnost spolehlivých informací je nezbytná pro identifikaci nových problémů a přijímání doporučení. Vytváření a používání komplexních a praktických nástrojů pro hodnocení, jako např. hlavních ukazatelů, je rovněž nezbytné pro včasnou reakci na problémy.

130. Mezinárodní výzkum v oblasti stárnutí populace je také potřebný, abychom byli schopni reagovat na problematiku stárnutí populace a aby byl Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 úspěšný a funkční. Pomůže to další mezinárodní koordinaci výzkumu v oblasti stárnutí populace.

## Globální monitorování, kontrola a aktualizace

131. Systematická kontrola realizace tohoto plánu v členských státech je nezbytná proto, abychom zlepšili kvalitu života starších lidí. Vlády jednotlivých států ve spolupráci s dalšími činiteli rozhodnou, jak budou tyto kontroly probíhat. Bylo by

přínosné, kdyby se členské státy vzájemně informovaly o výsledcích pravidelných kontrol.

132. Za následné monitorování a vyhodnocení provádění Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí 2002 bude odpovědná Komise pro sociální rozvoj. Komise by do své práce měla zahrnout všechny aspekty otázky stárnutí populace obsažené v tomto akčním plánu. Kontroly a hodnocení budou klíčové při následném informování Shromáždění o realizaci plánu, a proto by o jejich podobě mělo být rozhodnuto co nejdříve.

# **Berlínská ministerská deklarace UNECE a Regionální implementační strategie<sup>1</sup>**

Berlínská ministerská deklarace byla přijata na poradě ministrů členských zemí Organizace spojených národů, Ekonomické komise pro Evropu (United Nations Economic Commission for Europe), která se konala v Berlíně ve dnech 11. až 13. září 2002 a zabývala se problematikou stárí. Tato konference přijala Regionální implementační strategii (RIS) pro Madridský mezinárodní akční plán pro stárnutí a stárí a zavázala členské země regionu tuto strategii naplňovat. Cílem RIS je zajistit, aby se problematika stárnutí a stárí stala nedílnou součástí veřejné politiky. Stejně tak jako Madridský plán se také Regionální implementační strategie zabývá celou problematikou života seniorů a stárnoucích společností. Proto budou následně analyzovány jen ty součásti RIS, které se týkají zdravotní či sociální péče. Celá RIS je rozpracována do jednotlivých závazků (commitments), které jsou následující:

**Závazek 1. Docílit toho, aby se problematika stárnutí stala součástí veřejné politiky ve všech oblastech s cílem sladit demografické změny se změnami ekonomickými a sociálními tak, aby bylo dosaženo společnosti pro každý věk.**

**Závazek 2. Zajistit úplnou integraci seniorů a jejich účast na životě společnosti.**

**Závazek 3. Zajistit sociálně spravedlivý a udržitelný ekonomický růst ve stárnoucí společnosti.**

**Závazek 4. Systémy sociální ochrany přizpůsobit demografickým změnám a jejich sociálním a ekonomickým důsledkům.**

**Závazek 5. Vytvořit takový pracovní trh, který bude moci reagovat na ekonomické a sociální změny stárnoucí společnosti.**

<sup>1</sup> [www.monitoringris.org](http://www.monitoringris.org)  
Překlad a souhrn Iva Holmerová



**Závazek 6. Prosazovat celoživotní učení a přizpůsobit vzdělávací systém tak, aby mohl reagovat na měnící se ekonomické, sociální a demografické podmínky.**

**Závazek 7. Zlepšit kvalitu života občanů všech věkových skupin a zvýšit šance na soběstačný a nezávislý život seniorů v dobrém zdraví a sociální pohodě.**

**Závazek 8. Zlepšit postavení žen ve stárnoucí společnosti.**

**Závazek 9. Podporovat rodiny, které poskytují seniorům péči a pomoc a podporovat solidaritu mezi generacemi a uvnitř generací.**

**Závazek 10. Zajistit uplatnění a průběžné vyhodnocování Regionální implementační strategie prostřednictvím spolupráce v regionu (UNECE).**

Z výše uvedených cílů/závazků Regionální implementační strategie je zřejmé, že s problematickou zdravotní a sociální péče nejvíce souvisejí závazky 7 a 9. V části 1 je zdůrazněna také role občanské společnosti, komunit, sousedství a dalších neformálních sociálních kontaktů, mezigenerační solidarita.

**Závazek 7. Zlepšit kvalitu života občanů všech věkových skupin a zvýšit šance na soběstačný a nezávislý život seniorů v dobrém zdraví a sociální pohodě.**

Tato část zahrnuje odstavce 55 až 77 RIS, jedná se tedy o část poměrně rozsáhlou ve srovnání s ostatními. Výslovně se zde uvádí, že zdraví seniorů není možné považovat za jejich individuální zájem a cíl, významný je tu i celospolečenský a ekonomický aspekt. Je zdůrazněno, že zejména zdraví a soběstační senioři představují důležitý potenciální zdroj společnosti. Proto je důležité, aby se tvůrci zdravotní politiky zaměřili na ovlivnění těch faktorů, které nejvíce determinují zdraví a soběstačnost seniorů. Zvláště je zdůrazněn význam chronických onemocnění v tomto věku a jejich potenciální dopad na kvalitu života. Na plánování služeb se musejí nejvíce podílet ti, kteří je využívají. Zdravotní a sociální služby je třeba plánovat se zvýšeným zřetelem na možnosti podpory a rozvoje zdraví ve vyšším věku, prevenci onemocnění, na včasnou a efektivní psychickou i fyzickou rehabilitaci, což je neoddelitelně spojené a vychází z pozitivního postoje ke zdraví. Zvláště je zdůrazněno, že stárnoucí populace potřebuje navazující služby, které musí zahrnovat jak primární, tak i sekundární a terciární péči, s využitím znalostí všech poskytovatelů zdravotních služeb. Jako klíčový a rozhodující požadavek je třeba považovat to, aby zdravotní a sociální služby sloužily k posilování soběstačnosti a nezávislosti a aby napomáhaly seniorům plně se podílet na životě společnosti.

Několik odstavců v této části je věnováno přímo problematice dlouhodobé péče. RIS zdůrazňuje, že dlouhodobá péče je součástí výše uvedeného kontinua služeb. Jejím cílem je zajištění co největší pohody všech, kteří ji potřebují. Dlouhodobá péče je většinou zajištěna v domácím prostředí seniorů, v jejich komunitách a zajišťují ji rodinní příslušníci. Za nezbytně nutný je třeba považovat požadavek, aby tato práce byla usnadněna prostřednictvím různých programů a podpory ze strany obce. Zejména je třeba ocenit a podporovat ty pečující, kteří již sami dosáhli seniorského věku. Seniori by měli mít právo rozhodnout se, zda dlouhodobá péče bude poskytována doma, nebo v instituci. Jestliže nejsou schopni se sami rozhodnout, je třeba, aby toto rozhodnutí učinil jejich zákonný zástupce. Komplexní posouzení funkčního stavu geriatrem či gerontologem je účinným nástrojem pro rozhodnutí, zda je institucionální péče potřebná. Jestliže se stane institucionalizace jediným možným řešením současné situace seniora, je třeba, aby její kvalita respektovala důstojnost a individuální potřeby seniora.

Další odstavec této části se zabývá problematikou duševních onemocnění stáří, zejména demencí. Dokument zdůrazňuje, že demence a zejména Alzheimerova choroba jsou častými onemocněními vyššího věku a jejich význam narůstá se stárnutím populace. Zdravotně-sociální a ekonomické důsledky těchto onemocnění jsou enormní. Proto je důležité, aby byly vypracovány komplexní strategie managementu těchto onemocnění, které budou zahrnovat diagnostické procesy, farmakologické přístupy, psychologické faktory, programy kognitivní rehabilitace, programy podpory a vzdělávání rodinných příslušníků a také programy podpory profesionálních pečujících v zařízeních pro tyto pacienty. Nejlepším způsobem péče o tyto pacienty je umožnit jim setrvat co nejdéle v původním domácím prostředí. Proto je důležité zajistit podporu a pomoc jejich rodinným příslušníkům. Tito pacienti potřebují také specifické rehabilitační programy při návratu z nemocnice. Ošetrovatelské domy a geriatrická centra by měly být schopny reagovat na specifické potřeby pacientů s demencí. Je zapotřebí, aby tu bylo prováděno multidisciplinární geriatrické a gerontologické posouzení stavu pacienta, poradenství, rehabilitace pacientů s demencí a zajištěna kvalitní péče. Důležité jsou také programy podpory, výcviku a vzdělávání rodinných pečujících. Na tomto místě je rovněž zdůrazněna nutnost výzkumu potřeb pacientů s demencí a jejich rodinných příslušníků. Zejména přístup k pacientům s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi vyžaduje skutečně komplexní, multidisciplinární přístup se zřetelem na potřeby pacienta i jeho pečujících. Důležité je také zajištění podpůrných, domácích a respitních služeb, které by měly tvořit široké spektrum od domácí péče a pomoci přes poradenství, denní centra až k respitním pobytům a podobně. Jenom tímto způsobem je možné oddálit pobyt pacienta postiženého demencí v ošetrovatelském domě nebo v psychiatrické léčebně.

Další odstavec této části se zabývá paliativní péčí. Zdůrazňuje, že paliativní péče by se měla stát nedílnou součástí spektra zdravotnických služeb. Měly by být vytvořeny standardy vzdělávání v paliativní péči. Paliativní péče je součástí multidisciplinárního přístupu k pacientům vyššího věku a musí být sama multidisciplinární, její význam je jak v ambulantních tak v institucionálních službách.

Důležitá je také podpora a rozvoj zdraví ve vyšším věku. Staří je pro seniory ještě významnější hodnotou než pro lidi mladšího věku. Existují vědecké důkazy o tom, že zdravé životní prostředí a zdravý životní styl ve vyšším věku významným způsobem zlepšuje zdraví a soběstačnost. Jedná se o adekvátní výživu, dostatek pohybu, eliminace škodlivých návyků a podobně. Naopak v situacích, kdy není možno zlepšit životní prostředí, výživu a návyky, dochází často k významnému zhoršení zdraví a funkčního stavu. V RIS se konstatuje, že význam zdravého životního stylu a zdraví podporujícího prostředí pro život seniorů je dosud mnoha politiky podceňován. Tento přístup by se měl změnit.

Za zajímavý aspekt je možno považovat, že RIS přímo zmiňuje jako jeden z potenciálních faktorů ohrožujících zdraví vliv nesprávné či pro seniory nebezpečné medikace.

Optimálním stavem je, pokud mohou senioři žít samostatně ve svém původním prostředí. Pokud žijí v instituci, je třeba zajistit, aby kvalita péče byla dobrá a aby péče respektovala individuální potřeby seniorů a jejich důstojnost. Jedinou cestou, jak snížit počet lidí žijících v institucích, je zajištění komunitních programů a služeb. Organizace zdravotnických a sociálních služeb by měla vycházet ze zásady, že nejdůležitější roli má primární zdravotní péče, zatímco odeslání do sekundární a terciární nemocniční péče by mělo přicházet v úvahu pouze tehdy, kdy případ vyžaduje řešení za pomoci specializovaných odborníků a specifických zařízení. Nejdůležitějším cílem je poskytnout kontinuum péče, která musí zahrnovat jak péči o chronicky nemocné pacienty, která je poskytována v jejich domácím prostředí, tak prevenci, akutní péči a rehabilitaci. Je zapotřebí vytvořit také komplexní služby pro pacienty s psychiatrickými onemocněními. Péče o zdravotně postižené seniory by se měla zaměřit na maximální podporu jejich soběstačnosti a nezávislosti. A také paliativní péče by měla být dostupná všem pacientům vyššího věku, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Vlády by měly prosadit ve spolupráci s jinými organizacemi a institucemi standardy kvality péče poskytované v domácnosti i v institucích. Jako velmi potřebné uvádí RIS také vytvoření systémů pomoci a podpory rodinným příslušníkům a dalším laickým pečujícím. Tyto strategie podpory musejí zahrnovat finanční podporu, informace a výcvik. Vlády musejí rovněž zajistit, aby se při vytváření služeb pro seniory uplatňovaly etické zásady.

Regionální implementační strategie dále uvádí, že zdravotnické a sociální služby, ať již jsou soukromé nebo veřejné, je třeba lépe koordinovat a integrovat. Je důležité vytvořit vyhovující systémy case managementu, které zpřístupní seniorům služby odpovídající jejich potřebám. Vlády měly zlepšit dostupnost kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, které zlepšují soběstačnost seniorů a prodlužují dobu jejich nezávislého života.

Důležitou součástí péče a nástrojem pro zachování a zlepšení její kvality je vzdělávání všech, kteří péči zajišťují. Jedná se v tomto případě nejen o profesionální pečující, ale také o rodinné příslušníky.

Přestože je otázka rodinných příslušníků opakovaně zmiňována ve výše uvedené velmi obsáhlé sedmé části Regionální implementační strategie, je otázce rodinných příslušníků věnován ještě samostatná část devátá. Tato část se zabývá také solidaritou mezi generacemi a uvnitř generací. Zdůrazňuje, že senioři nejsou zcela jen těmi, kdo péči potřebují. Čím dále tím více se senioři samotní stávají také těmi, kdo péči poskytují, a to nejen dětem a vnukům, ale zejména svým nesoběstačným partnerům či příbuzným, protože počet generací, které jsou naživu, se zvýšil. Pro tyto role by měla mít společnost uznání a poskytnout jim podporu.

# Organizace zdravotní péče pro chronicky nemocné<sup>1</sup>

Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy č. R (98) 11 vládám členských států Rady Evropy

Toto doporučení vychází z Rezoluce (70) 16 o sociální a zdravotně sociální politice pro vyšší věk, Rezoluce (74) 31 o zdravotní a sociální péči pro seniory žijící doma a Doporučení č. R (87) 22. Dále z Doporučení 1254 (1994) Parlamentního shromáždění o zdravotních a sociálních právech starších lidí (Etika a politika) ze Závěrečného textu 5. konference evropských ministrů zdravotnictví ve Varšavě (listopad 1996) „Sociální výzva pro zdraví: Ekvita a práva pacientů v kontextu reformy zdravotní péče“, s ohledem na závěry WHO EURO pro 21. století a zde uvedeného cíle 2 (zlepšení zdraví a kvality života), 4 (snížení chronické nemocnosti) a 6 (zdravé stárnutí).

Zvyšující se počet chronicky nemocných bude představovat vyšší nároky na zdravotní péči. Chronicky nemocní lidé jsou velmi zranitelnou skupinou ve společnosti a chronická onemocnění mají významný vliv na kvalitu života postižených i jejich rodin.

**Doporučujeme, aby všechny členské země Rady Evropy vypracovaly strategie k zajištění vysoké kvality zdravotní péče o chronicky nemocné na národní, regionální i místní úrovni, a to dle návodů, které tvoří přílohu tohoto doporučení.**

## **Příloha doporučení No R (98) 11**

### **Všeobecné zásady**

#### **1. Strategie zaměřené na zajištění vysoké kvality péče o chronicky nemocné by měly:**

- být přizpůsobeny specifickým potřebám chronicky nemocných
- klást důraz na autonomii pacientů
- být orientovány na chronicky nemocné žijící v domácím prostředí
- být dostupné a spravedlivé
- klást důraz na primární a sekundární prevenci
- garantovat kontinuitu a flexibilitu péče
- klást důraz na multidisciplinární spolupráci odborníků zahrnující prevenci, terapii i péči
- nabízet podporu a poradenství nejen pacientům, ale i jejich rodinám, a to včetně praktické, sociální i emoční podpory
- poskytovat pacientům edukaci tak, aby co nejlépe zvládali obtíže související s jejich zdravotním stavem
- být založeny na důkazech
- mít jasné a realistické záměry
- být integrovány mezi národní priority
- umožňovat mezinárodní výměnu zkušeností a myšlenek

#### **2. Rovnost a dostupnost**

Zcela zásadní pozornost by měla být věnována rovnosti a dostupnosti zdravotní péče, a to zejména v následujících aspektech:

- Zajistit rovnost v přístupu ke zdravotní péči, redukovat finanční bariéry ze strany veřejných rozpočtů a pojištění, limitovat příspěvky pacientů samotných.
- Uspokojit potřeby celé populace, zejména jejich vulnerabilních skupin.
- Ustanovit opatření ke zvládnání čekacích dob a přiměřeným způsobem zajistit rovný přístup, a to jak v akutní, tak i v chronické péči.
- Redukovat čekací listy a doby pro poskytování domácí péče, geriatrických služeb, péče v institucích včetně ošetrovatelských zařízení. Cílem je co nejvíce nahradit péči v institucích alternativními možnostmi.
- Garantovat nediskriminační přístup k chronicky nemocným.

#### **3. Integrace**

Vlády by měly vypracovat a přijmout komprehensivní a integrovanou politiku a strategii zaměřenou na:

- poskytování přiměřeného spektra služeb, které jsou orientovány na pacienty a jejich prostředí v komunitě
- nastolení rovnováhy mezi službami, které jsou orientovány na terapii, a těmi, které jsou orientovány na péče („care“ a „cure“) s cílem posílit služby pro chronicky nemocné, které jsou zaměřeny na rehabilitaci a dlouhodobou péči
- posílit spolupráci mezi jednotlivými sektory, a to nejen přímo u pacienta, ale také v obecných a organizačních opatřeních
- propojit a zlepšit komunikaci mezi domácí péčí, nemocnicí a jinými institucemi

#### 4. Kontinuita a koordinace

Vzhledem k tomu, že chronicky nemocní potřebují v průběhu svého onemocnění různé zdravotní služby, je třeba, aby se zdravotní politika zaměřila na kontinuitu těchto služeb, a to zejména:

- dát nový význam úloze praktického lékaře a posílit jeho postavení
- posílit úlohy týmů primární péče důležitých pro zajištění kontinuity péče
- přijmout opatření i v rámci financování zdravotnických služeb tak, aby byla možná koordinace a kontinuita služeb
- zlepšovat komunikaci mezi odborníky a službami různých sektorů
- podporovat laické pečující (rodiny a dobrovolníky)
- monitorovat a vyhodnocovat návaznost péče, vytvořit přiměřenou dokumentaci a registrační systémy
- vytvořit indikátory a systém vyhodnocování kvality zdravotní péče

#### 5. Pacientské organizace

Zdravotní politika pro chronicky nemocné musí respektovat také jejich vlastní názor, a proto musí být vytvářena v dialogu s nimi, tedy s organizacemi pacientů, a zejména:

- umožnit prostřednictvím finanční a další pomoci ustanovení pacientských organizací a vytvořit podmínky pro jejich rozvoj
- posílit účast pacientských organizací při informování veřejnosti, edukaci a výcviku profesionálů a při rozvoji výzkumných programů
- zajistit, aby pacientské organizace byly systematicky konzultovány a aby hrály aktivní roli v poradních a rozhodovacích orgánech

#### 6. Edukace a vzdělávání

Dlouhodobé zlepšení zdravotní péče si nelze představit bez individuální a všeobecné edukace a šíření informací. Je důležité se zabývat fenoménem chronicity.

Proto by zejména:

- měla být zvyšována povědomost o otázkách chronických nemocí a o faktu, že chronické nemoci jsou závažným zdravotnickým problémem
- integrovat problematiku chronických nemocí do pregraduální i postgraduální výchovy
- zlepšit terapeutické i podpůrné metody tak, aby co nejlépe odpovídaly potřebám chronicky nemocných
- zlepšit multidisciplinární výchovu tak, aby chronicky nemocní měli co nejlepší přístup k péči

Vše výše uvedené platí také o péči o chronicky nemocné děti.

## 7. Výzkum

Vysoce kvalitní péče o chronicky nemocné musí být založena na vědeckých důkazech. Zdravotní politika musí garantovat finanční podporu výzkumných programů. Je třeba se zaměřit zejména na následující oblasti:

- základní výzkum a výzkum zdravotnických systémů, a to s ohledem jak na běžná, tak i na vzácná onemocnění
- epidemiologie, příčiny a důsledky chorob a multipatologie
- zkoumání vztahu mezi chronickou nemocností a stárnutím
- nerovnosti ve zdravotní péči
- dlouhodobé longitudinální studie
- studie cost-effectiveness zaměřené nejen na nové metody, ale hodnotící již zavedené postupy a terapie
- vytvoření mechanismů managementu chorob a podpory pacientů a jejich rodin
- metody, intervence a strategie podpory chronicky nemocných a jejich rodin, jejich potřeb a seznámení veřejnosti s nimi
- mezinárodní komparativní studie a výměna vědeckých poznatků

## 8. Implementace

Členské státy by měly tyto zásady uvést do praxe tak, aby přitom byly využity již stávající struktury a mohly být co nejvíce přizpůsobeny měnícím se potřebám nemocných.



# Evropská charta pacientů seniorů<sup>1</sup>

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti.

## Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny, až se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije

1 [www.iagg.com.br](http://www.iagg.com.br)  
Překlad Iva Holmerová

## 1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, podle prostředí, ze kterého pocházejí, či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

## 2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera, bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě potíží v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost informací
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí

### 3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení

Kromě toho bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65, 75 let a eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

### 4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčbě jejich nemoci.

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a minimalizovat omyly a opomenutí

### 5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat co nejjednodušší a nejdostupnější dopravní spojení mezi nemocnicemi

### 6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

## Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- Je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti.
- V těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada. A to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízké.

## Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů, může starší pacient očekávat:

- že bude vyšetřen specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích, např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci

## Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně eventuálního chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možnosti léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout

## 7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba, či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčeni
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak bude vyžadovat jeho zdravotní stav

## 8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci

## 9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.

- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech, jak dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

## 10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici, či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

## 11. Respirní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- Na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče.
- Na dva až tři týdny respirní péče, tedy pobytu v domově důchodců, ošetrovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

## 12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru

- domácí péče
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní pacienty
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

### 13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat, že:

- bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- péče o něj bude odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování
-

# Pařížská deklarace přijatá výročním shromážděním Alzheimer Europe,

Paříž dne 29.června 2006<sup>1</sup>

## Shrnutí:

Alzheimer Europe, evropská asociace alzheimerovských společností, vyzývá Evropskou unii, Radu Evropy a vlády jednotlivých zemí, aby:

- Uznaly, že Alzheimerova choroba a jiné formy demence představují významný zdravotnický problém, který je třeba řešit koordinovaně jak na evropské a mezinárodní úrovni, tak i na úrovni jednotlivých států, a přijmout na všech výše uvedených úrovních akční plány pro řešení této problematiky.
- Předložily Evropskému parlamentu zprávu a rezoluci o stavu léčení a péče o pacienty s demencí a o stavu výzkumu v této oblasti.
- Uznaly, že Alzheimerova choroba představuje významný problém veřejného zdravotnictví ve smyslu 152 Smlouvy o Evropském společenství, a napomohly vytvořit koordinovanou aktivitu Evropské unie na řešení této problematiky.
- Zvážíly poskytování finanční podpory asociaci Alzheimer Europe a umožnily tak výměnu informací, zkušeností a dobré praxe mezi jednotlivými národními organizacemi.
- Zařadily problematiku demencí mezi povinné součásti kurikula vzdělání lékařů a zdravotníků.
- Podporovaly informační kampaně určené široké veřejnosti s cílem zlepšit rozpoznání příznaků Alzheimerovy choroby a jiných forem demence.
- Zlepšovaly dostupnost moderních léčiv Alzheimerovy choroby a jiných forem demence v rámci systémů financování zdravotní péče v jednotlivých zemích.
- Napomohly získat přehledné informace o dosud existujících nerovnostech v přístupu k léčení Alzheimerovy choroby a jiných forem demence.
- Podporovaly celoevropský výzkum rizikových faktorů, preventivních a léčebných postupů u Alzheimerovy choroby a dalších forem demence.

1 [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)  
Překlad Iva Holmerová



- Zvýšily podporu výzkumu Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění vedoucích k demenci a podporovaly spolupráci výzkumných center v jednotlivých zemích.
- Napomohly prosazení role alzheimerovských společností a jejich respektování ze strany lékařů a zdravotníků tak, aby pacienti a rodinní příslušníci byli informováni o službách a dalších možnostech pomoci, které tyto společnosti pacientům a rodinným příslušníkům nabízejí.
- Uznaly důležitost alzheimerovských společností i tím, že je budou systematicky finančně podporovat.
- Uznaly závažnost a náročnost role rodinných pečujících, stejně jako zátěže, kterou tato role přináší, a systematicky umožnily rozvoj respitních služeb.
- Vytvořily podmínky pro zajištění uceleného spektra služeb pro lidi s demencí.
- Poskytly lidem s demencí a jejich rodinným příslušníkům podporu, která jim umožní v dostatečné míře využívat existující služby.
- Rozšířily Otevřenou metodu koordinace (Open Method of Coordination) také na otázky dlouhodobé péče, mezinárodní výměny zkušeností a dobré praxe.
- Zajistily, aby se zásada dostatečného informování pacientů s demencí stala součástí lékařských profesních kodexů.
- Zajistily výměnu zkušeností ohledně dobré praxe také v systému právní ochrany lidí s demencí, v otázkách opatrovnictví, zákonných zástupců a podobně.
- Zajistily dostatečné legislativní právní předpoklady pro to, aby člověk s demencí mohl předem vyslovit svá přání ohledně péče a pomoci v pozdějších fázích onemocnění (advance directives). A zároveň garantovaly, aby byla tato předem vyslovená přání respektována v pozdější léčbě a péči.

## Priority veřejného zdravotnictví

1. V roce 2006 žije v zemích Evropské unie celkem 5,4 milionu obyvatel postižených Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci (1). V důsledku stárnutí populace vzroste počet těchto lidí na dvojnásobek v zemích západní Evropy a na trojnásobek v zemích Evropy východní (2).

*Alzheimer Europe, evropská asociace alzheimerovských společností, vyzývá Evropskou unii, Radu Evropy a vlády jednotlivých zemí, aby uznaly, že Alzheimerova choroba a jiné formy demence představují významný zdravotnický problém, který je třeba řešit koordinovaně jak na evropské a mezinárodní úrovni, tak na úrovni jednotlivých států, a přijmout na všech výše uvedených úrovních akční plány pro řešení této problematiky.*

2. Evropský parlament přijal v letech 1996 a 1998 dvě rezoluce týkající se Alzheimerovy choroby, v nichž zdůraznil zdravotní důsledky stárnutí populace a významný vzestup počtu lidí postižených demencí. Výzvy, které tyto rezoluce obsahovaly, se však setkaly jen s minimální praktickou odezvou.

*Alzheimer Europe žádá Evropský parlament, aby přijal zprávu a rezoluci o stavu léčení a péče o pacienty s demencí a o stavu výzkumu v této oblasti.*

*Alzheimer Europe žádá evropské instituce, aby uznaly, že Alzheimerova choroba představuje významný problém veřejného zdravotnictví ve smyslu 152 Smlouvy o Evropském společenství, a napomohly vytvořit koordinovanou aktivitu Evropské unie pro řešení této problematiky.*

3. V rezoluci z roku 1996 Evropský parlament ocenil a podpořil asociaci Alzheimer Europe a ostatní evropské společnosti, které pomáhají lidem postiženým demencí a jejich rodinným příslušníkům. Od té doby asociace Alzheimer Europe dále aktivně pracuje, napomáhá spolupráci jednotlivých organizací a koordinuje mnoho úspěšných mezinárodních projektů. Přes tuto úspěšnou činnost a formální podporu Evropského parlamentu nezískala Alzheimer Europe pro svou aktivitu žádnou systémovou finanční podporu z prostředků Evropské unie.

*Alzheimer Europe žádá evropské instituce, aby zvážily poskytování systémové finanční podpory asociaci Alzheimer Europe, a umožnily tak výměnu informací, zkušeností a dobré praxe mezi jednotlivými národními organizacemi a rozvoj celevropských projektů.*

## Priority výzkumu a medicíny

4. Vědecký pokrok a zlepšení znalostí odborné veřejnosti vedly ke zlepšení diagnostiky Alzheimerovy choroby a jiných forem demence. Přesto však jsou u mnoha lidí tato onemocnění diagnostikována opožděně, v nejhorších případech není demence rozpoznána vůbec. Nedávné výzkumy (4) prokazují, že doba mezi prvními příznaky onemocnění a mezi stanovením správné diagnózy je v jednotlivých zemích Evropské unie různá. Zatímco v Německu se jedná o 10 měsíců, ve Velké Británii jsou to 32 měsíce.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby zařadily problematiku demencí mezi povinné součásti kurikula vzdělání lékařů a zdravotníků a aby zvýšily znalosti pracovníků ve zdravotnictví o problematice Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění způsobujících demenci.*

5. Rodinní příslušníci nejčastěji uvádějí, že nebyli schopni rozpoznat první příznaky onemocnění (70 %), dále nedokázali rozpoznat jejich závažnost (61 %) a považovali je za normální příznaky stárnutí. Někteří hovoří také o popírání možnosti tohoto problému, oddalování řešení pro obavy z toho, co může být zjištěno.

*Alzheimer Europe vyzývá Evropskou komisi a vlády jednotlivých zemí, aby podporovaly informační kampaně určené široké veřejnosti s cílem zlepšit rozpoznání příznaků Alzheimerovy choroby a jiných forem demence a poučit veřejnost, že významná ztráta paměti není součástí normálního stárnutí. Tyto informační kampaně by měly probíhat v úzké spolupráci s alzheimerovskými společnostmi a s odbornými lékařskými společnostmi. Také by měla být zvážena možnost spolupráce veřejného sektoru s podnikatelskými subjekty, zejména s farmaceutickými společnostmi.*

6. V současné době neexistují léky, které by vyléčily Alzheimerovu chorobu nebo zcela zastavily její průběh. Existují ale léky, které mohou zmírnit příznaky tohoto onemocnění, zpomalit jeho průběh a zlepšit kvalitu života nemocného člověka i rodinných příslušníků. V některých evropských zemích ale tyto léky nejsou zařazeny do systému úhrad z veřejných prostředků a pro pacienty jsou finančně nedostupné.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby zlepšovaly dostupnost moderních léčiv Alzheimerovy choroby a jiných forem demence v rámci systému financování zdravotní péče v jednotlivých zemích.*

*Alzheimer Europe vyzývá evropské instituce a Evropskou agenturu pro léčiva, aby napomohly získat přehledné informace o dosud existujících nerovnostech v přístupu evropských občanů k léčení Alzheimerovy choroby a jiných forem demence.*

7. Příčina Alzheimerovy choroby a některých jiných onemocnění způsobujících demenci zůstává neznáma i přes rozsáhlý výzkum, který v této oblasti probíhá.

*Alzheimer Europe vyzývá evropské instituce, aby podporovaly celoevropský výzkum rizikových faktorů, preventivních a léčebných postupů u Alzheimerovy choroby a dalších forem demence v rámci 7. rámcového programu pro vědu a výzkum.*

*Alzheimer Europe vyzývá národní vlády, aby zvýšily podporu výzkumu Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění vedoucích k demenci a podporovaly spolupráci výzkumných center excellence v jednotlivých zemích, která se zabývají specifickými výzkumnými oblastmi, jakož i vzácnějšími onemocněními způsobujícími demenci.*

## Priority péče a sociální pomoci

8. Lidé s demencí a jejich rodinní příslušníci potřebují jak lékařské služby, tak pomoc a péči ostatních zdravotnických pracovníků i pracovníků dalších profesí, sociálních služeb a podobně. Alzheimerovské společnosti, které existují ve většině evropských zemí, poskytují lidem s demencí a jejich pečujícím příslušníkům informace a oporu. Přesto nedávný výzkum (7) ukázal, že pouze 41 % pečujících získalo informaci o alzheimerovské společnosti, v pouhých 18 % bylo informováno o dostupných službách.

*Alzheimer Europe vyzývá lékaře, aby systematicky informovali pacienty s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence o existenci alzheimerovských společností a o možnostech pomoci, které tyto společnosti nabízejí pacientům i jejich rodinným příslušníkům.*

*Alzheimer Europe a její členské organizace mají zájem na rozvíjení partnerské spolupráce s lékaři, aby tak napomohly prosadit holistický přístup k pacientům, který bude respektovat nejen potřebu léčení, ale také péče a podpory.*

9. Alzheimerovské společnosti zajišťují některé důležité služby pro lidi s demencí a zejména pro pečující rodinné příslušníky. Výzkum (8) provedený asociací Alzheimer Europe a jednotlivými členskými organizacemi ukázal, že alzheimerovské společnosti organizují zpravidla svépomocné skupiny pro lidi s demencí a jejich rodinné příslušníky. Ve 23 zemích jsou organizovány vzdělávací programy a informační služby, telefonické linky jsou také ve 23 zemích, denní centra pomáhají alzheimerovské společnosti organizovat ve 14 zemích a domácí služby v 11 zemích Evropy.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby uznaly důležitost role alzheimerovských společností i tak, že je budou systematicky finančně podporovat a umožní jim tak zlepšit služby, které poskytují lidem s demencí a jejich rodinným příslušníkům. Vlády by měly zvážit možnosti podpory, která může zahrnovat přímou finanční podporu prostřednictvím rozpočtu či grantových systémů nebo podporu prostřednictvím daňových úlev.*

10. Péče o lidi s demencí má významný vliv na kvalitu života pečujících. V nedávné studii (9) vypovědělo významné procento pečujících, že tráví více než 10 hodin denně poskytováním péče. Jedná se cca o 20 % pečujících rodinných příslušníků lidí s počínající a mírnou demencí a o 50 % rodinných příslušníků lidí se středně rozvinutou a těžkou demencí.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby uznaly závažnost a náročnost role rodinných pečujících, stejně jako zátěže, kterou tato role přináší, a systematicky umožnily rozvoj respitních služeb.*

11. Dostupnost adekvátních služeb pro lidi s demencí je v mnoha evropských zemích dosud problémem. Na dotaz o dostupnosti a potřebnosti služeb (10) odpověděla většina, že neví o existenci služeb, nebo že je považuje za nedostupné. Jen 44 % rodinných pečujících věděla o denních centrech, 34 % o možnostech dlouhodobého pobytu, 33 % o možnostech krátkodobého respitního pobytu a pouhých 8 % o adekvátní paliativní péči. Nepřekvapuje ani další výsledek tohoto šetření, kdy pouhých 17 % respondentů souhlasilo s výrokem, že v jejich zemi není zajištěna péče o seniory.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby vytvořily podmínky pro zajištění uceleného spektra služeb pro lidi s demencí, které budou odpovídat*

*jejich specifickým potřebám. Tyto služby by měly zahrnovat kliniky paměti a diagnostická centra, adekvátní péči v domácím prostředí, denní centra, pobytové služby i paliativní péči.*

12. Péče o lidi s demencí klade na pečující rodinu značné finanční nároky. Podle nedávného šetření Alzheimer Europe (11) uvádí 88 % rodinných příslušníků, že finančně přispívá na zajištění péče o rodinného příslušníka postiženého demencí v rezidenčním nebo ošetrovatelském zařízení, 66 % na respitní péči, 65 % na péči v domácnosti a 55 % na péči v denním centru.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby poskytly lidem s demencí a jejich rodinným příslušníkům podporu, která jim umožní v dostatečné míře využívat existující služby.*

*Alzheimer Europe vyzývá evropské instituce, aby rozšířily otevřenou metodu koordinace (Open Method of Coordination) také na otázky dlouhodobé péče a mezinárodní výměny zkušeností a dobré praxe v jednotlivých evropských zemích.*

## Právní a etické priority

13. Alzheimer Europe a její členské organizace se zasazují o prosazování autonomie lidí s demencí a o možnosti, aby v co největší míře rozhodovali o svém životě. Včasně sdělení diagnózy onemocnění vedoucího k demenci má zásadní význam, aby se člověk postižený demencí mohl rozhodnout o důležitých věcech svého života nebo aby se na těchto rozhodnutích mohl alespoň zásadním způsobem podílet. Přesto studie Alzheimer Europe (12) prokazuje, že způsob informování pacientů se v jednotlivých zemích liší. Zatímco ve Skotsku je informováno 80 % lidí, ve Španělsku jsou to jen 23 %.

*Alzheimer Europe vyzývá národní vlády a lékařské společnosti, aby garantovaly i prostřednictvím svých profesních etických kodexů a systému vzdělávání, že bude pacientům dostatečným a vhodným způsobem sdělována závažná diagnóza Alzheimerovy choroby či jiného onemocnění vedoucího k demenci.*

14. Alzheimerova choroba způsobuje postupné zhoršování kognitivních funkcí a zákonitě přináší i situaci, kdy postižený člověk se sám o sebe neumí zcela postarat a potřebuje pomoc při rozhodování o důležitých věcech, o financích, při řešení zdravotního stavu a podobně. V těchto situacích by měl mít svého opatrovníka/zákonného zástupce, který bude rozhodovat v jeho zájmu. Právě v této důležité oblasti je legislativa jednotlivých zemí velmi odlišná.

*Alzheimer Europe vyzývá Radu Evropy a národní vlády jednotlivých zemí, aby zajistily výměnu zkušeností ohledně dobré praxe také v systému právní ochrany lidí s demencí, otázkách opatrovnictví, zákonných zástupců a podobně. Především jde o vytvoření takové legislativy na úrovni jednotlivých členských zemí, která umožní lidem postiženým onemocněním vedoucím k demenci, aby si zvolili svého zákonného zástupce/opatrovníka, který bude jednat v jejich zájmu v době, kdy to budou potřebovat.*

15. Opatrovník či zákonný zástupce je tím, kdo má poskytnout potřebnou podporu lidem s demencí a měl by jednat vždy v nejlepším zájmu takto postiženého člověka a respektovat jeho předem vyslovená přání. Institut předem vysloveného přání by měl usnadnit a nasměrovat činnost zákonného zástupce. Měl by být respektován i v těch případech, kdy zákonný zástupce není stanoven.

*Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby zajistily dostatečné právní prostředí a předpoklady pro to, aby člověk s demencí mohl předem vyslovit svá přání ohledně péče a pomoci v pozdějších fázích onemocnění (advance directives), a garantovaly, aby byla tato předem vyslovená přání respektována v pozdější léčbě a péči.*

## **Prameny:**

1. Hofman A. et al. (1991), The prevalence of dementia in Euroe: a collaborative study of 1980-1990 findings, *International Journal of Epidemiology*, Volume 20, No.3, p 736-748
2. Ferri C P et al (2005), Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, *Lancet* 2005, 336:2112-17
3. Resolution on 17/04/1996 on Alzheimer´s disease and the prevention of disorders of the cognitive functions in the elderly and Resolution of 11/03/1998 on Alzheimer´s disease
4. Wilkinson D et al (2005), Inequalities in dementia care across Europe: an agenda for change, *International Journal of Clinical Practice*, March 2005, Vol.59, Suppl.146
5. Alzheimer Europe (2005): Alzheimer Europe response to the preliminary NICE recommendations, [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)
6. Alzheimer Europe (2006): The Dementia Carers´ Survey (conducted in France, Germany, Poland, Scotland and Spain)
7. Alzheimer Europe (2005): The Alzheimer Movement in Europe, published in the 2004 Annual report of the organisation
8. Alzheimer Europe (2002): Comparative analysis of legislation in Europe relating to the rights of people with dementia, [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)
9. Alzheimer Europe (2005): Position paper on advance directives, [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)

# Ustanovení vůle ohledně budoucí léčby a zdravotní péče

Stanovisko Alzheimer Europe 6/2005<sup>1</sup>

## A. Souhrn

1. Následující text přináší příspěvek Alzheimer Europe a jejích členských organizací k evropské diskusi o respektování vůle člověka ohledně budoucí léčby a zdravotní péče, a to v kontextu Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění vedoucích k demenci. Jedná se o výsledek diskusí odborníků mnoha profesí, psychiatrů, neurologů, farmakologů, právníků, etiků se členy výboru Alzheimer Europe a jejích členských organizací.

2. Stanovisko Alzheimer Europe k ustanovení vůle ohledně budoucí léčby a zdravotní péče (dále jen ustanovení vůle) vychází z obecných principů a bylo ovlivněno principy obsaženými v platných evropských a mezinárodních dokumentech.

3. Na základě těchto principů a přehledu dostupné literatury o současné problematice ustanovení vůle dospěla Alzheimer Europe k následujícímu stanovisku:

- a) Alzheimer Europe doporučuje používat ustanovení vůle pro rozhodování o širokém spektru postupů souvisejících se zdravím, které zahrnují léčbu, péči, zabezpečení, ustanovení zástupce a podobně.
- b) Alzheimer Europe podporuje možnost stanovit zástupce pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí a doporučuje vládám, aby vytvořily legislativní podmínky pro to, aby se tito zástupci mohli podílet na rozhodovacím procesu.
- c) Alzheimer Europe zdůrazňuje roli lékařů a ostatních kvalifikovaných zdravotnických pracovníků v procesu tvorby ustanovení vůle tak, aby postihlo důležité a potřebné aspekty péče pro případ, kdy se člověk postižený demencí již nebude schopen rozhodnout sám.
- d) Vzhledem k tomu, že v praxi není možné se řídit nejasným ustanovením vůle,

1 [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)  
Překlad Iva Holmerová



vyzývá Alzheimer Europe k tomu, aby lidi své ustanovení vůle sepisovali výstižně a co nejúplněji.

- e) Alzheimer Europe předpokládá, že vlády jednotlivých zemí vytvoří přiměřené systémy pro registraci, užití a dohled, které zabezpečí respektování a zabrání zneužívání ustanovení vůle, a to prostřednictvím registrace a dohledu.
- f) Alzheimer Europe zastává názor, že předpokladem pro to, aby ustanovení vůle bylo věrohodné a platné, je splnění obecně platných kritérií. To znamená, že člověk je schopen rozhodování, není na něj činěn jakýkoli nátlak, neexistuje novější verze ustanovení vůle a přání stanovená v ustanovení vůle jsou relevantní dané situaci/navrhované léčbě.
- g) Alzheimer Europe vyjadřuje svůj názor k diskusi ohledně závaznosti dříve vyslovených přání oproti přáním později vysloveným. Alzheimer Europe zastává názor, že je třeba zjistit současná přání pacienta, a to i v případě, že bylo sepsáno ustanovení vůle. Pokud je člověk plně schopen rozhodování, neměli by lékaři podle ustanovení vůle postupovat. Pokud člověk není plně schopen rozhodování a mezi současným přáním a ustanovením vůle existuje rozpor, je třeba vzít v úvahu ustanovení vůle i současná přání člověka, neboť ta vyjadřují jeho současný duševní a emocionální stav a postoje.
- h) Rozhodnutí, která nejsou v souladu s ustanovením vůle by měla být zaznamenána v pacientově dokumentaci. Stejně tak vysvětlení, proč tomu tak nebylo, o kterém by měly být informovány dohlížející orgány příslušného pracoviště.
- i) Alzheimer Europe považuje za nutné, a to v rámci zajištění ekvity v poskytované zdravotní péči a k umožnění volby, aby se zvýšila dostupnost a zlepšila kvalita paliativní péče.
- j) Alzheimer Europe důrazně vyzývá jednotlivé země, aby vytvořily dostatečné legislativní a právní prostředí pro to, aby byla ustanovení vůle dostatečně využívána a bylo zabráněno jejich zneužití.

Stále více členských organizací Alzheimer Europe zastává názor, že by ustanovení vůle měla být zakotvena v právním řádu jednotlivých zemí a přání ohledně odmítnutí léčby my měla být právně závazná, nicméně za určitých předpokladů ochrany před jejich zneužitím.

4. Další podrobnosti a podklady k problematice, kterou se toto stanovisko zabývá, jsou uvedeny v důvodové zprávě, kterou lze zdarma obdržet na ústředí Alzheimer Europe (Alzheimer Europe, 145 route de Thionville, L-2611, Luxembourg) nebo ji lze vyhledat na webové stránce <http://alzheimer-europe.org>.

## B. Úvod

**5. Rozhodování v časných fázích demence.** Onemocnění způsobující demenci zpravidla vedou k postupné a nezvratné deterioraci kognitivních funkcí (paměti, řeči, myšlení atd.). Včasná diagnóza Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění způsobujících demenci umožňuje včasné zahájení léčby, která je neúčinnější právě ve fázi počínající a mírné demence. Lidé postižení demencí v počínajícím a mírném stadiu ještě mohou rozhodovat o svých finančních záležitostech, osobním zabezpečení, léčení a možné účasti ve výzkumu.

**6. Respektování autonomie a lidské důstojnosti.** Alzheimer Europe zdůrazňuje, že je velmi důležité, aby lidé s demencí rozhodovali o svých záležitostech vždy, pokud je to možné. Proto je ustanovení vůle jedním z prostředků, kterým lze posílit a zachovat autonomii a důstojnost lidí s demencí.

### 7. Užívání termínů

- a) Předem vyslovené přání, sdělení.** Jedná se o obecný pojem, o jakékoli sdělení, které člověk učiní o budoucím rozhodování. Může se jednat o sdělení o zásadách nebo preferencích. Může jít o určité specifické rozhodnutí (volba určitého zařízení nebo lékaře). Předem vyslovená sdělení či přání mohou být pozitivní, negativní nebo neutrální. Tento pojem zahrnuje také ustanovení vůle.
- b) Ustanovení vůle:** Jedná se o specifičtější pojem týkající se určitých rozhodnutí nebo typů rozhodnutí, která budou muset být učiněna v budoucnosti, a to zejména o léčení a o zdravotní péči. Většinou se jedná o negativní sdělení, může se jednat i o sdělení pozitivní.

V některých zemích se tímto názvem nazývá i dokument, který má dvě části:

- instrukce a požadavky ohledně léčení a/nebo zdravotní péče
  - ustanovení zástupce (důvěrníka), kdy je člověku s demencí umožněno uvést jméno člověka, ke kterému má důvěru a který by dle jeho přání měl v době, kdy to bude třeba, za něj rozhodovat o jeho léčení a zdravotní péči. Je zapotřebí, aby obě výše uvedené položky byly řešeny samostatně. Je možné, ale nikoli nutné vyhotovit obě části dokumentu.
- c) Synonyma: Living wills, advance directives – Pořízení, Uspořádání, Vůle pacienta ohledně budoucí léčby a péče.** Pro účely tohoto dokumentu budou uváděny termíny předem vyslovené přání (v širším kontextu) a ustanovení vůle v kontextu budoucí léčby anebo zdravotní péče.

**8. Včasná diagnóza, sdělení diagnózy.** Nutnou podmínkou pro to, aby lidé s demencí mohli rozhodovat o svých záležitostech, je včasné poznání diagnózy onemocnění vedoucího k demenci. Tato skutečnost zdůrazňuje důležitost včasné

diagnózy a jejího sdělení nemocnému člověku. Lidé by měli získat dostatek informací o tom, co tato diagnóza znamená, jak změní jejich život a jaká je prognóza onemocnění. Zevrubné a zodpovědné informování lékařem by mělo být doplněno předáním písemných informačních materiálů.

Lidi postižené Alzheimerovou chorobou či jiným onemocněním způsobujícím demenci je třeba také informovat o možnosti, že by měli sepsat ustanovení vůle ještě v době, kdy jsou schopni je sepsat. S pozdější progresí onemocnění již sepsání tohoto ustanovení vůle ohledně léčby a zdravotní péče není možné vzhledem k charakteru onemocnění, které s sebou přináší deterioraci kognitivních funkcí. Ta je podstatou syndromu demence. Proto Alzheimer Europe i její členské organizace zdůrazňují význam a důležitost této problematiky.

**9. Právní uznání ustanovení vůle.** Aby mohlo ustanovení vůle sloužit svému účelu, je zapotřebí, aby bylo právně uznáno a aby bylo k dispozici vždy, kdy je to zapotřebí. Některé země ve své legislativě ustanovení vůle zakotvily, některé zatím nikoli.

*Alzheimer Europe proto vyzývá vlády jednotlivých zemí a tvůrce jejich legislativy:*

- k právnímu uznání ustanovení vůle
- k vytvoření právního rámce pro užití ustanovení vůle
- k zavedení systému registrace

Alzheimer Europe také uznává svou vlastní roli v tom, aby napomohla zvýšit obecné povědomí a informovanost o této problematice.

**10. Plánování péče.** Dle Alzheimer Europe by se ustanovení vůle mělo chápat v kontextu plánování budoucí péče, což je komplexní strategie, která zahrnuje úvahu o budoucí zdravotní péči a zabezpečení a zahrnuje reflexi, diskusi a sdělení všech důležitých informací o léčení, péči, preferencích, a to jak v průběhu onemocnění, tak i v jeho terminálních fázích. Plánování péče může, ale nemusí vyústit v ustanovení vůle. Je třeba zdůraznit, že nikdo by za žádných okolností neměl být nucen k tomu, aby sepsal ustanovení vůle písemně. Jestliže si někdo nepřeje zabývat se těmito otázkami a přenechá toto rozhodování ostatním, měla by být jeho volba respektována.

**11. Problémy ke zvážení a základní principy.** Předtím, než bude diskutováno ustanovení vůle a určité praktické i právní otázky, je třeba objasnit několik aspektů, které se týkají ustanovení vůle specificky u lidí trpících onemocněním způsobujícím demenci. Dále je zapotřebí zdůraznit naprostou nutnost zlepšit poskytování paliativní péče. Naposledy je třeba uvést několik základních principů, ze kterých vychází toto stanovisko.

## C. Vysvětlení k otázce ustanovení vůle v případě demence

**12. Ustanovení vůle a rozhodování na konci života.** Ustanovení vůle se obvykle týká život ohrožujících onemocnění, jakými jsou rakovina a onemocnění srdce. Také řeší akutní situace, v nichž pacienti ztrácejí vědomí, nebo se vztahují k prodlouženým stavům bezvědomí, například perzistujícímu vegetativnímu stavu. V těchto případech se sdělení obsažená v ustanovení vůle zpravidla týkají rozhodnutí souvisejících s koncem života. Koncept ustanovení vůle, jehož průkopníkem byl Luis Kutner se spolupracovníky koncem 60. let 20. století, se týkal možnosti dát lidem příležitost, aby vyjádřili svůj pocit, že v situacích, kdy smrt je blízko a je nevyhnutelná, je třeba dát přednost péči, která povede k zachování důstojnosti a komfortu před snahou prodloužit život a oddálit smrt za cenu zhoršení kvality posledních chvil života člověka.

**13. Ustanovení vůle u lidí s demencí.** Situace lidí s demencí je poněkud odlišná. Tito lidé mohou žít ještě 5–20 let od stanovení diagnózy (záleží na tom, jak včas bylo onemocnění způsobující demenci diagnostikováno). V průběhu tohoto období dochází k deterioraci duševních schopností, a tím se snižuje schopnost samostatně se rozhodovat. V počínajících fázích demence jsou lidé s demencí ještě schopni některých rozhodnutí. S progresí onemocnění se schopnost samostatně se rozhodovat zhoršuje, ale i přesto se mohou lidé s demencí na některých společných rozhodováních podílet, účastnit se rozhodovacího procesu. Podějí zpravidla nastane období, kdy nebudou schopni učinit žádná rozhodnutí. V různých obdobích nemoci však mohou nastat situace, kdy je zapotřebí rozhodnout. Proto by ustanovení vůle mělo pokud možno zahrnovat stanoviska k situacím, které mohou nastat v průběhu onemocnění s demencí, a neomezovat se pouze na otázky související s koncem života. Proto Alzheimer Europe doporučuje umožnit ustanovení vůle lidem s onemocněním vedoucím k demenci.

**14. Přerušení nebo nezavedení život zachraňující nebo život udržující léčby.** Přestože ustanovení vůle může obsahovat přání týkající se přerušení nebo nezavedení život zachraňující nebo život udržující léčby, Alzheimer Europe považuje za nutné zdůraznit, že žádost o eutanazii nebo asistovanou sebevraždu představuje zejména u demence velice komplikovanou oblast, která je nad rámec tohoto stanoviska a toto stanovisko se jí dále nezabývá. Považujeme za nutné konstatovat, že zejména u pacientů s demencí je možnost eutanazie velmi problematická. Největším rozdílem mezi eutanazií a přerušением život udržující léčby je to, že smyslem eutanazie je ukončení života, zatímco smyslem přerušení život udržující léčby je

pozastavení léčby, která již v žádném případě nemůže být přínosem pro stav pacienta a/nebo může způsobovat nežádoucí vedlejší účinky nebo rizika pro pacienta. Nadto je třeba poznamenat, že ve valné většině zemí není žádost o eutanazii právně akceptovatelná.

**15. Sdělení týkající se odmítnutí léčení a prodlužování života.** Zatímco se někteří lidé obávají, aby nebyli příliš a zbytečně léčeni (například v situacích, kdy není naděje na uzdravení), jiní se obávají, že jim nebude poskytnuto potřebné léčení v situaci, kdy již nebudou sami schopni své zájmy prosazovat. Alzheimer Europe považuje za nutné ujistit, že se ustanovení vůle netýká pouze odmítnutí léčby. Člověk musí mít stejné právo a možnost vyjádřit své přání, aby měl veškerou dostupnou léčbu a péči, které jsou relevantní, k prodloužení života.

## D. Základní principy

**16. Doporučení týkající se práv a ochrany dospělých s inkompetencí.** Na svém výročním shromáždění v Mnichově dne 15. 10.2000 přijala Alzheimer Europe doporučení, jak zlepšit práva a ochranu lidí s inkompetencí v důsledku demence. Toto doporučení zahrnuje také část týkající se bioetických otázek. Tento materiál by měl být východiskem i pro otázku ustanovení vůle a jeho použití v praxi.

- a) Každý člověk s demencí by měl být o diagnóze informován co nejdříve. (paragraf 6)
- b) Autonomie lidí s demencí musí být respektována vždy. Pokud je člověk s demencí schopen činit rozhodnutí týkající se jeho života, je třeba tato rozhodnutí hledat, respektovat a dávat jim přednost před rozhodnutími pacientova zástupce. Vždy, a to bez ohledu na úroveň schopností člověka s demencí, musí být jeho zájmy upřednostněny. Vždy, pokud je to možné, se má člověk s demencí podílet na rozhodování. Je třeba respektovat a podporovat schopnosti, které jsou zachovány a umožňují podílet se na volbě a rozhodování. (paragraf 7)
- c) Lidé s demencí by měli být poučeni, že mohou sepsat ustanovení své vůle a doporučit svého zástupce, a také o tom, jaké výhody jim jedno, druhé či obě opatření mohou přinést. Vlády jednotlivých zemí by měly zajistit podmínky pro to, aby bylo ustanovení vůle respektováno. (paragraf 8)
- d) Alzheimer Europe sepsala osnovu ustanovení vůle, která je k dispozici ve všech jazycích Evropské unie před jejím rozšířením. Doporučujeme však, aby lidé sepsávali své ustanovení vůle ve spolupráci s lékařem. Jen tak je možné docílit, aby bylo ustanovení vůle jasně formulováno a aby zohlednilo možnosti mo-

derní praxe. Dále je důležité, aby si člověk, který sepisuje ustanovení vůle, byl vědom důsledků svých rozhodnutí, aby jim rozuměl a aby byl schopen takovýto dokument sepsat. Doporučujeme, aby zákonní zástupci i zdravotníci pracovníci byli povinni vzít v úvahu přání obsažená v těchto dokumentech. Pokud tak neučiní, mělo by to být řádně zdůvodněno. Dále doporučujeme vytvoření národních registrů ustanovení vůle. Doporučujeme spolupráci mezi jednotlivými zeměmi a začlenění informací o ustanovení vůle do počítačových lékařských záznamů (v souladu s národními systémy ochrany dat). (paragraf 9)

- e) Je důležité zajistit, aby byla respektována lidská důstojnost a práva člověka s demencí byla respektována za všech okolností a ve všech stádiích onemocnění, v jeho průběhu i v umírání. Jsou určitá rozhodnutí, o kterých může jen těžko rozhodovat jiná osoba, například ohledně resuscitace, život prodlužující léčby, některých invazivních a zatěžujících postupů, tlumení bolesti, poskytování paliativní péče. Proto by měl být návod pro rozhodování v těchto situacích součástí ustanovení vůle a tato stanoviska by se měla stát součástí zdravotnické dokumentace. (paragraf 19)

17. **Obecné principy.** Je třeba respektovat také následující obecné principy:

- a) Člověk s demencí je jedinečnou a celou lidskou bytostí nehledě na tíži nemoci a závažnost kognitivní poruchy. Alzheimer Europe je důsledně proti jakékoli teorii, která by odpírala člověku lidství, která by tvrdila, že člověk je v důsledku inkompetence méně člověkem. S lidmi s demencí je třeba vždy zacházet s úctou a respektem.
- b) Autonomii člověk a s demencí je třeba vždy respektovat, přestože další zásadní principy, kterými jsou beneficence, spravedlivost a non-maleficence, je třeba též brát v úvahu a pečlivě zvažovat se zřetelem na právo člověka rozhodovat o svých záležitostech.
- c) Schopnost rozhodovat neexistuje v termínech buď ano nebo. Věříme, že bude vždy zvažována a hodnocena ve vztahu k určitým jednotlivým rozhodnutím nebo charakteru těchto rozhodnutí (člověk může být schopen nebo neschopen toho či jiného rozhodnutí). Schopnost rozhodovat může být omezena jen částečně. Demence nezpůsobuje náhlou ztrátu schopnosti o něčem rozhodovat, ale dochází ke ztrátě postupně. U mnoha forem demence je navíc schopnost rozhodovat kolísavá, fluktuuje v čase. Z těchto důvodů je třeba posuzovat případ od případu s ohledem na specifické oblasti rozhodovacího procesu a s ohledem na momentální zdravotní a funkční stav člověka s demencí.
- d) Je třeba uznat, že mnoho rozhodnutí o ustanovení zástupce, ať se již jedná o opatrovníka, soud, nebo jinou instituci, tradičně vycházelo z posouzení schopnosti či neschopnosti. Teprve nové zákony v některých zemích uznávají částečnou schopnost rozhodovat v některých otázkách a nabízejí pružnější možnost řešení této situace.

- e) Alzheimer Europe uznává potřebu, aby se lidé ve všech fázích demence účastnili klinických studií, nicméně je třeba respektovat jejich předchozí i současný názor a souhlas k účasti na výzkumné studii a zachovat veškerá potřebná bezpečnostní opatření. Je třeba dobře vážit mezi ochranou lidí s demencí a jejich právem rozhodnout se, zda se zúčastní výzkumného projektu (více informací je uvedeno v odstavcích 31 a 32).

### 18. Další principy dle platných evropských či mezinárodních dokumentů.

Při tvorbě tohoto stanoviska vycházela Alzheimer Europe také z Deklarace práv pacientů (WHO, 1994), Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka v souvislosti s aplikací biologických věd a medicíny (Rada Evropy, Oviedo, 4. 4. 1997) a z Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy č. R (99) členským zemím o principech týkajících se právní ochrany dospělých osob s inkompetencí.

## E. Rozsah ustanovení vůle

### Co by mělo – co by nemělo – být předmětem ustanovení vůle

19. **Příklady problémů zahrnutých do ustanovení vůle.** Alzheimer Europe doporučuje, aby ustanovení vůle zahrnovala následující problematiku: souhlas k léčení, odmítnutí léčení, resuscitace, paliativní péči, péči terminální, přání týkající se péče obecně, rozhodnutí týkající se pobytu v rezidenčním zařízení nebo v zařízení jiného typu, finanční rozhodnutí související s péčí a sdělení preferencí (včetně psychologických, duchovních i náboženských potřeb, vztahů a životního stylu).

Přestože se ustanovení vůle často již netýkají otázek po smrti, může být ustanovení vůle dobrou příležitostí k tomu, aby člověk sdělil, jak by mělo být naloženo s jeho tělem po smrti (darování těla pro vědecké účely, darování orgánů).

*(Poznámka překladatele: Pokud výše uvedené úkony nejsou specifikovány legislativou, v České republice je takto řešeno darování orgánů, existuje registr lidí, kteří si orgány nepřejí darovat.)*

20. **Terminologie.** Pod pojmem léčení, péče a zdravotní péče rozumíme péči komplexně, neomezujeme se pouze na lékařské aspekty či jen na terminální péči. Například lidé si mohou přát, aby mohli chodit do denního centra, aby se mohli koupat ve

vaně, protože nemají rádi sprchu, aby nemuseli snídat, aby mohli jít jednou denně na procházku a podobně. Také tato přání mohou být zahrnuta v ustanovení vůle.

**21. Další význam ustanovení vůle.** Doporučujeme, aby lidé využívali ustanovení vůle také k tomu, aby si zvolili člověka, který je bude v důležitých rozhodnutích souvisejících se zdravotní péčí zastupovat. Mohou se rozhodnout také o tom, zda se budou, či nebudou chtít účastnit výzkumu (o těchto otázkách podrobněji v části o zástupcích a v části o výzkumu).

**22. Ustanovení vůle a místo léčení a péče.** Ustanovení vůle by se nemělo omezit na zdravotní péči v nemocnici, ale mělo by obsahovat přání týkající se péče obecně, nehledě na místo, kde je poskytována, například doma, v ošetrovatelském domě, hospicu a podobně.

**23. Možná omezení pro užití ustanovení vůle.** Alzheimer Europe nesouhlasí s tím, aby byla respektována přání požadující neadekvátní léčebný postup, odmítnutí základní péče (mytí a ústní hygieny), odmítnutí adekvátní analgetické léčby a odmítnutí jídla a pití přirozeným způsobem. Naopak by se mělo respektovat přání člověka, aby nebyl uměle vyživován či hydratován, a to například sondou, infuzí, gastrostomií, přání nebýt příliš tlumen, a to i za cenu určitého diskomfortu, aby si člověk mohl zachovat vědomí a udržet kontakt s rodinou a přáteli.

### **Zástupce pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí**

**24. Ustanovení zástupce pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí (dále zástupce).** Jak již bylo uvedeno, je možné do ustanovení vůle zahrnout také ustanovení zástupce, který bude za člověka rozhodovat v případě, že člověk trpící demencí již nebude schopen rozhodovat. V principu existují dva typy zástupců pro otázky související se zdravotní péčí. Předmětem tohoto stanoviska je zástupce, kterého si člověk postižený onemocněním způsobujícím demenci zvolí ještě v době, kdy je tohoto rozhodnutí schopen.

Mezi další často používané termíny patří také zmocněnec ve zdravotní či sociální problematice. Zástupce pro rozhodování v otázkách zdravotní péče může být také ustanoven soudem, a to v případě, že již člověk není schopen se rozhodovat sám o své zdravotní péči ani ustanovit svého zástupce. Dále se používá termín opatrovník ve zdravotní či sociální péči. V různých legislativních systémech jsou různé vztahy mezi rolmi a rozhodovacími pravomocemi, stejně tak mezi možnostmi rozhodovat v otázkách péče a v ostatních situacích, které se týkají financí a majetku.



**25. Rozdíl mezi zástupcem a zákonným opatrovníkem.** Zástupci pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí jsou zpravidla odlišní od zákonných opatrovníků, kteří jsou zmocněni, aby činili finanční nebo obecná rozhodnutí. Působnost zástupců pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí je limitována skutečně jen na rozhodování o zdravotní péči. V některých zemích je možné ustanovení opatrovníka nebo zmocněnce, který bude rozhodovat také o zdravotní péči, nebo je možné, aby byl zástupce pro zdravotní péči ustanoven soudem.

**26. Existující nebo neexistující psané sdělení.** Alzheimer Europe podporuje koncept zástupců, a to jak v situaci, kdy není k dispozici psané sdělení, které informuje o přáních pacienta, tak v situaci, kdy takové sdělení existuje.

**27. Výhoda ustanovení zástupce souběžně s ustanovením vůle.** Považujeme za důležité a doporučujeme, aby lidé kromě sepsání ustanovení vůle také zvažili možnost ustanovení svého zástupce. Ustanovení vůle je obvykle limitováno na určité okolnosti nebo druhy léčení. Proto může být užitečné mít ještě zástupce, a to zejména v situacích, které nejsou zmíněny v ustanovení vůle nebo v případech, kdy nejsou přání uvedená v ustanovení vůle dostatečně jasná nebo jednoznačně interpretovatelná, a to například v důsledku pokroku lékařské vědy nebo nepředvídatelných zdravotních komplikací.

**28. Důležitost prodiskutování přání se zástupcem pro zdravotní péči.** Zástupce by měl být informován o preferencích, hodnotách, víře a přání člověka, kterého zastupuje. Alzheimer Europe, stejně tak jako podporuje obecně šanci člověka s demencí být zastupován, respektuje specifickou úlohu zástupců v tom, aby byla co nejvíce zachována autonomie lidí s demencí v oblasti zdravotní péči. Doporučujeme lidem, kteří sepisují své ustanovení vůle, aby diskutovali otázky zdravotní péče se svými zvolenými zástupci, a v případě, že to je potřebné, aby jim poskytli vyjádření o hodnotách (podrobnosti o této problematice jsou uvedeny v odstavcích 41 až 43).

**29. Formality spojené s ustanovením zástupce.** Identifikační údaje zástupce by měly být uvedeny v ustanovení vůle, jedná se o jméno, adresu, telefonní číslo, e-mailovou adresu a podobně. Zástupce by měl vyslovit souhlas k tomu, aby tuto roli zastával, a měl by podepsat ustanovení vůle, aby prokázal svůj souhlas s jejími ustanoveními a skutečnost, že je s jejím obsahem obeznámen. Měl by také obdržet jednu kopii. Rozsah pravomocí zástupce by měl být uveden v ustanovení vůle.

**30. Potřeba ochrany.** V souvislosti s výše uvedenými skutečnostmi samozřejmě vyvstává obava, aby zástupci pro zdravotní péči nečinili rozhodnutí na základě svého názoru, přání a předsudků, a nikoli v souladu s předem vyslovenými přáními pacienta. Proto je důležité přijmout ochranná opatření, která budou zakotvena

v legislativě. Jedná se například o požadavek o dokumentaci rozhodnutí zástupců, možnosti stížností a podobně.

## Výzkum

**31. Ustanovení vůle a otázky účasti ve výzkumných projektech.** Alzheimer Europe doporučuje využít ustanovení vůle také pro otázky účasti (nebo neúčasti) ve výzkumných projektech. Domníváme se, že souhlas s účastí ve výzkumu podporuje autonomii člověka trpícího demencí a jeho možné přání učinit něco významného, co by eventuálně mohlo být přínosem pro ostatní, kteří se v budoucnu ocitnou v podobné situaci.

**32. Ustanovení vůle a účast ve výzkumných projektech,** ochranná opatření. Alzheimer Europe podporuje zásady Konvence o lidských právech a biomedicíně ohledně výzkumu, nicméně se domníváme, že souhlas s výzkumem, který je součástí ustanovení vůle, by měl být akceptován jako validní vyjádření přání účastnit se výzkumu za následujících podmínek:

- člověk je schopen učinit takovéto rozhodnutí, které je náročnější než jiná běžná rozhodnutí
- člověk je ochoten přijmout určité riziko nebo zátěž, kterou výzkum přináší. V ustanovené vůli by měla být také určena úroveň rizika nebo zátěže, kterou člověk považuje za akceptovatelnou
- člověk nevykazuje žádné známky neochoty či nevíle účastnit se na výzkumu, například neochotu užívat tablety, zjevný stres z testování a podobně
- člověk bude vyřazen z výzkumného projektu, pokud bude zřejmé, že není ochoten se výzkumu účastnit nebo pokud budou známky stresu či dyskomfortu
- výzkum bude schválen etickou komisí s dostatečnou zkušeností a znalostí problematiky demence. Alzheimer Europe důrazně doporučuje, aby byly v těchto záležitostech konzultovány skupiny usilující o prosazení práv pacientů
- pohoda pacientů účastnících se výzkumného projektu bude přiměřeným způsobem monitorována nezávislým kontrolním orgánem
- zástupce pacienta (pokud byl ustanoven) se bude podílet na rozhodování, zda výzkum, který je navrhován, je v souladu s předem vysloveným přáním člověka postiženého demencí

**33. Opatrnost v užívání přání souvisejících s výzkumem obsažených v ustanovení vůle lidí, kteří žijí v rezidenčních zařízeních.** Extrémní pozornost je třeba věnovat situacím, kdy lidé (kteří dali souhlas k výzkumu) žijí v rezidenčních zařízeních, a jsou tedy v závislosti na zaměstnancích těchto institucí (kteří mohou být zainteresováni na výzkumu). To může ovlivnit ochotu účastnit se na výzkumu. Mohou mít například obavy z negativní reakce nebo chtějí zabránit zhoršování stavu.

## F. Praktické otázky, které se týkají sepsání a interpretace ustanovení vůle

### Důležitost zainteresovat lékaře a ostatní kvalifikované zdravotnické pracovníky

34. **Role lékařů a ostatních kvalifikovaných zdravotnických pracovníků.** Lékaři a ostatní kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci mají důležitou roli v tom, aby informovali pacienty o možnosti učinit ustanovenou vůli a vysvětlili jim možnosti a výsledky určitých léčebných postupů. Měli by také potvrdit, že člověk, který sepisuje své ustanovení vůle, je toho skutečně schopen. Někteří zdravotničtí pracovníci se necítí dobře v roli, kdy by měli přesvědčovat pacienty, aby sepsali ustanovení vůle, protože cítí, že tento akt je jakýmsi sdělením pacientovi, že jeho stav je beznadějný a lékař je ve této situaci ponechává jejich vlastním rozhodnutím. Proto by měli lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci být poučeni o tom, jak si v těchto situacích počínat.

35. **Formulování a srozumitelnost ustanovení vůle.** Pokud se člověk rozhodne sepsat ustanovení vůle, je důležité věnovat pozornost přesnému formulování, které bude mít vliv na budoucí interpretaci. Ustanovení vůle, které je velmi podrobné a výstižné, nebude činit zdravotnickým pracovníkům žádné problémy v interpretaci. Na druhé straně dokumenty, které budou obsahovat nejasnou terminologii, jako například „heroické výkony“, „umělé prostředky“, „terminální onemocnění“ a podobně, mohou být pro lékaře obtížně interpretovatelné a mohou vést k jiným interpretacím, než byl záměr. Proto se Alzheimer Europe domnívá, že je důležité prodiskutovat znění ustanovení vůle se zdravotnickými profesionály.

36. **Potřeba a cena konzultace.** Konzultace v otázkách ustanovení vůle by měla být zařazena do systému úhrad z veřejných prostředků tak, aby se lékaři či jiní kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci mohli pacientům dostatečně věnovat a aby jim tento čas byl uhrazen, aniž by za konzultaci musel platit přímo pacient. Konzultace v těchto otázkách má samozřejmě svou cenu. Alzheimer Europe předpokládá, že se jedná o natolik důležitý výkon, že bude hrazen z veřejných prostředků a pro pacienty bude zdarma.

## Forma a styl ustanovení vůle

37. **Sepsat ustanovení vůle podle potřeb člověka.** Alzheimer Europe respektuje, že lidé mají rozličné důvody pro to, aby sepsali ustanovení vůle, a že se mohou v mnohém lišit (jiná kultura, náboženství, vzdělání). Proto podporujeme takové ustanovení vůle, které bude nejlépe umožňovat, aby vyjádřili své potřeby a přání. Lidé by měli mít možnost sami sepsat ustanovení vůle, protože různé formuláře nemusí odpovídat jejich potřebám. Různé příklady ustanovení vůle lze nalézt na internetu a jsou k dispozici v různých organizacích. Nicméně jak již bylo uvedeno výše, je moudré vyhledat lékaře či jiného kvalifikovaného zdravotnického pracovníka, aby pomohl se sepsáním a formulováním ustanovení vůle.

38. **Ustanovení vůle specifické pro problematiku demencí.** Alzheimer Europe podporuje používání formuláře, který byl vytvořen s ohledem na problematiku demence. Je tomu tak proto, že rozhodnutí, která by měli učinit pacienti trpící některým z onemocnění způsobujících demenci, jsou v mnohém odlišná než ta, která připadají v úvahu u jiných onemocnění. Demence samozřejmě mohou provázet i jiná onemocnění, proto je dobré zvážit různé léčebné postupy v různých situacích, které mohou nastat, například demence, demence a jiné terminální onemocnění, demence a kóma a podobně.

39. **Zaměření na kvalitu života nebo možnosti léčby.** Alzheimer Europe akceptuje, že někteří lidé se pravděpodobně zaměří na výsledky (například výsledná kvalita života, zátěž léčby, pravděpodobnost pozitivní nebo negativní prognózy), a to spíše než na specifické formy léčení. Takováto formulace přinese lékařům a zdravotnickým pracovníkům povinnost rozhodnout, která z forem léčení nejlépe odpovídá pacientovu přání. K tomu by si měli pořídit veškeré další informace, zejména konzultovat celou situaci s dalšími důležitými osobami (například příbuznými, partnerem, blízkými přáteli a podobně), aby tak mohli lépe usoudit, například co pro daného člověka představuje pojem kvalita života. Z tohoto důvodu doporučujeme lidem, kteří se ve svém ustanovení vůle orientují na výsledky, aby zvážili možnost napsat vyjádření o hodnotách (podrobnější informace v odstavcích 41 až 43).

40. **Možnost zahrnout do ustanovení vůle otázky související s účastí na výzkumu.** Je nutné rovněž upozornit na možnost účasti ve výzkumných projektech, pokud určitá léčebná metoda byla užívána po tak dlouhou dobu, že je možné zvážit její zátěž a benefit pro pacienta (nebo jejich chybění). To umožní pacientovi, aby měl v budoucnu užitek z potenciálně účinného léčení, aniž by postupoval riziko léčby, která bude zbytečná, neefektivní a zatěžující.

## Vyjádření o hodnotách

41. **Výhoda, kterou písemné vyjádření o hodnotách přináší.** Jak již bylo uvedeno, ustanovit vůli tak, aby přesně vystihovala veškeré situace, které progredující demence může přinést, je velmi obtížné. Alzheimer Europe proto vyzývá k tomu, aby lidé používali vyjádření o hodnotách jako dokument, který by měl obsahovat informace o tom, co je pro jeho autora v životě podstatné, důležité a smysluplné. Vyjádření o hodnotách se skládá z řady sdělení nebo odpovědí na otázky. Tento dokument může zabránit, aby v budoucnu za člověka někdo činil taková rozhodnutí, která by nesměřovala ke kvalitě života podle pacientových představ a hodnot.

42. **Jak se vyjádření o hodnotách liší od ustanovení vůle.** Ustanovení vůle je právnickým dokumentem, který je v jazyku práva formulován, a zabývá se pouze otázkami zdravotní péče. Vyjádření o hodnotách může být obsáhlejší a podrobnější. Poskytuje cennou informaci o životě člověka, o tom, v co věří, čemu dává přednost a jaké jsou jeho hodnoty. Vyjádření o hodnotách může velmi usnadnit interpretaci ustanovení vůle, zejména v těch otázkách, kdy není ustanovení vůle formulováno jednoznačně nebo kdy aktuální problém není v ustanovené vůli zmíněn vůbec. Vyjádření o hodnotách je zpravidla velmi podrobným dokumentem, nicméně preference pacienta se mohou měnit i v průběhu onemocnění. Proto je důležité, aby i tento dokument byl v průběhu onemocnění aktualizován, pokud je to ještě možné.

43. **Jakým způsobem se vyjádření o hodnotách užívá.** Toto vyjádření, přestože může být ve své terminologii naprosto kategorické, není považováno za závazné s ohledem na jednotlivé výkony. Může být užitečným nástrojem, který napomůže řešit nejasnosti při jednotlivých klinických rozhodnutích. Alzheimer Europe proto doporučuje, aby se vyjádření o hodnotách užívalo jako doplněk ustanovení vůle nebo jako samostatný dokument.

## Registrace, užití, informační systém a kontrola ustanovení vůle

44. **Potřeba registrace ustanovení vůle.** Skutečnost, že bude ustanovení vůle akceptováno jednotlivými vládami a zakotveno v potřebné legislativě, je důležitou, nicméně nikoli dostačující podmínkou. Účinnost ustanovení vůle může být limitována, pokud nebude zajištěn efektivní systém registrace ustanovení vůle a pokud tyto dokumenty nebudou k dispozici vždy, když je třeba. Alzheimer Europe očekává, že vlády jednotlivých zemí vytvoří registrační systém ustanovení vůle tak, aby odpovídal jejich legislativním podmínkám. Tento systém by měl zachovávat důvěrnost, ale neměl by být příliš byrokratický a těžkopádný. Registrace ustanovení vůle by přispěla k jejich využívání v praxi.

**45. Informování lidí o ustanovení vůle.** Vlády by se měly zabývat možnostmi, jak vytvořit systém, který bude informovat pacienty o právu ustanovit svou vůli, a také o systému registrace a o informačním systému, který zajistí, aby ustanovení vůle bylo k dispozici vždy, když je to třeba, aby lékaři o něm věděli a měli je k dispozici. Nicméně je důležité mít na mysli, že vzdělání i ekonomická situace lidí bývají rozličné. Lidé mohou být vážně nemocní, jejich hybnost může být výrazně omezena. Proto by měl být systém registrování jednoduchý a jasný a zadarmo pro člověka, který své ustanovení vůle sepisuje. V některých zemích může být třeba zaregistrovat ustanovení vůle u notáře.

**46. Počítačové záznamy.** Skutečnost, že pacient sepsal ustanovení vůle, by měla být zaznamenána ve všech počítačových zdravotnických záznamech, a to v souladu s předpisy upravujícími ochranu osobních dat v jednotlivých zemích. Alzheimer Europe by velmi uvítala spolupráci jednotlivých zemí v této otázce.

**47. Uchování a distribuce kopií ustanovení vůle.** Ať již existuje registrace, či nikoli, je třeba, aby jedna z kopií ustanovení vůle byla zachována člověku, který ji sepsal, a aby byla uložena na takovém místě, kde ji bude možné nalézt v případě potřeby. Další kopie by měla být archivována u lékaře, který koordinuje péči o pacienta a který jej dále doporučí ke specialistovi nebo odešle k hospitalizaci. *(Pozn. Alzheimer Europe: Jedná se o lékaře, kterého zpravidla pacient vždy vyhledá a který jej eventuálně dále doporučí ke specialistovi. Tito lékaři se ve Velké Británii nazývají všeobecní praktikové, general practitioners, jinde se jim říká praktičtí lékaři, rodinní lékaři nebo všeobecní lékaři. V některých zemích tato koncepce neexistuje, neboť je zde zdravotnická péče organizována jiným způsobem.)* Další kopii ustanovení vůle by měl získat zástupce pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí, pokud byl ustanoven, nebo jiná osoba, která se pravděpodobně bude podílet na rozhodování. Je také užitečné, aby s sebou lidé, kteří sepíší ustanovení vůle, měli vždy kartičku, která informuje o této skutečnosti.

**48. Aktualizace ustanovení vůle.** Ustanovení vůle by mělo být pravidelně revidováno a aktualizováno, a to nejdéle v pětiletém období. A to vždy, pokud je toho člověk ještě schopen. Jestliže není třeba žádných změn nebo pokud se jedná jen o nepodstatné změny, je třeba dokument alespoň znovu datovat a podepsat. Jestliže je zapotřebí podstatnějších úprav, je třeba sepsat nové ustanovení vůle, které je třeba opět přidělit všem výše uvedeným osobám. Starší verzi ustanovení vůle je třeba buď skartovat, nebo označit za neplatnou. Je třeba mít na paměti, že platnost a relevantnost starších dokumentů může být v některých aspektech zpochybněna v důsledku nových a zásadních poznatků moderní medicíny.

49. **Zrušení nebo změny ustanovení vůle.** Je zcela nepochybné, že ustanovení vůle může být změněno nebo zrušeno, a to kdykoli, pokud je stav člověka s demencí ještě takový, že je schopen toto rozhodnutí učinit. Jestliže člověk s demencí již není schopen se rozhodovat ohledně mnoha či většiny věcí a pokud přesto vyjádří jasně své přání nějakým způsobem změnit ustanovení vůle, měli by lékaři posoudit, zda specificky je tohoto rozhodnutí schopen. Celý tento proces by měl probíhat za přítomnosti nezávislého svědka a měl by být dokumentován ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

50. **Neplatné verze ustanovení vůle.** Pokud člověk zruší nebo pozmění své ustanovení vůle, je třeba, aby byly tyto neplatné verze ustanovené vůle buď skartovány, nebo viditelně označeny jako neplatné.

51. **Svědectví a posouzení schopnosti samostatně se rozhodovat.** Je možné, a to v souladu s běžnou právní praxí v jednotlivých zemích, že k sepsání ustanovení vůle bude třeba svědectví další osoby nebo potvrzení o schopnosti učinit samostatná rozhodnutí lékařem (pokud to nepředpokládá sám zákon).

V zemích, kde právo nevyžaduje svědectví další osoby, může přesto přítomnost svědka zlepšit důvěryhodnost celého procesu i dokumentu. Zejména je to užitečné v těch případech, kdy přání uvedená v ustanovení vůle pravděpodobně vyvolají nesouhlas dalších lidí, kteří by se mohli na rozhodování významným způsobem podílet.

## Kritéria platnosti a aplikovatelnosti

52. **Kritéria platnosti.** Alzheimer Europe je toho názoru, že ustanovení vůle, které má být platné, by mělo splňovat následující kritéria:

- a) Člověk, který sepisuje ustanovení vůle, musí být tohoto úkonu schopen. To znamená, že musí rozumět obsahu, účelu a pravděpodobným důsledkům jednotlivých léčebných možností, ke kterým dává svůj souhlas. Pokud nedává souhlas, musí rozumět, jaké důsledky toto rozhodnutí bude mít.
- b) Při sepisování ustanovení vůle nesmí být člověk vystaven jakémukoli nátlaku nebo ovlivňování. Člověk, který sepisuje ustanovení vůle, by měl být informován o možné bolesti, depresi, účinku léků, aby se mohl správně o léčbě rozhodnout.
- c) Pokud existuje více verzí ustanovení vůle, je třeba považovat poslední verzi za platnou a předchozí za neplatné.
- d) Přání obsažená v ustanovení vůle by měla být relevantní okolnostem navrhované léčby a péče a době, kdy je ustanovení vůle účinné.

**53. Platnost ustanovení vůle v podmínkách nemocnice nebo vězení.** Ustanovení vůle vytvořené dle výše uvedených principů by mělo být platné, i když byl člověk proti své vůli umístěn v nemocnici nebo ve vězení.

**54. Ustanovení vůle, které neodpovídá konkrétní situaci.** V případě, že se ustanovení vůle netýká přímo konkrétní situace, by lékaři měli postupovat v duchu tohoto dokumentu, i když tento postup nemůže být považován za právně závazný.

**55. Doba platnosti ustanovení vůle.** Onemocnění vedoucí k demenci trvají zpravidla mnoho let. Po tuto dobu se kognitivní schopnosti nemocných postupně zhoršují. Proto Alzheimer Europe nepodporuje limitování platnosti ustanovení vůle.

**56. Užití existujících dokumentů jako návodu a konzultačního materiálu.** Zástupce pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí by měl mít k dispozici platnou ustanovenou vůli nebo jiný dokument vyjadřující přání pacienta pro budoucí rozhodnutí.

**57. Důležitost snahy získat informaci o tom, jaký je momentální názor pacienta.** Lékaři by se neměli zabývat pouze ustanovením vůle. Respektování ustanovení vůle by nemělo být izolované od ostatních úvah a nemělo by být překážkou, aby lékaři pátrali po momentálním názoru pacienta na jednotlivé výkony či postupy.

**58. Postup v případě, kdy je ustanovení vůle obtížně interpretovatelné.** Pokud je ustanovení vůle právně závazné a není žádných pochybností o platnosti dokumentu, lékaři jsou povinni se řídit jeho ustanoveními, aniž by byli povinni konzultovat pacientova zástupce. V případě nejasností a pochybností, jakým způsobem interpretovat ustanovení vůle, je třeba konzultovat zástupce pacienta, příbuzné a další významné osoby, stejně jako multidisciplinární tým.

### **Otázky spojené s interpretací ustanovení vůle**

**59. Diskuse s ostatními s cílem vyhnout se konfliktům.** Pokud se člověk rozhodne sepsat ustanovení vůle, je třeba, aby prodiskutoval jednotlivé dílčí otázky s rodinou, přáteli a zejména s těmi, kteří pravděpodobně budou přítomni, až bude ustanovení vůle používáno. Je také vhodné poskytnout kopii ustanovení vůle rodinným příslušníkům a blízkým přátelům, kteří by mohli přispět k tomu, aby ustanovení vůle byla aktualizována a respektována. To by mělo zmenšit pravděpodobnost budoucích konfliktů mezi členy rodiny a/nebo zdravotnickými pracovníky. Bylo by také užitečné, aby lékaři získali vzdělání ohledně zvládnutí konfliktních situací.



60. **Nesoulad mezi minulými a současnými přáními.** Jedná se například o situaci, kdy člověk dal předchozí souhlas s léčením, a přesto je může nyní odmítat. Nebo o situace, kdy člověk v ustanovení vůle nesouhlasil s užitím antibiotik v situaci obdobné, jako je ta, ve které se nachází nyní, ale jeho chování vzhledem k jejich užití poskytuje jasné známky, že si přeje žít a být léčen. Existuje etická úvaha, zda člověk v pokročilé fázi demence je stále stejnou osobností, jako byl před počátkem onemocnění (to znamená, zda je tu stále stejná osobní identita), tedy tou osobností, která napsala ustanovení vůle. Touto komplexní otázkou se zabývá zpráva Alzheimer Europe, která je k dispozici jako podklad pro diskusi k této otázce.

61. **Člověk s demencí jakožto jedinečná a úplná lidská bytost.** Alzheimer Europe vyzývá pacienty trpící onemocněním vedoucím k demenci, aby sepsali ustanovení vůle. Protestujeme proti všem názorům, že lidé s demencí, a to v jakémkoli stadiu, nejsou úplnými osobnostmi.

62. **Respektování současných přání.** Alzheimer Europe je přesvědčena, že ustanovení vůle mají být přijata vážně a přání v něm uvedená mají být respektována. Nicméně existují dvě výjimky:

- Současná přání, která jsou vyslovena vědomě a platně, musejí být respektována.
- Nikdo nemůže být předmětem zdravotní péče anebo trpět nedostatkem zdravotní péče na základě předem vysloveného přání, když je zřejmé, že si v současné době přeje něco jiného.

V těchto případech by měl ošetřující tým jednat humánně a v souladu s aktuálními profesionálními standardy. Měl by vzít v úvahu kontext a povahu vztahu mezi lékařem a pacientem, vycházet ze společného zvážení věci všemi zúčastněnými, a to včetně pacienta s demencí. Ustanovení vůle by se mělo stát součástí této úvahy.

Užitečným vodítkem pro tato rozhodování je princip beneficence a non maleficence.

63. **Jednání dle současných přání.** Rozhodnutí, do jaké míry budou respektována současná přání pacienta, by měla vycházet z pečlivého vyšetření a zhodnocení současné schopnosti se rozhodovat a také z posouzení, o jak věrohodné přání se jedná. Je zřejmé, že v případě, že je člověk schopen se správně a věrohodně rozhodovat, není možné řídit se ustanovením vůle a nikoli jeho přáním. I v případech, kdy je již rozhodovací schopnost člověka s demencí omezena a z čistě právního hlediska není schopen se rozhodovat, může stále s určitou věrohodností vyjadřovat své momentální pocity, emoce a postoje. V souladu s konceptem kontinuity osobnosti by tato přání měla být respektována současně s těmi, která jsou vyjá-

dřena v ustanovení vůle. Ošetřující lékař by měl konzultovat se zástupcem pro zdravotní péči (pokud byl ustanoven), a pokud je potřebné také s jinými osobami, které jsou v této otázce důležité, případy kdy a do jaké míry se řídit současnými přáními a nikoli přáními uvedenými v ustanovení vůle. Pokud se názor lékaře liší od názoru zástupce pacienta pro otázky zdravotní péče a/nebo s dalšími pro pacienta významnými osobami nebo v situaci, kdy se lékař a pro pacienta významné osoby domnívají, že by neměla být přání uvedená v ustanovené vůli respektována, je zapotřebí rozhodnutí soudu nebo jiné relevantní opatření.

**64. Situace, kdy ustanovení vůle neodpovídá „nejlepšímu zájmu pacienta“.** Problém může vzniknout také v případech, kdy se lékař domnívá, že přání uvedená v ustanovení vůle jsou proti zájmu pacienta a mohla by ho poškodit. Alzheimer Europe se domnívá, že lékaři by neměli být povinni, či dokonce nuceni jednat způsobem, který neodpovídá jejich profesionálním či lidským hodnotám a názorům.

**65. Pokud se hodnoty a názory pacienta liší od hodnot a názorů lékaře.** Na druhé straně je třeba zdůraznit, že názory a hodnoty lékaře, například ohledně život prodlužující léčby, posvátnosti života, by neměly být vnucovány pacientům, kteří mají jiné názory a systém hodnot, nebo těm, pro něž nemají význam.

**66. Vzdělávání a poradenství pro lékaře.** Alzheimer Europe doporučuje, aby se lékaři vzdělávali v otázkách, které souvisejí například s poradenstvím při sepsování ustanovení vůle. A to jak z pohledu právního, například otázky a následky respektování či nerespektování ustanovené vůle, tak i z pohledu etického.

## G. Právní otázky

**67. Proč by mělo být ustanovení vůle v Evropě právně uznáno.** Přestože není ustanovení vůle zakotveno v právním systému některých evropských zemí, některé evropské dokumenty uznávají právo pacienta sepsat ustanovení vůle o otázkách souvisejících se zdravotní péčí. Z těchto dokumentů by měla vycházet legislativa jednotlivých zemí.

**68. Vlády jednotlivých zemí by měly ustanovení vůle zakotvit v legislativě.** Alzheimer Europe vyzývá jednotlivé země, aby vytvořily jasný normativní základ pro užívání ustanovení vůle. Takový, který by užívání ustanovení vůle usnadnil a zabránil možným rizikům.

**69. Ochrana před občanskoprávní nebo trestní zodpovědností.** Jestliže ustanovení vůle, které je právně závazné, obsahuje přání pacienta, aby bylo upuštěno od život zachraňující léčby, život udržující léčby nebo takové léčby, která nepřináší pacientovi prospěch, přání, aby byly použity dostatečné dávky léků tlumících bolest, které mohou uspišit smrt, pak pokud ošetřující lékař v dobré víře těmto přáním vyhoví, je třeba mu garantovat, aby z toho nebyly vyvozovány důsledky, a to ani v občanskoprávním, ani v trestním řízení.

**70. Osobní, morální nebo etické důvody k tomu, aby lékař nejednal podle ustanovení vůle.** Lékaři, kteří nejednají v neakutních situacích v souladu s ustanovením vůle, by se měli zodpovídat v občanskoprávním nebo trestním řízení. Jestliže lékař nemůže jednat, a to z osobních, morálních nebo etických důvodů, podle ustanovení vůle, měl by předat péči o pacienta jinému lékaři, který ustanovení vůle bude respektovat. Pokud to není možné, je třeba platné ustanovení vůle respektovat.

**71. Povinnost jednat podle ustanovení vůle v akutních situacích.** Jestliže byl lékař informován o platném ustanovení vůle předtím, než akutní situace vznikla, měl by respektovat přání v ustanovení vůle uvedená. Pokud nesouhlasí s obsahem ustanovení vůle a pokud není možné, aby péči zajistil jiný lékař, je třeba ustanovení vůle respektovat.

**72. Neznalost ustanovení vůle.** Pokud lékař nejedná v souladu s ustanovením vůle, protože jeho obsah nezná a nevěděl o jeho existenci, nemohl získat jeho kopii (například při akutním ošetření), nelze jej činit zodpovědným ani v občanskoprávním, ani v trestním řízení.

**73. Doporučený postup v případech, že nebylo respektováno ustanovení vůle.** Pokud lékař nejedná podle ustanovení vůle, například proto, že je nepovažuje za platné a odpovídající současné situaci, je třeba tuto skutečnost uvést v pacientově dokumentaci. Stejně jako vysvětlení, proč ustanovení vůle nebylo respektováno. Vysvětlení musí být poskytnuto také pro pacienta významným osobám a dohlížejícím orgánům. Musí být informován rovněž zástupce pacienta pro rozhodování v otázkách zdravotní péče, který může toto rozhodnutí zpochybnit.

**74. Úmyslné zatajení nebo zničení platného ustanovení vůle.** Každý, kdo úmyslně zatají nebo zničí platné ustanovení vůle jiného žijícího člověka, by měl být obviněn.

**75. Potřeba specifické formulace legislativních norem tak, aby se vztahovaly také na lidi s demencí.** Alzheimer Europe je přesvědčena, že současná existující

legislativa o ustanovení vůle, která se zabývá pouze otázkami terminálních stavů, by měla být rozšířena na situace, kdy člověk trpící demencí již není schopen činit samostatná rozhodnutí, například tak, že bude do těchto právních norem zaveden termín nevyléčitelné a progredující onemocnění.

76. **Uznání práva pacientova zástupce, aby za pacienta rozhodoval.** Jsme přesvědčeni, že rozhodnutí učiněná (legislativou některých zemí definovaným) zástupcem pacienta pro rozhodování v otázkách souvisejících se zdravotní péčí je třeba respektovat a odmítnutí postupu podle rozhodnutí zástupce je třeba dokumentovat a zdůvodnit jak jemu samému, tak relevantnímu dohlížejícímu orgánu.

## H. Otázky související s koncem života, dostupnost paliativní péče

77. **Možné rozdíly v dostupnosti léčení a péče.** Lékařská ani paliativní péče nejsou pro všechny stejně dostupné, tyto rozdíly jsou způsobeny rozdílným způsobem pojištění, marginalizací, dostupností zařízení nebo seznamy čekatelů. Je zapotřebí vyjádřit obavu, že právě lidé s demencí, pokud nebudou mít možnost předem ustanovit svou vůli, budou nejvíce ohroženi v souvislosti s poskytováním zdravotní péče na základě rozhodnutí, která neodpovídají jejich zájmům.

78. **Omezení vycházející z dostupnosti a přiměřenosti péče.** Je však třeba zdůraznit, že požadavek určité (*neobvyklé, pozn. překladatelky*) léčby nebo péče nesmí lékaře zavazovat, neboť ti poskytují péči, která je dostupná a považovaná za přiměřenou vzhledem k momentálnímu zdravotnímu stavu pacienta ve světle současných poznatků a praxe medicíny.

79. **Riziko, že rozhodování týkající se konce života ovlivní ekonomické faktory.** Vzhledem k nedostupnosti paliativní péče v některých oblastech mohou někteří lidé vidět v odmítnutí život zachraňující nebo život prodlužující léčby jedině možné řešení, které je pro ně dostupné. Alzheimer Europe je přesvědčena, že kvalitní paliativní péče by měla být vždy jednou z dostupných možností péče pro lidi v terminálních stádiích demence.

80. **Zajistit lidem s demencí přístup, který bude respektovat jejich hodnotu cenných a respektovaných členů společnosti.** Někteří lidé chápou možnost

odmítnout v ustanovené vůli život udržující nebo život prodlužující léčbu jako názor společnosti, že život jedněch není již hoden žití a záchrany nebo prodlužování tolik jako život jiných, a to zejména v souvislosti s dalšími zprávami o problémech souvisejících se stárnutím populace (zejména s tím, že nebude dostatek prostředků na financování zdravotní péče). Proto někteří lidé mohou mít pocit, že by bylo sobecké žádat, aby byla přijata veškerá opatření k prodloužení nebo záchraně jejich života. Alzheimer Europe uznává svou roli v zlepšování informovanosti o problematice demence jako důsledku onemocnění, čímž by se snižovalo stigma demence a posilovala se lidská důstojnost lidí s demencí všech věkových kategorií. Tak by se ve společnosti prosazoval pozitivní obraz lidí, kteří jsou postiženi demencí.

**81. Požadavky paliativní péče jsou obrazem jejího nedostatečného zajištění.**

V některých zemích dochází k nárůstu počtu lidí, kteří činí určitá rozhodnutí týkající se léčení v terminální fázi onemocnění. To možná odhaluje skutečnost, že paliativní péče není dostatečným způsobem zajištěna, a je tedy třeba zlepšit dostupnost služeb a zařízení paliativní péče.

**82. Je zapotřebí učinit taková opatření, která umožní volbu také lidem s onemocněním způsobujícím demenci.**

Alzheimer Europe vyzývá vlády jednotlivých zemí, aby zlepšily dostupnost i kvalitu služeb a zařízení paliativní péče. Tak by zajistily ekvitu v poskytování zdravotní péče a vytvořily podmínky pro to, aby lidé sepisující svou ustanovenou vůli měli možnost skutečné volby.

# Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí<sup>1</sup>

Demence způsobuje poruchy chování, které ztěžují péči a mohou pacienta ohrozit. Omezovací prostředky je možné používat jen tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta.

Zdůrazňujeme, že použití jakýchkoli omezovacích prostředků považujeme za krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, kdy jsme si jisti, že ostatní možnosti byly vyčerpány. Vždy je třeba přesně definovat důvod, proč se pro omezení pacienta rozhodujeme. V žádném případě tímto důvodem nesmí být pouhé usnadnění péče či pouhý neklid pacienta. Vždy je třeba pátrat po příčinách problémového chování, po bolesti, nepohodlí, vedlejších účincích léků, stresu, špatnému vztahu mezi pečujícími a pacientem, jiném onemocnění a podobně.

Jestliže není možné nalézt příčinu pro pacienta nebezpečného chování, kterou by bylo možné odstranit, je třeba zvážit použití omezovacích prostředků. Je odůvodnitelné pouze v případech, kdy je riziko plynoucí z chování pacienta příliš vysoké a bez použití omezovacích prostředků by mohlo dojít k dalšímu zhoršení jeho stavu. Vždy je třeba dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl vyšší než jeho možné riziko.

Na rozhodování o použití omezovacích prostředků by se měl podílet multidisciplinární tým vždy, kdy je to možné.

Pokud se rozhodneme omezovací prostředky použít, musíme se pokusit vysvětlit pacientovi co se děje, proč a jak dlouho bude toto opatření trvat. Zejména je důležité, aby pacient věděl, kdo bude po tuto dobu přítomen a na pacienta dohlížet, kde a jakým způsobem bude dosažitelný. Nesmí se v žádném případě stát, že pacient, u něhož jsme použili omezovací prostředky, bude ponechán bez dozoru.

1 [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)  
Překlad Iva Holmerová

Vždy je třeba pečlivě zvážit nebezpečí poškození pacienta v důsledku použití omezovacích prostředků. Proto je nezbytné, aby alespoň jeden ze členů ošetřujícího týmu byl vždy přítomen a byl s pacientem v trvalém vizuálním a verbálním kontaktu, a to po celou dobu trvání tohoto opatření. Je proto naprosto nezbytné přijmout opatření, která umožní, aby byl dostatek ošetřujících, a to včetně nočních směn.

Každý člen týmu by měl být dostatečně zaškolen v metodách péče, které pacienty neomezují, a také v otázkách souvisejících s používáním omezovacích prostředků. Pouze v naprosto výjimečných případech se může na omezení ženy podílet muž.

## Mechanické omezení

**DEFINICE** *Jedná se o používání speciálního nábytku, oblečení či dalších pomůcek, které mohou omezit pohyb v prostoru: může jít například o zvláštní židle se zvedacími podnožkami, kurty a pásy, rukavice, postranice, bezpečné spací pytle a podobně.*

Mechanické omezení nesmí být v žádném případě použito pouze z důvodu neklidu pacienta. V těchto případech je třeba pacienta pečlivě vyšetřit a zvážit změnu medikace. Mechanické omezení je možné použít až po vyčerpání všech ostatních možností, poté co jsme nevystačili s prostým přidržením rukou, vedením za ruku a podobně.

Ve všech případech je třeba nejdříve vyčerpat veškeré neomezovací postupy a možnosti, kam patří:

- zvýšené množství pohybu v rámci pohybové terapie pod dohledem terapeuta (zároveň zlepšuje kondici, mobilitu a je dobrým preventivním opatřením proti pádům)
- zvýšit počet ošetřujícího personálu, který se podílí na péči o pacienty s poruchami chování
- změnit denní režim, čas ukládání ke spánku a podobně, podle individuálního stavu pacienta
- různé aktivizační metody a nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí
- tvořivá zaměstnání v rámci ergoterapie
- přizpůsobení prostředí potřebám pacientů s demencí, prostředí speciálně určené pro jednotlivé terapeutické přístupy (například snoezelen)

Pozornost je třeba věnovat také prostředí, přiměřené teplotě, úrovni hluku, osvětlení, počtu přítomných a podobně. Často právě tady mohou být nalezeny faktory, které způsobují poruchy chování pacientů s demencí a které je možné relativně snadno odstranit.

Pokud se pro omezení pacientů používají křesla se zvednutou podnožkou, je třeba dbát na to, aby byla dostatečně pohodlná, prostorná a umístěná dle přání pacienta s demencí.

V žádném případě nesmí být pacient s demencí (ani jeho ruce či nohy) připoután k židli nebo znehybněn svěrací kazajkou.

Pokud používáme pro bezpečnost pacienta postranice na lůžku, je třeba dbát na to, aby je pacient nepřekonal, a nevystavil se tak ještě nebezpečnější situaci a pádu. Jakožto alternativní postup pro tyto pacienty je třeba vzít v úvahu možnost velmi nízkého lůžka či matrace umístěné přímo na podlaze. V takovém případě však prostředí musí být útulné a důstojné, dostatečně teplé.

## Fyzické omezování

**DEFINICE** *Pomocí rukou zabránit, aby pacient učinil pohyb, který by jej mohl ohrozit.*

Členové ošetřujícího týmu by měli být zaškoleni v přístupech, kterými lze prostřednictvím přiměřených hmatů zabránit nebezpečnému pohybu pacienta ohroženého demencí. Toto zaškolení ošetřujícího týmu v jednotlivých manuálních postupech je důležité jednak proto, aby nedošlo k poranění pacienta či pečujícího, ale také proto, aby ošetřující používal přiměřených gest, která nebudou pacienta dále provokovat a zhoršovat již tak komplikovanou situaci.

## Zamykání dveří

Pacienti s demencí nemohou být v žádném případě zamykáni v jedné místnosti. V zájmu jejich bezpečnosti je však účelné, aby pobývali ve společném prostoru (pro ně uzavřeném, ve kterém probíhá péče a kam mají přístup také jejich rodinní příslušníci a další pečující).

Dveře nemají být zbytečně zamykány. Proto je důležité mít na mysli při projektování zařízení pro pacienty s demencí, že dveře mají být umístěny tak, aby zby-



tečně nepoutaly pozornost pacientů s demencí, avšak mají být viditelné pro ošetřující personál. Pacienti, kteří nejsou ohroženi blouděním, nemají být omezováni v uzamknutých prostorách.

## Elektronické dohlížecí systémy

**DEFINICE** *Elektronické zařízení na hranicích prostoru pro pacienty s demencí, které signalizuje, že se přiblížil (nebo například prošel dveřmi) pacient, na jehož oděvu či náramku je umístěno speciální zařízení vyvolávající alarm. Obdobná zařízení se mohou používat také k lokalizaci zabloudivších pacientů.*

Tyto systémy mohou být používány pouze v případě, že je pacient ohrožen blouděním a ostatní metody jsou méně účinné. Pokud se tento systém užívá, je třeba dbát na to, aby pacienta nerušil a neponižoval, aby zařízení, které má pacient na těle, nezpůsobovalo obtíže a nepohodlí. Tato opatření by měla vést ke zvýšení svobody pohybu v rámci vymezeného bezpečného prostoru, a nikoli k jeho omezování.

## Dohled prostřednictvím videa

**DEFINICE** *Sledování určitých prostor prostřednictvím videokamer. Mělo by se jednat zejména o chodby a společné prostory a pouze v některých výjimečných případech o soukromý prostor pacientů.*

Tento systém by měl být používán jen v případě, pokud s tím souhlasí pacienti či jejich rodinní pečující. Jedná se o opatření, které je vstupem a zásahem do soukromí pacienta. V případech, že pacient není schopen se v této otázce rozhodnout, je třeba si vyžádat souhlas zákonného zástupce.

Obecně je třeba konstatovat, že dohled prostřednictvím videa není zdůvodnitelný v soukromých obytných prostorách, na toaletách a v koupelnách. Ve zcela výjimečných situacích (tam, kde se tento dohled dá považovat u daného pacienta za nejméně obtěžující) je k němu možné přistoupit po souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce, pokud je stanoven, a to v případě, že pacient není schopen se k problému vyjádřit. Důvody tohoto dohledu prostřednictvím videa musejí být zcela zřejmé, pravidelně musejí být prověřovány (nejlépe denně) a je třeba je integrovat do individuálního plánu péče.

## Pasivní alarmy

**DEFINICE** *Jedná se o užití podložek pod matracemi, infračervených čidel a zvukových monitorů k detekci pohybu osoby v prostoru.*

Tyto alarmy se považují za méně narušující soukromí a méně obtěžující než dohled prostřednictvím videa. Nicméně v žádném případě nesmí tyto systémy pacienta rušit či obtěžovat a ani ony nesmí být bezdůvodné. Je třeba, aby je ošetřující personál sledoval, vyhodnocoval a přiměřeně na ně v péči o pacienta s demencí reagoval. Pacienta je třeba informovat, a pokud je to možné, vše mu vysvětlit. Jedná se o možnou alternativu uzamykání prostoru.

## Medikace jako omezovací prostředek

**DEFINICE** *Jedná se o užívání léků se sedativním a trankvilizujícím účinkem pro pouhé zmírnění neklidu či poruch chování (tedy nikoli pro léčení příčiny této poruchy), a to zejména z toho důvodu, že chování pacienta obtěžuje ostatní či způsobuje větší nároky na pečující.*

Předtím, než jsou předepsány léky, které by bylo možné považovat za omezovací preskripci, je třeba pacienta pečlivě vyšetřit a jeho stav konzultovat s celým pečujícím týmem se snahou najít příčinu problémového chování, ať již ve zhoršeném zdravotním stavu, či v zevním prostředí. Před preskripcí léku, který by mohl pacienta tlumit, je třeba zvážit a aplikovat nefarmakologické metody managementu demencí.

V průběhu terapie je třeba pacienta pečlivě sledovat zejména s ohledem na možné vedlejší účinky léků. Všechny členy profesionálního ošetřujícího týmu i rodinné příslušníky je vhodné informovat o důvodu této preskripce, jaké jsou její výhody i možné nežádoucí účinky. Důležitá je dostupnost lékaře, kterého bude ošetřující tým či rodina kontaktovat v případě potřeby konzultace a zejména při podezření na nežádoucí účinky této léčby.

Poruchy chování mívají přechodný, nikoli trvalý charakter. Proto je důležité pamatovat na to, aby byla tato terapie v přiměřené době a po úpravě stavu pacienta opět vysazena (zpravidla se jedná o týdny).

Všichni členové ošetřujícího týmu musejí být obeznámeni s možnými vedlejšími účinky léčby, aby je včas signalizovali ošetřujícímu lékaři. Také je vhodné, aby byli poučeni, že některé léky s očekávaným spíše tlumivým efektem mohou naopak neklid pacienta zhoršit.

## Psychologické omezování

**DEFINICE** *Používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání pacientů s demencí.*

Tato omezení je obtížné identifikovat. Je třeba mít na paměti, že zbytečné příkazy a zákazy vedou často k dezorientaci pacientů s demencí a mají tak zcela opačný účinek, než byl původní záměr. Ošetřující tým musí být trvale veden a vychováván k tomu, že je bezpodmínečně nutné respektovat práva a lidskou důstojnost pacientů s demencí, a to v jakýchkoli situacích.

# Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují

## Deklarace Alzheimer Europe<sup>1</sup>

Tato deklarace byla diskutována na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v Lucernu (7.–9. května 1998).

Evropská alzheimerovská asociace reprezentuje 3,5 milionu lidí postižených demencí a jejich rodiny ve více než 20 evropských zemích. Jako občané Evropy mají také oni právo na to, aby jejich potřeby byly respektovány. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto se Evropská alzheimerovská společnost zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi.

1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:

- správnou a včasnou diagnózu
- dostatek informací a porozumění
- zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší zdravotní i sociální služby dostupné v jejich zemi.

2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:

- informace a porozumění
- společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče
- respektování jejich vlastních potřeb
- dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
- finanční pomoc

1 [www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)

Překlad Iva Holmerová

Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči o pacienty postižené demencí. Mají proto právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména:

- včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků
- dostupnost běžné medikamentózní terapie
- dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče
- denní centra a domácí péči
- respitní péči pro rodinné pečovatele
- citlivou a správnou péči o umírající

4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat:

- uznání finančních nákladů spojených s péčí o pacienty postižené demencí, které vynakládá sám postižený i jeho rodina
- informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi
- finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny
- přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele

5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí:

- Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti – to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace.
- Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující.
- Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály.
- Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetrující personál a zdravotní sestry.

6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení. Ostatně je i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku.

- Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin.

- Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky.
- Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu.
- Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické výstupy.

7. Alzheimer Europe a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:

- spoluprací s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb
- prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v kontaktu s národními vládami a parlamenty
- prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské komise a Evropského parlamentu
- podporou výzkumu, prosazováním nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe
- podporou rodinných pečovatелů, podporou mezigenerační solidarity
- spoluprací ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti

# Charta zásad pro podporu pacientů s demencí a jejich rodinných příslušníků

Alzheimer's Disease International<sup>1</sup>

Alzheimer's Disease International, Mezinárodní alzheimerovská asociace, je celosvětovou asociací alzheimerovských společností, jejím cílem je podpora činnosti a role jednotlivých členských organizací, aby se jim dařilo informovat společnost o problematice pacientů postižených Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. Zásady, které jsou v této listině uvedeny, je třeba považovat za zásadní klíčové a nepodkročitelné principy v přístupu k pacientům postiženým demencí a jejich rodinným příslušníkům. Předpokládáme, že je jednotlivé země upraví podle svých možností a potřeb lidí, kteří v nich žijí.

## Zásady Alzheimer's Disease international (ADI)

1. Alzheimerova choroba a jiná onemocnění způsobující demenci jsou progresujícími onemocněními mozku, která postupně vedou ke zhoršení soběstačnosti a mají hluboký vliv na kvalitu života pacientů i jejich rodinných příslušníků.
2. Člověk trpící demencí je i nadále jedinečnou lidskou bytostí nadanou důstojností dospělého člověka a požívající stejné úcty jako jakákoli jiná lidská bytost.
3. Lidé s demencí potřebují žít v bezpečném prostředí a musejí být chráněni před jakoukoli formou zneužívání.
4. Lidé s demencí potřebují dostatek informací a zajištění lékařské, psychosociální, rehabilitační i sociální péče. Každý člověk, u něhož je podezření na demenci, potřebuje bez odkladu lékařské vyšetření. Lidé s demencí potřebují léčení a péči, které umožní co nejdéle zachovat co nejlepší kvalitu života.

<sup>1</sup> [www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)

Překlad Iva Holmerová

5. Lidé s demencí se mají, pokud je to z hlediska jejich stavu možné, podílet na rozhodováních o svém životě a budoucí péči.
6. Je nezbytné zajistit pomoc pečujícím rodinným příslušníkům podle jejich potřeby a uvážení.
7. Pro péči o lidi s demencí a podporu i jejich pečujících rodinných příslušníků musí být alokován dostatek prostředků.
8. Pouze porozumění situaci pacienta s demencí a jeho pečující rodiny může být východiskem pro rozumné a efektivní zajištění podpory, prosazování práv, kvalitní péče, rehabilitace, informací, vzdělání a výcviku v problematice demencí.



## **Madridský plán a jiné strategické dokumenty**

Tato publikace vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.

Pro Gerontologické centrum  
vydalo EV public relations, spol. s r. o., Praha  
v roce 2007

Uspořádaly Iva Holmerová a Martina Rokosová

Překlad: Iva Holmerová a Janssen Cilag

Editor: Milan Macho

Grafický návrh: Vladimír Pelíšek a Martin Bušek

Prepress: EUROVERLAG spol. s r.o., Plzeň

Tisk: EKON, družstvo, Jihlava

© Gerontologické centrum